

Åsa Slotte

# Varför vård?

Om anorexi, diagnoser och moralisk förståelse





## Åsa Slotte

Fil.lic. (Åbo Akademi) 2013.

Pärmbild:

Magnetic Sleep (II)  
2014

© Milja Laurila

Åbo Akademi University Press  
Tavastgatan 13, FI-20500 Åbo, Finland  
Tel. +358 (0)2 215 3478  
E-mail: [forlaget@abo.fi](mailto:forlaget@abo.fi)

Sales and distribution:  
Åbo Akademi University Library  
Domkyrkogatan 2–4, FI-20500 Åbo, Finland  
Tel. +358 (0)2 -215 4190  
E-mail: [publikationer@abo.fi](mailto:publikationer@abo.fi)

VARFÖR VÅRD?





# Varför vård?

Om anorexi, diagnoser och moralisk förståelse

Åsa Slotte

Åbo Akademis förlag | Åbo Akademi University Press  
Åbo, Finland, 2019

## **CIP Cataloguing in Publication**

**Slotte**, Åsa.

Varför vård? : om anorexi, diagnoser  
och moralisk förståelse / Åsa Slotte. -  
Åbo : Åbo Akademis förlag, 2019.

Diss.: Åbo Akademi. - Summary.

ISBN 978-951-765-923-9

ISBN 978-951-765-923-9  
ISBN 978-951-765-924-6 (digital)  
Painosalama Oy  
Åbo 2019

# Innehållsförteckning

Förord .....	1
<b>Introduktion</b> .....	<b>5</b>
Moraliska reaktioner som medicinens ursprung .....	5
Avhandlingens struktur, filosofiska arbetsätt och centrala idéer ....	14
Djupintervjuer som underlag för att illustrera och konkretisera begreppsliga idéer.....	20
Förståelsen av det etiska sjukdomsbegreppet och några tillämpningsmöjligheter inom psykiatri och vård .....	25
<b>DEL 1: Traditionella debatter och nya alternativa filosofiska perspektiv på medikaliseringen</b> .....	<b>29</b>
<b>1 Debatterna om fysisk och mental sjukdom sedan 1960-talet</b> .....	<b>29</b>
1.1 Relationen mellan filosofi och medicin .....	29
1.2 Traditionella filosofiska debatter om mental sjukdom .....	33
1.3 Den samtida debatten om mental sjukdom .....	35
1.4 De filosofiska problemen med naturalismen och socialkonstruktivismen. Det etiska sjukdomsbegreppet: ett resultat av ett wittgensteinskt förståelseperspektiv .....	47
1.5 Sammanfattning.....	55
<b>2 Den diagnostiska psykiatrins uppkomst och dess betydelse för vår tids syn på mentala problem</b> .....	<b>58</b>
2.1 Hur den diagnostiska psykiatrin har uppkommit.....	58
2.2 Trender inom medikaliseringsdebatten. Horwitz syn på mentala störningar som sociala konstruktioner .....	68
2.3 Är mentala problem antingen livsproblem eller medicinska problem? .....	82
2.4 Relationen mellan att <i>vara</i> mentalsjuk och att <i>ha</i> en patologi..	93
2.5 Sammanfattning.....	96
<b>DEL 2: Diagnosens roll inom medicinen, samhället och för individen</b> .....	<b>98</b>
<b>3 Det biologiska sjukdomsbegreppet</b> .....	<b>98</b>
3.1 Hur olika problem med hälsan möter sjukvården.....	101
3.2 Transsexualism och förlossningsrädsla.....	105

3.3	Den medicinska modellen för sjukdom .....	116
3.4	Den kliniska blicken.....	124
3.5	Skillnaden mellan den wittgensteinska förståelsen av sjukdom och den fenomenologiska .....	132
3.6	Sammanfattning .....	140
<b>4</b>	<b>Diagnosens roll inom medicinen .....</b>	<b>143</b>
4.1	Diagnosens fyra olika syften inom den kliniska praktiken och några allmänna mål för diagnostiska system .....	143
4.2	Diagnostiken börjar i förståelse.....	147
4.3	Några begreppsliga skillnader mellan somatisk och psykiatrisk diagnostisering. En psykiatrisk diagnos som ett redskap för samarbete, kommunikation och förändring. ....	155
4.4	Diagnosen som ett moraliskt omdöme om en människas situation.....	159
4.5	Sammanfattning .....	162
<b>5</b>	<b>Diagnosens roll inom samhället.....</b>	<b>164</b>
5.1	En vanlig fråga: hur uppstår diagnoser? .....	164
5.2	Att diagnostisera - ett sätt att reagera moraliskt.....	175
5.3	Diagnosen som skapare av sjukdomsverklighet .....	189
5.4	Sammanfattning .....	195
<b>6</b>	<b>Diagnosens roll för individen.....</b>	<b>198</b>
6.1	Sontag om en mytologiserande sjukdomskultur.....	198
6.2	Sjuklingen och sjukrollen i olika historiska kontexter .....	200
6.3	Hur lider de sjuka?.....	205
6.4	Historiska myter och andra uppfattningar om mental sjukdom .....	208
6.5	Den mentalt sjuka: ensam på institutionen och i hemmet ....	211
6.6	Sammanfattning .....	220
<b>Del 3: Ett narrativt perspektiv på anorexi .....</b>		<b>222</b>
<b>7</b>	<b>De breda kulturteoriernas oförmåga att fånga anorexins mångfald .....</b>	<b>222</b>
7.1	Att vara sjukligt smal eller sjukligt fet – vår kultur idag? ....	224
7.2	Det moderna smallhetsidealet.....	228
7.3	Den svällande människan.....	230
7.4	Kroppen som ett erotiskt objekt.....	232



7.5	Lungsjuk eller mullig? – olika kvinnoideal inom konst och kultur .....	237
7.6	Inte bara bilder – också en kroppscommenterande kultur ...	243
7.7	Den bedömande och granskande kommentaren .....	248
7.8	Kroppscommentering bortom smalhetsidealet .....	254
7.9	En feminin praktik? .....	259
7.10	Sammanfattning.....	261
<b>8</b>	<b>Att lyssna in berättelsen .....</b>	<b>264</b>
8.1	Berättelser om sjukdom som faller utanför anorexins förklaringsmodeller .....	264
8.2	En kritik av Girards teori om det mimetiska begäret.....	272
8.3	Den mångtydiga sjukdomsupplevelsen.....	278
8.4	De etiska begreppens betydelse för tillfrisknandet; lyhört lyssnande, närvaro, tålmod, värme och tillit .....	283
8.5	Att lyssna bortom teorierna .....	288
8.6	Berättelsen som en konstituerande del av patientens sjukdomsbild .....	296
8.7	Sammanfattning.....	302
<b>9</b>	<b>Är anorexi en verklig och legitim sjukdom eller en social konstruktion?.....</b>	<b>305</b>
9.1	Hacking om poängen med socialkonstruktivismen .....	305
9.2	Elins historia.....	309
9.3	Den moraliska positionen som en reaktion på debatterna inom naturalismen och socialkonstruktivismen .....	316
9.4	Diagnostiska kategorier kan vara interaktiva men också transitiva .....	319
9.5	Bordos socialkonstruktivistiska syn på anorexi och vad den försummar: att diagnosens mening är förbunden med den roll den får för patienten.....	322
9.6	Dualist-axeln. I en familjesituation där det förekommer mental sjukdom uppkommer inte frågan om sjukdomen är verklig.....	328
9.7	Kontroll-axeln. Utgår elitidrottarens, maratonlöparens, kroppsbyggarens och anorektikerns vilja att kontrollera sina kroppar från dualistiska idéer? .....	336
9.8	Genus/makt-axeln. Idén om kvinnliga sjukdomar som en omedveten revolt är otillräcklig som vetenskaplig förklaring .....	348

9.9	Sammanfattning.....	362
10	Slutord och förväntade resultat .....	365
11	Epilog.....	370
12	English summary.....	371
	Litteratur:.....	375
	<b>Bilaga: Intervjuer om anorexi, gjorda på olika håll i Svenskfinland under åren 2014 och 2015.....</b>	<b>384</b>

## Förord

I denna avhandling har jag försökt visa diagnosernas många betydelser, ge andra alternativ till förståelser än de aktuella teoretiska utgångslägena inom olika forskningsinriktningar. Målet har inte varit att säga hur någon ska uppfatta sin diagnos, istället visa på möjliga sätt att se den och förhoppningsvis inspirera till nya egna tankegångar.

Jag har haft lyckan att ha handledare som har uppmuntrat och inspirerat användandet av intervjuer, trots vetenskapen om att det samtidigt kan medföra fler filosofiskt utmanande frågor för alla iblandade. Jag vill därför tacka mina båda handledare professor Martin Gustafsson och professor emeritus Lars Hertzberg för det engagemang, intresse och arbete ni har lagt ner på avhandlingen. Med uthållighet och envishet har vi lyckats realisera de frön till idéer som slutligen kom att bilda en egen moralisk position och ett narrativt perspektiv på anorexin.

Tack Martin, som har haft huvudansvaret för handledningen, för din drivkraft, noggrannhet, optimism och jordnära sätt att se på diagnoserna. Framförallt för hjälpen med nyanseringen och fördjupningen av den moraliska synen på medicinen och förståelsen och kritiken av socialkonstruktivismen. Det var fint att du såg och omhändertog min önskan att skriva en avhandling som också hade en popularisering som ett möjligt mål. Tack Lars för de många lösningsförslagen med problemen med de egna perspektiven som sakta växte fram. I synnerhet för lösningarna för berättelseperspektivet på anorexin men också för distinktionen mellan sjukdomens orsaker och definitioner. Jag är glad att du från början uppmuntrade mig att skriva om psykiatri och medicin och fint att du följt med mitt arbete under en sådan lång tid.

Det är jag som är ansvarig för det som sägs, men era råd och många av era reflektioner är en integrerad del av avhandlingen. Ert sätt att se på frågorna och hur ni har uppmanat till att tänka över de egna formuleringarna och vad som uttrycks, är någonting jag kommer att ha nytta av i en möjlig fortsatt postdoktoral forskning eller i populariserande arbeten kring avhandlingens teman. Ert stöd har verkligen varit ovärderligt och betydligt mycket för mig och för forskningsprocessen.

Jag vill också tacka psykologiska institutionen vid Åbo Akademi, i synnerhet professor Matti Laine och professor Pekka Santtila för positiv respons. Eftersom Santtila hjälpte till med de forskningsetiska reglerna när jag skulle göra intervjuerna, blev det möjligt att överhuvudtaget göra dessa intervjuer inom ämnet filosofi. Jag är glad

över denna hjälp över ämnesdisciplinerna. Ett varmt tack till psykologerna också för att jag fick hålla en föreläsning om psykiatriska diagnoser och vård under vårterminen 2017 på ett seminarium. Det här tillfället var riktat till psykologistuderande och aktiva inom psykologyrket och var mycket givande.

En annan oumbärlig person är journalisten Anne Hietanen. Eftersom jag som doktorand i filosofi stod utanför kontakter till psykiatrins och ätstörningsklinikernas praxis hade jag svårt att hitta frivilliga till mitt intervjuprojekt. Anne utannonserade mitt projekt via sin egen blogg. Det var så här som jag fick kontakt med de personer som talar i min avhandling. Många tack till dig Anne!

I avhandlingens centrum hittar man mina intervjuade som jag har låtit tala rakt in i debatterna om diagnoserna. Tack alla för er ärlighet, iver och för att många av er fortsättningsvis vill tala och berätta. Era berättelser har utgjort den största källan till inspiration. De har motiverat mig att göra mitt bästa med att beskriva ett stort och oförtjänt lidande. I synnerhet Elin och Susanne vill jag tacka extra mycket eftersom Elins historia avslöjar hur fruktansvärd anorexin kan vara som sjukdom. Det är fantastiskt att ni har ställt upp för mig ända fram till slutskedet av mitt arbete. Ett stort tack till min intervjuade läkare för att du tog dig tid att fundera på mina frågor. Jag lärde mig mycket om ätstörningar och vård genom dina tankar.

Jag vill tacka filosofen och konstnären Göran Torrkulla som i arbetets slutskede hjälpte mig att ytterligare förtydliga och lyfta fram den begreppsliga idén om ansvaret. Din generositet och fina läsning fick mig att både glädjas och vilja arbeta vidare med medicinsk filosofi.

Jag vill tacka mina förhandsgranskare, professorerna Hilde Bondevik och Fredrik Svenaeus, för era noggranna och uppbyggliga läsningar. Hilde för din förståelse för mitt arbetes förtjänster och konkreta förbättringsförslag. I ett skede då få människor ännu läst hela arbetet kändes det mycket glädjande att få känna sig förstörd. Fredrik, dina kommentarer hjälpte mig att positionera mig bättre i förhållande till fenomenologin. Dina böcker har gett mig en bred kunskapsbas att stå på och tack också för din vänliga hjälp längs med arbetets gång. Tack till båda för att ni hjälpt mig att tro att arbetet också kan ha en betydelse för de människor som arbetet berör.

En speciell tanke vill jag rikta till författaren och professor emerita i litteraturvetenskap, Merete Mazzarella. Vi har inte träffats så många gånger, men varje gång vi har träffats har du uppmuntrat mitt projekt i varma ord. Detta positiva gensvar väckte en första lust att rikta

mig utåt, mot en bredare krets av läsare. Du har också lyft fram mitt arbete för vårdare och läkare på din salong. Det betydde mycket. Tusen tack Merete! Min vän författaren och dramatikern Hannele Mikaela Taivassalo har läst delen om anorexi och gett mig ytterst värdefulla och användbara kommentarer både på innehållet och på språket. Din noggranna och engagerade läsning lyfte texten på många sätt och fick de egna idéerna att komma bättre fram. Tack Mikaela för vänskap och för allt!

Ett varmt tack till förlagsredaktören Sara Ehnholm Hielm för upplyftande kommentarer på avhandlingsmanuskriptet och till journalisten Charlotte Sundström för fina synpunkter på mina essäer. Tack också till fotografen Milja Laurila för den fina pärbilden.

Min man Sebastian har haft ett oändligt tålamod – vi har ofta bollat frågorna kring Ludwig Wittgensteins syn på filosofi och vad det kan betyda för mina perspektiv. Då har vi bland annat i tanken återvänt till de situationer när det har undervisats och talats om Wittgenstein på forskarseminarier och andra undervisningssituationer. Det här var på 1990-talet när vi var unga studerande. Du har lärt mig mycket om Wittgenstein! Men inte lika mycket som Lars. Inte nog med det, du har också läst avhandlingen noggrant och hjälpt till med struktureringen. Tack för alla samtal och framförallt för din tro på mig och på projektet ända från början.

Jag vill tacka filosofiska institutionen för ett inspirerande och lockande sätt att göra filosofi. Eftersom de mentalt sjuka traditionellt har hört till en av de mer stigmatiserande grupperna i världen, uppskattar jag att ni har en öppen attityd till de frågor jag diskuterar. Tack till: Jonas, Markus, Olli, Hugo, Ylva, Mio, Kim, Natan, Yrsa, Antony, Joel, Hannes, Göran, Benjamin, Stefan, Salla, Ryan, Tove Ö, Daniel och Ibrahim. Tack Hugo och Olli för givande kommentarer på de texter jag presenterat och för hjälp med olika praktiska saker angående det ekonomiska. Ett speciellt tack till Mio, Yrsa, Ylva, Nana och Camilla för uppbyggliga samtal om filosofi, för många skratt och för vänskap!

Agneta Bergholm, Sabina Bergholm och Kerstin Muinonen har alltid uppmuntrat och berömt mitt arbete. Många tack! Jag tackar också mina föräldrar Solveig och Frank Slotte för förståelsen för mitt arbete. Min bror Rickard Slotte och hans fru Ronja Slotte tackar jag för intressanta diskussioner kring avhandlingens teman och för trevliga stunder. Min vän statsrådet Maarten Sengers som arbetar med folkhälsofrågor har i många års tid diskuterat, följt med mitt arbete och varit ett stort stöd. Ett varmt tack Maarten! Tack alla vänner som alltid

bidrar med upplyftande perspektiv på livet och ger mig anledningar att skratta. Sist men inte minst vill jag tacka min son Joar som istället för tankens skärpa, fått bevittna en tilltagande tankspriddhet på hemmaplan under arbetets slutskede. Du ger mig livskraft!

Ett stort tack till alla stiftelser och fonder som möjliggjorde förarbetet med en licentiatavhandling som kunde utvecklas till en doktorsavhandling med ett filosofiskt undersökande av ett empiriskt intervjumaterial: Victoriastiftelsen, Otto A. Malms donationsfond, Den nationella forskarskolan i filosofi, Oskar Öflunds Stiftelse, Vetenskapsstiftelsen för Kvinnor, Signe och Ane Gyllenbergs stiftelse, Niilo Helanders Stiftelse, Suomalainen Konkordia-liitto, Waldemar von Frenckells stiftelse, Ella och Georg Ehrnrooths stiftelse och Svensk-Österbottniska samfundet.

Avhandlingen tillägnas Joar och Sebastian Bergholm. Som Simone Weil tänkte på riskerna med djupt känd kärlek: "it is the risk of becoming the destiny of another person's life...".

## Introduktion

*... I en av mina absolut värsta ångestattacker gick jag in i badrummet och satte mig på golvet. Jag skakade av ångesten och ville bara slippa den. Utan att tänka det minsta sträckte jag mig efter en flaska som stod på badrumsgolvet, skruvade av korken och tog en klunk. Jag kände direkt hur det brände i halsen. Jag tog inte mer än den första klunken. Ganska snabbt förstod jag att jag gjort något som inte alls var bra. Jag drabbades av panik och ropade på min syster... Det visade sig att den flaskan jag druckit en klunk av var propplösare, som är starkt frätande.*

Elin, ur intervjuer om anorexi

## Moraliska reaktioner som medicinens ursprung

Under åren 2014-2015 gjorde jag en serie djupintervjuer med fem kvinnor som hade insjuknat i anorexia nervosa. Jag intervjuade även två föräldrar till de insjuknade och en psykiatriker som diagnostiserar ätstörningar. Två av kvinnorna sade sig ha tillfrisknat helt från sin anorexi medan de andra tre inte var friska vid intervjutillfället, trots att de ändå bedömde sitt tillstånd som avsevärt förbättrat. Av de fem kvinnorna var det en, Elin, som ansåg att hon inte hade fått tillräckligt god vård. Alla andra var nöjda med vården och de beskriver i intervjuerna vilka kvaliteter vården hade haft som de ansåg att hade bidragit till ett tillfrisknande.

Elins sjukdomshistoria börjar med att hon som 12-åring får för sig att börja banta och går stadigt ner i vikt tills hon vid 14-års ålder får sin anorexidiagnos. Hennes mamma Susanne var vid tidpunkten när hon fick sin diagnos ytterst lättad och trodde att hon skulle få vård och bli frisk. Men det var egentligen då som allting började eskalera. Trots att Elin fick terapi och det gjordes försök med matscheman där hon fick veta hur hon skulle äta för att må bättre, blev hon bara sämre och sämre. Att terapin som hon ändå fick prova på inte fungerade, beskrev Elin och Susanne som att det berodde på att det var för många olika läkare, psykologer och terapeuter inblandade. Kontakten hade inte fungerat överhuvudtaget för Elin hade inte kommit överens med någon av de många terapeuterna som hade försökt hjälpa henne. Det var på våren 2009 som hon fick sin diagnos och under sommaren blev hon så mycket sämre att hon ville ha en remiss till en ätstörningsenhet utomlands. I månadsskiftet augusti-september blev hon sålunda inskriven vid en

utländsk ätstörningsenhet. Mina intervjuer utgör en viktig del av avhandlingen och de illustrerar många aspekter av diagnosens betydelse för en människa, men också det enorma lidande som en sjukdom kan innebära för den sjuka men också för hens anhöriga. Jag låter Susanne berätta om hur anorexin utvecklades efter den hösten:

Intervjuaren: Hade hon överhuvudtaget blivit något bättre av den vård som hon hade fått här?

Susanne: Alltså, nog gjorde hon sina försök men, nej. Nej, det blev hon inte.

Intervjuaren: Och sedan blev hon inskriven på ätstörningsenheten utomlands. Hur såg vården ut där?

Susanne: Det var heldygnsvård. När vi kom dit så var de jätteförvånade där över att hon inte hade blivit sjukskriven från skolan här till exempel. För man ville inte skriva ett intyg till henne till skolan under våren till exempel fast hon praktiskt taget inte var i skolan. Och vården där, den var ganska hemlik den här avdelningen. Där var flickor i varierande ålder, allt från flickor i Elins ålder till 30 åringar. Och vården byggde på att det var regelbundna måltider tillsammans, det var pedagogiska måltider på det sättet att jag förstod att de hade en modelltallrik som en näringsterapeut, som samtidigt var deras kock, hade lagt upp. Så här ska man äta för att äta rätt. Och det var fem måltider om dagen plus mellanmål på förmiddagen. Och sedan var det litet kroppskänedom och terapi med behandlare och familjeterapi och sådant här. Och där fick hon mera antidepressiv medicin. Så de la på en till där. Det var där de konstaterade att hennes anorexi är sådan att den kommer av posttraumatiskt stressyndrom. Hon hade posttraumatiska stressymptom och det hade man fullkomligt missat här.

Intervjuaren: Hur länge var hon på ätstörningsenheten utomlands?

Susanne: Hon kom hem till julen så det var i årsskiftet där 2009-2010. Då hade hon nått och jämt gått upp i vikt så att hon ansågs vara normalviktig.

Intervjuaren: Kunde du märka att hon mådde bättre när hon kom hem från ätstörningsenheten?



Susanne: Ja, kroppsligt såg hon ju ut att må bra men det här har ännu en fortsättning. För första och andra veckan gick bra och allt var precis som det brukar vara. Vården utomlands bygger på det att de har en heldygnsavdelning och från heldygnsavdelningen går du över till dagvårdsavdelningen och där är du i princip mellan 8 och 17 till exempel och bor hemma. Och sedan så trappas det stegvis ner vartefter du själv fixar det. Men här fanns ju inte alls de möjligheterna så till exempel skolan blev ju dagvården och däremellan så skulle hon skjutas till och från olika läkare och terapeuter. Och det var liksom ganska mycket så här det var. Och det måste ha varit redan i början på februari 2010, så då hade hon varit hos sin musikerterapeut och KBT terapeut som hon gick hos. Och hon mådde jättedåligt då och hon ropade på hjälp. Och de hade tagit kontakt med läkaren men hon blev hemskickad och kom hem i alla fall därifrån. Och så skulle hon gå till skolan efter det men istället för att gå till skolan så tog hon en överdos med Burana som fanns hemma och så ringer hon till mig så jag fick kasta mig i bilen och komma hem från jobbet. Så då var vi inne på den vägen igen. Och några dagar senare så hade hon pengar i plånboken så då kunde hon själv gå till apoteket och köpa värktabletter som hon skulle kunna ta igen. Så det var ganska turbulenta veckor där det också.

Intervjuaren: Och vad hände sedan? Fick ni någon hjälp av vården i den situationen?

Susanne: Det var nog bara hemvård mest av allt. Vi träffade nog den här personalen på sjukhuset, vi hade regelbundna tider, det hade vi. Men hon vårdades ju hemma och hon var i skolan och det var skolan som ställde upp med personal. Det var två flickor som var sjuka samtidigt, så skolan ställde upp med personal som åt tillsammans med dem men jag tror nog inte att det fungerade riktigt inte. Jag tror inte det. Så vi hankade oss fram till juni, vi kämpade oss fram, det var juni 2010 och vi trodde ju att vi hade struktur på sommaren. Vi är skilda, jag och hennes pappa, så vi behövde ha ordning på vilka veckor hon skulle vara hos honom och när hon skulle vara med mig. Så man trodde att allt skulle hålla. Men där vid midsommaren 2010 så hade hon sådan jäkla ångest och där kommer man in på det här med bloggar också, för hon har ju bloggat, hela tiden ganska friskt, men nu är hennes blogg faktiskt borttagen eller så är den med lösenordsskydd, ja, jag vet faktiskt inte. Men då på midsommardagen så hade hon sådan jätteångest. Och jag märkte ju det för man skulle ha kunnat skära i luften här hemma för hon satt här nere vid köksbordet vid datorn och bäge

hennes äldre syskon var hemma då också. Och då skulle jag bara ut och träffa en kompis snabbt på dagen och hon skulle gå och duscha. Och sedan så råkade det sig så att den här Kodinputkimies propplösarflaskan stod framme vid badrummet och ungen såg den och fick för sig att smaka på den för hon visste att det var väldigt frätande. Hon skulle fräta sönder matstrupen så att hon aldrig mer skulle behöva äta. Och då var det hennes bror faktiskt som var den som var hemma och som tog kontakt med mig sedan. Så, jag kom hem och skjutsade henne till akuten.

Och det var väldigt turbulent för på den midsommarhelgen, om man tänker att det här var på midsommardagen, så härifrån så blev det läkarhelikopter till annan ort. Det var av de här fysiska orsakerna då. Jag fick inte åka med i helikoptern utan jag åkte först följande dag. Men hon överlevde faktiskt allt det här utan fysiska men. Som tur var. Och det var för att hon aldrig hade kräcks upp någonting igen så det hade inte frätt sönder någonting mera. Så var vi en natt på en ungdomspsykiatrisk akutavdelning på annan ort men hon var inte dit remitterad av dom orsakerna just. Så då kom jag ensam tillbaks med henne hem och följande dag fick vi en akut tid till den här psykiatern här och då var det ju så att de inte kunde ha henne inskriven på psykiatriskt sjukhus här för de kunde inte skriva in klienter som var under 18 år. Men hon måste ju vara där då ett par dygn på en sådan där avdelning där du är inspärrad med två personal i två dygn, för att du ska vara under observation. Och sedan blev hon med personal transporterad till en finskspråkig stad och jag åkte inte med direkt. Och i den staden hade de bara akutvårdsavdelningen öppen så där blev ju språket direkt en barriär. För hon kunde inte finska och det var inte många i personalen där som kunde svenska så det blev ju till ingenting. Men hon blev i alla fall remitterad eller vidare skickad till ytterligare en stad för då hade hon tvångsvård enligt psykiatriska grunder. Och i den staden var hon sedan hela julimånad. Men det fungerade inte heller. Det var inte ätstörningsvård direkt som hon fick där heller. Det var ganska kämpigt. Men i alla fall, så skötte hon sig så pass bra sen att hon blev utskriven i augusti och efter det sedan så var det som att hon på något sätt insåg och började behärska sina impulser. Efter det så har hon inte ställt till med något sådant här.

Intervjuaren: Var det efter tvångsvården och den psykiatriska vården på de andra orterna som hon inte mera gjorde självdestruktiva saker?

Susanne: Jo, det kom efter det. På något sätt så insåg hon att det är hårt mot hårt. Och efter det så har hon inte varit inlagd på sjukhus.

Intervjuaren: Blev hennes hälsotillstånd något bättre efter att hon hade kommit under tvångsvårdslagen och varit inlagd på psykiatriskt sjukhus?

Susanne: Alltså både ja och nej. Allting går i perioder om man säger så. Den här perioden den här sommaren då, den gav henne nya posttraumatiska stressymptom, det har de definierat nu i efterhand. Men i alla fall, så har hon inte varit impulsiv efter det och nog har vi haft det kämpigt efter det också men vi har ridit ut det utan att någonting värre har hänt.

Intervjuaren: Om du ännu tänker på sjukvården så skulle du säga att hon har fått den hjälp hon skulle ha behövt?

Susanne: Nej! Inte i vårt fall. Det finns många som har varit förvånade över att vi blev så kringkickade den där sommaren, till så jättemånga ställen. Men efter det har de startat den här ätstörningsenheten här så nu skickar de inte bort patienter på det här sättet mera. Och den här psykiatriska avdelningen har också flyttat in till stan nu så jag har förstått att de kan ha, kanske inte barnpatienter, men i princip också ungdomar där nu på ett helt annat sätt än tidigare.

Intervjuaren: Vad anser du om att ni inte har fått den hjälp av ätstörnings- och sjukvården som ni skulle ha behövt?

Susanne: Det känns så fel och det känns som att jag borde ha varit ännu mera påstridig och ifrågasättande än vad jag var.

Efter tvångsvården fortsatte Elin kamp mot anorexin med bättre och sämre perioder, men när hon skulle börja i gymnasiet blev hon avsevärt sämre igen, hon slutade nästan att äta helt och hållet. Under tiden som hon hade varit sjuk hade man utvecklat en ny ätstörningsenhet i området, och hon bad om att få bli intagen på denna enhet. Men som Elin och Susanne beskriver det, ville man inte ta in henne på kliniken eftersom man bedömde att hon var för sjuk för att kunna hjälpa. Under intervjutillfället uttryckte Elin och Susanne både i ord och i känslor, stark besvikelse och sorg över ätstörningsvårdens sätt att inte ta emot henne när hon som allra mest skulle ha behövt det.

Inom den medicinska filosofin är de traditionella filosofiska frågorna: Vad är sjukdom? och Vad är hälsa? Man kan säga att många filosofer arbetar med ontologiska frågor kring hur man skall förstå medicinens innersta väsen. I korthet kan man karakterisera ontologin som läran om varat eller läran om vilka de väsensnödvändiga egenskaperna kan sägas vara som objekt eller verkligheten är uppbyggda av. De elementära frågorna inom den medicinska filosofin har då handlat om hur man skall man förstå grundvalen till att vi dels har en medicinsk vetenskap men också en vårdande praxis. Är det till exempel möjligt att definiera de kroppsliga och de mentala sjukdomarna genom att visa på fysiologiska funktionsstörningar i kroppen eller i hjärnan? Är det genom att vi tänker att vi kan begripliggöra och förklara sjukdomen genom en objektiv vetenskap, som är grunden till att vi har en medicinsk forskning och en praktiserande vård? Hur ska man beskriva medicinens roll idag, är det att upptäcka sjukdomar genom att ge sjukdomen en vetenskaplig grund? Tänker läkare, de somatiska och de psykiatriska på sjukdom som en biologisk funktionsrubning och ser de på den vårdande praktiken som att den i grunden handlar om att tillämpa olika teorier om sjukdom på den lidande människan? Eller kan det vara så att läkare har en etisk blick, en vårdande inställning till den sjuka människan? Och är det därför vi tänker att vi måste *vårda* människan? Hur skall man förstå ursprunget till vårdidén som kan beskrivas som själva navet eller kärnan i medicinen? Mitt sätt att förstå den medicinska filosofins roll kommer att klarna under läsningens förlopp, men i korthet kan man säga att jag ser filosofins uppgift som att bli klar över de medicinfilosofiska begreppen genom att uppmärksamma de sammanhang som omger dem.

Vi skulle säga att vi i vardagslivet också bryr oss om hur människor mår såväl fysiskt som psykiskt. I samhället finns det kunskap om vad det är att vårda fysisk och mental sjukdom också i våra relationer till våra närmaste, i våra familjer. Men hur ska man förstå sambandet mellan denna vardagsnära och familjära vårdpraktik och modern medicin som består i både forskning samt klinisk verksamhet? Det är dessa frågor min avhandling till en stor del handlar om.

Inom den aktuella och breda forskningslitteraturen om sjukdom och medicin beskriver man ofta medicinen som en gren inom naturvetenskapen eftersom man menar att den nutida diagnostiseringen och den medicinska behandlingen i huvudsak baseras på biomedicinsk kunskap och lever i symbios med vetenskapsgrenar som biologi, kemi, epidemiologi och statistik. Psykiatern och historikern Rolf Ahlzén ger i sin doktorsavhandling *Why should physicians read? Understanding clinical*

*judgement and its relation to literary experience*,<sup>1</sup> en träffande karakterisering av den här uppfattningen om modern medicin:

Medicine in western culture has come to be synonymous with scientific medicine. The “scientification” of medicine has been going on for at least one and a half centuries. It has radically transformed the practice of medicine and earned medicine a reputation for being highly successful and nearly always in progress towards new brave goals – except, perhaps, for a few blind alleys. Medical diagnosis and treatment are now indeed mostly based on a huge and rapidly growing scientific stock of biomedical knowledge, and in close symbiosis with sciences like biology and chemistry, as well as epidemiology and statistics. The transformation of medical practice has, however, neither been uncomplicated nor totally penetrated the daily work of the physician. By no means all elements of clinical medicine have changed in the direction of scientific method and controlled methodological rigour. This fact is by some observers seen as a serious weakness, while others contend that clinical practice neither ought to nor will ever be fully “scientific”.<sup>2</sup>

Ahlzéns påpekande om den oenighet om huruvida medicinen någonsin kan förstås som en renodlad naturvetenskaplig disciplin eller om den i grunden borde framställas som en mellanmännisklig tolkande verksamhet eller förmåga, uppfattar jag som betydelsefull för att bli klar över var svårigheterna i diskussionerna om medicin ligger.<sup>3</sup>

Inom den nuvarande humanistiska medicinska forskningen är det vanligt att man anser att den omtalade biologiseringen av medicinen, har haft effekter på hur läkare betraktar sina patienter. Det finns många forskare idag som anser att läkare diagnostiserar och behandlar patienter utifrån ett strikt biologiskt sjukdomsbegrepp (sjukdom förstås här som en fysiologisk funktionsstörning), och att de därför har förlorat mycket av det inkännande lyssnandet. Det här har medfört att mycket av den samtida sjukdomslitteraturen handlar om att man från den filosofiska och humanistiska sidan vill om inte helt återinföra, så åtminstone återuppväcka det empatiska lyssnandet, medkänslan och omtanken i medicinen. Man vill påminna medicinen om de vårdande värderingarna som man antar att den genom den beryktade

---

<sup>1</sup> R. Ahlén: *Why should physicians read? Understanding clinical judgement and its relation to literary experience* (Karlstad: Universitetsstryckeriet, 2010).

<sup>2</sup> *Ibid.*, s. 29.

<sup>3</sup> *Ibid.*, ss. 29-31.

biologiseringen och teknologiseringen till en stor del har gått miste om och förglömt.

Man kan säga att mitt arbete utgår från samma förundran som all medicinsk filosofi. Man vill förstå ett fenomen man står inför, vad som exempelvis drabbat en människa. Men trots detta släktskap så skulle jag beskriva en viktig skillnad mellan min undersökning och hur de medicinfilosofiska frågeställningarna ofta ställs såhär; istället för att fråga vad sjukdomarna består i eller är, så vill jag undersöka vad de *betyder* för de utsatta människorna och de begrepp som kommer in i dessa sammanhang. Min undersökning är *begreppslig*, men jag hoppas att mitt tänkande kan belysa frågorna så att man kan se att förståelsen för sjukdom inte enbart hänger på att svara på en ontologisk fråga om vad en sjukdom är. Jag kommer att diskutera om medicinen skall betraktas som en biologisk naturvetenskaplig disciplin eller som en tolkande och lyssnande verksamhet med begrepp som empati, omsorg och uppmärksamhet i centrum. Jag vänder mig mot en syn på medicin och psykiatri enligt vilken de kan utvecklas och bli naturvetenskapliga discipliner till fullo. Att vi har biomedicin och medicinsk praktik, såväl den kroppsliga som den psykiatriska, kan betraktas som ett kulturellt svar på att vi reagerar *moraliskt* på en annan människas lidanden och problem. När vi hör om Elins fall, hur svårt hon led av sin anorexi och hur hennes mamma i långa perioder fick kämpa ensam med vården, är en trolig reaktion medkänsla och omsorg. Man förstår vad det innebär att som svårt sjuk i anorexi inte få den vård som man skulle behöva. Och min centrala idé är att det är denna moraliska reaktion som utgör en nödvändig förutsättning för hur vi kan förstå att vi har en medicinsk verksamhet – såväl medicinsk forskning som den vårdande praktiken. Avhandlingen strävar till att lösa upp en bundenhet i tänkandet över sjukdomar som ofta påträffas i den breda forskningslitteraturen om medicin, psykiatri och vård: att man tänker sig att man är tvungen att förklara och definiera de kroppsliga eller de mentala sjukdomarna på vetenskapliga vägar, genom att exempelvis hänvisa till fysiologiska felfunktioner eller andra orsaksfaktorer såsom de kulturella. Det biomedicinska tänkandet är en betydande aspekt av medicinen, men det är de moraliska reaktionerna som kan beskrivas som den oundgängliga utgångspunkten för att vi kan förstå själva vårdidén.

Vad jag vill visa är att begrepp som empati, ansvar, omtanke, medkänsla, lyhört lyssnande och intresse redan finns där i medicinens logiska grund, i själva verket *innan* medicinen, som en nödvändig förutsättning för att vi överhuvudtaget har en somatisk och en

psykiatrisk sjukvård. Detta betyder inte att jag inte skulle se värdet och fördelarna med att man inom den humanistiska medicinen vill påtala och lära läkare hur viktigt det är med empati och lyssnande inom vården. Men jag vill ännu starkare lyfta fram att dessa begrepp redan finns där inom den vårdande verksamheten som ett nödvändigt fundament. När man tänker på Elins sjukdomsberättelse och relationen till hennes mamma blir man berörd, omskakad och upprörd. Man tänker att hon borde ha fått bra vård. Det är denna ansvars- och omsorgsreaktion om den sjuka som bildar den viktigaste filosofiska utgångspunkten i min avhandling.

Ludwig Wittgenstein var en filosof från Wien som med sin tidiga filosofi och verket *Tractatus logico-philosophicus* undersökte språkets och världens gränser.<sup>4</sup> Vad kan meningsfullt sägas, ur vad får orden sin mening och vilka slags utsagor är nonsens? Dessa var bärande frågor för hans tidiga filosofi. Efter ett avbrott från filosofin återkom Wittgenstein till den, först som fellow vid Trinity College, senare som professor i Cambridge, där han arbetade på vad som kom att bli hans postumt utgivna verk *Filosofiska undersökningar*. I den fäster Wittgenstein uppmärksamheten vid vardagsspråket, hur det vi människor gör hänger ihop med hur våra ord får mening. Genom att diskutera hur ett begrepp får sin betydelse ur sitt (levda) sammanhang kan man säga att Wittgensteins tänkande kom att bli inspirerande för olika områden av filosofin. Min undersökning är en del av den här traditionen och jag upplever en wittgensteinsk analys som synnerligen fruktbar för frågor om medicinsk filosofi.

Man kan utgå från många perspektiv på medicinen. Vetenskapliga och historiska förståelser är viktiga delar för att förstå hur våra vårdpraktiker formats och vilka roller olika former av kunskap, makt och vetenskapliga tvister haft i detta. Det som varken historia eller vetenskap svarar på är den enkla frågan om hur det kommer sig att vi överhuvudtaget har kommit på en vårdidé. Hela min idé vilar på tanken om att det är i våra vardagliga, levda sammanhang som vi reagerar på varandra. Våra sjukdomsbegrepp hänger logiskt ihop med det vi gör, vårt sätt att bemöta varandra. De vardagliga sammanhangen blir viktiga att uppmärksamma eftersom våra omsorgsreaktioner konstituerar våra sjukdomsbegrepp och i förlängningen våra medicinska praktiker. Jag vill alltså lyfta fram en grundläggande etisk dimension i medicinen och vården. Det här betyder inte att jag beskriver hur vården alla gånger

---

<sup>4</sup> För en bra historik om Wittgenstein, se bl.a. Ray Monk: *Ludwig Wittgenstein – Geniets plikt* (Göteborg: Daidalos, 1992).

fungerar i praktiken eller att alla kliniker alltid reagerar med omsorgskänslor. Men skulle man se efter på en vanlig hälsovårdscentral så skulle man hitta exempel på hur vårdare uttrycker sig i termer av empati, lyssnande och uppmärksamhet. Min idé betyder inte heller att jag ger rekommendationer för hur man *bör* handla varken i vardagen eller i medicinen, jag vill visa på en ofrånkomlig logisk roll som våra begrepp har. Jag anser heller inte att de moraliska reaktioner som jag beskriver är någon katalog över de olika sätt som vi bemöter varandra på vid sjukdom. Att stanna upp och fråga en människa hur hen har det är en etisk reaktion, precis som att man ryggas tillbaka också är det. Bägge är reaktioner som uttrycker förståelse för den sjuka och hens situation. Filosofen Simone Weil skriver i *Tyngden och nåden*: "En alltför stor olycka ställer en människa nedanför medlidandet: avsmak, fasa och förakt".<sup>5</sup> Med detta vill jag vara tydlig med att peka ut att begreppet "moralisk reaktion" kan omfatta en uppsjö av olika sätt att reagera på varandras lidanden, smärta eller olycka. Att vi har utvecklat en teknisk vårdapparat, uttrycker att det finns en gräns för ens personliga förmåga att hjälpa någon annan då det gäller många sjukdomsbilder idag. Eftersom vårt etiska ansvar för den andre förlängts till vården är också våra kraftiga reaktioner på vanvård eller försummelser ett uttryck för kopplingen mellan oss själva och den professionella vården.

### **Avhandlingens struktur, filosofiska arbetssätt och centrala idéer**

Avhandlingen är indelad i tre delar främst av metodologiska orsaker men även på grund av att sjukdomstemat är ett svårgripbart område att hantera och förklara rent teoretiskt. I den första delen presenterar jag hur man inom forskningslitteraturen har teoretiserat kring begreppet mental sjukdom från 1960-talet och framåt. Jag beskriver även hur man definierar en mental störning i de psykiatriska manualerna DSM-IV och DSM-5. Eftersom forsknings- och kulturdiskussionerna om medikaliseringen görs på ett kritiskt sätt idag, öppnar jag nya och mer nyansrika filosofiska perspektiv på hur man kan förstå sig själv ifall man får en diagnos och behöver medicinering. Denna del är tänkt att fungera som en teoretisk öppning till aktuella frågeställningar inom psykiatris och medicinens område.

I den andra delen undersöker jag filosofiskt vilken roll en psykiatrisk diagnos har för samhället, för medicinen och för den enskilda individen. Det är i den här delen som det huvudsakliga utarbetandet av

---

<sup>5</sup> S. Weil: *Tyngden och nåden* (Stockholm: Bonniers, 1957), s. 46.



avhandlingens huvudtes sker: den moraliska synen på diagnoser, psykiatri och somatisk medicin. I avhandlingens tredje del fokuserar jag enbart på anorexi-begreppet. Delens tre kapitel handlar om på vilket sätt anorexidiagnosen kan sägas vara relaterad till kulturen. Insjuknar unga kvinnor i anorexi på grund av kulturens hyllande av ett kvinnligt smalhetsideal? Hur skall man förstå att man ibland talar om anorexi som om det inte var frågan om en genuint verklig sjukdom (att man anser att mental sjukdom skall definieras genom en biologisk funktionsstörning), utan istället en social konstruktion, det vill säga följer av historiska och sociala processer i en kultur? Avhandlingens tre delar är avsedda att kunna läsas oberoende av varandra men ändå som kompletterande.

Jag riktar avhandlingen inte enbart till filosofer utan även till kliniker inom den somatiska och psykiatriska vården och till alla som berörs av sjukdom, både av sin egen och av andras. Det är svårt att skriva en filosofisk avhandling som riktar sig till en bred läsekrets eftersom det krävs att man kan formulera sig tillgängligt också för dem som inte är insatta i inomfilosofiska debatter. Men på grund av att sjukdomen vidrör en människa på ett eller annat sätt under en livstid och existentiella frågor om fysisk och mental sjukdom därför uppstår spontant, anser jag att det är värt ett försök.

Inom dagens diskussion om mental sjukdom kan man urskilja två motsatta hypoteser om vad mentala störningar är. För det första kan de vara vad många filosofer talar om som "naturliga sorter". För det andra, och vid den andra sidan av spektrumet, kan de vara vad man talar om som "sociala konstruktioner". Det paradigmatiska exemplet på en naturlig sort är grundämnen som guld eller väte eftersom de reflekterar en inre struktur i vår värld som existerar utan vår inverkan. Naturliga sorter kan man upptäcka men inte uppfinna. Alla avancerade kulturer var som helst på vår jord skulle beskriva dessa beståndsdelar, även om de använde annorlunda begrepp. Grovt förenklat, är en social konstruktion å andra sidan någonting som inte existerar i naturen, oberoende av människor.

Dessa två motsatta positioner eller poler som tenderar att reflekteras i den vetenskapliga litteraturen, har vissa filosofer kallat för den diagnostiska realismen (eller vetenskapsrealismen) och socialkonstruktivismen. Enligt min uppfattning har de två ovan beskrivna hypoteserna om mental sjukdom en gemensam, naturalistisk utgångspunkt – eftersom både naturalisten och socialkonstruktivisterna ofta kan utgå från att psykiatriska sjukdomar enbart kan anses vara genuint "verkliga" eller legitima, ifall man antar att de har en biologisk

bas. Enligt min mening är den nutida debatten som ofta formuleras genom positionerna naturliga sorter och sociala konstruktioner ohållbar, eftersom en naturalistisk utgångspunkt inte kan förklara *varför vi förhåller* oss till ett särskilt kroppsligt eller psykologiskt problem som till en sjukdom. I mitt arbete tar jag avstånd från de två ovan beskrivna hypoteserna eftersom jag vill visa hur man kan utveckla ett alternativt och ett mer fruktbart synsätt på diagnoser, såväl de somatiska som de psykiatriska, utan att inta en av de två ovan beskrivna positionerna. Utifrån ett wittgensteinskt förståelseperspektiv på sjukdom kommer jag att diskutera främst mentala sjukdomars realitet genom ett existentiellt verklighetsbegrepp.

Genom att jag undersöker hur man talar om sjukdom och diagnoser i olika sammanhang: i familjerna, i samhället samt inom psykiatrin, kommer jag att föreslå att man inte kan begripliggöra vad våra psykiatriska sjukdomar består i, utan att införa och uppmärksamma begrepp som ansvar, intresse, omtanke och medkänsla i sjukdomsdebatten. Modern medicin – den somatiska och den psykiatriska – har logiskt sett två inslag i sin grund, det biomedicinska kunnandet samt den moraliska insikten om vad sjukdomar betyder i det vardagliga livet. Men det är det moraliska inslaget som utgör det nödvändiga villkoret för förståelsen av utgångspunkten till vårt sjukvårdssystem och våra sjukdomsbegrepp. Detta är den mest centrala poängen i min avhandling. Det är alltså viktigt att uppmärksamma att den moraliska aspekten som jag diskuterar, är begreppslig, logisk. Det betyder att jag kommer att uppmärksamma olika situationer där vi i möten med varandra talar om just sjukdom. Vilket slag av ansvar för en annan människa uttrycks i att kalla något för sjukdom, jämfört med att till exempel bara se ett livsproblem eller en annan svårighet? Vilka krav ställer en beskrivning av någonting som sjukdom på mig som ser detta? Den här förståelsen av våra sjukdomsbegrepps logik kan också kasta ett ljus över olika historiska epoker, hjälpa oss att förstå hur medicinsk verksamhet i antiken hänger samman med de tekniskt avancerade praktikerna som vi har idag.

Även om många av mina idéer kan tillämpas på den somatiska medicinen har jag valt att koncentrera mig på psykiatris område. Det här innebär att min användning av begreppet "psykiatrisk diagnos" inkluderar alla de varierande tillstånd som nämns i den psykiatriska manualen DSM-5<sup>6</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of

---

<sup>6</sup> Se American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5:te rev. uppl. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013).

Mental Disorders). DSM-katalogen utges av *The American Psychiatric Association* och har som mål att räkna upp och beskriva alla mentala störningar. I manualen hittar man diagnoskriterier för olika typer av depressioner, olika slag av schizofreni, ätstörningar, ångestsyndrom, fobier, sömnstörningar och så vidare. Att jag använder termen psykiatrisk diagnos om diagnoser som beskriver ett mångskiftande landskap av mänskliga problem, är en följd av att DSM-manualen definierar de olika tillstånden som den räknar upp som mentala sjukdomar (*mental disorder*) utan att fästa någon vikt vid att de här tillstånden är ganska olika sinsemellan.<sup>7</sup> Den psykiatriska manualen DSM innefattar i dagens läge ett stort antal diagnoser (de är nu över 300 st.) och beskriver beteendestörningar, sexuella problem, addiktioner, fobier, ångestsyndrom, ätstörningar, depressioner, psykosjukdomar osv.

Förutom DSM-systemet använder man inom psykiatri och den kliniska psykologin även en manual som kallas ICD-11<sup>8</sup> (*International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*) och som har utarbetats av Världshälsoorganisationen. Många forskare, psykiatriker och psykologer<sup>9</sup> ser ut att vara överens om att de här två systemen har utarbetats för att vara jämförbara med varandra även om ICD används oftare i Europa och DSM används flitigare i Nordamerika.

Vi vet alla ungefär vad det betyder att vara "neurotisk" eftersom det psykologiska tankegodset efter Sigmund Freud inte bara stannade kvar på de psykoanalytiska mottagningarna utan hamnade ute i samhället som ett språkligt kulturarv. På samma sätt är det med våra moderna psykiatriska begrepp som "panikattack", "panikstörning", "adhd" eller "depression". De har blivit modeord som man ibland använder litet slarvigt när man till exempel vill uttrycka att man inte alls kan koncentrera sig – ja, då är man "litet adhd", eller när man känner sig trängd av en pressande situation – då "får man panik" direkt. I avhandlingen vill jag försöka skildra vad som ligger bakom den här språkliga förändringen och utvidgningen från neuroser till panikattacker, panikstörningar och adhd problematik i vår kultur. Vad jag kommer att beskriva är alltså det man i forskningssammanhang brukar tala om som

---

<sup>7</sup> Se R. Cooper: *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (New York: Springer, 2005), s. 1.

<sup>8</sup> ICD-11 publicerades år 2018 men Finland använder fortfarande 2019 sin nationella version av ICD-10.

<sup>9</sup> A. MacLeod: "Psykologisk behandling" i *Psykologi. Ett integrerat perspektiv*. Red. Michael Eysenck (Lund: Studentlitteratur, 2000), s. 656., K.W.M Fulford, T. Graham & G. Thornton (red.): *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry* (New York: Oxford University Press, 2006), s. 33., J-O. Ottoson: *Psykiatri* (Stockholm: Liber, 2004), s. 22.

biologiseringen av psykiatrin i och med att en ny biologisk tankemodell för hur psykiatriska sjukdomar uppkommer togs i bruk i DSM-manualen på 1980-talet. Innan 1980 hade man i de diagnostiska manualerna förklarat mental sjukdom utifrån ett dynamiskt synsätt, och den dynamiska psykiatrins synsätt har sin utgångspunkt i den psykoanalytiska modellen. Man menade alltså att psykisk sjukdom härrör från bortträngda upplevelser i barndomen. Eftersom man ansåg att det "normala" och det "onormala" (det neurotiska) har samma grundläggande orsaker såsom bortträngda traumatiska händelser eller andra motsättningar i barndomen gjorde man ingen skarp åtskillnad mellan normalt och onormalt beteende, utan man såg detta som en kontinuerlig dimension. I DSM-III övergav man alla dynamiska tankegångar och man införde en ny biologisk syn på psykiatriska sjukdomars uppkomst och natur. Istället för den dynamiska synen på mentala sjukdomar som kontinuerliga med vanligt beteende förklarade man härmed att mentala störningar är klart avgränsade enheter (*naturliga sorter*) och i diagnosmanualerna beskrev man dem som "disorders" (eller "syndrom").

Inom nutidens medikaliseringsdebatt är man på många sätt negativt inställd till vår diagnostiska kultur eftersom man gärna kritiserar bland annat den ständiga ökningen av psykiatriska diagnoser i de diagnostiska manualerna samt att många diagnoser har blivit bredare i sin symptombeskrivning och därför sägs fånga in för många människor. Till de negativa aspekterna av diagnoserna hör att de kan vara stigmatiserande. En patient kan börja se sin diagnos som en ursäkt för sitt beteende, hen kan börja bete sig i enlighet med sin diagnos (självuppfyllande profetia) eller diagnoserna kan fungera som nedvärderande linser: man kan börja se en person enbart utifrån hur diagnosen beskriver ett beteende osv. Jag förnekar inte att diagnoser kan ha många negativa sidor och jag kommer att diskutera dem på olika sätt i avhandlingen. Men jag vill ändå göra en alternativ och en mer nyanserad tolkning av vår moderna diagnostiska kultur, i och med att jag även lyfter fram och synar de konstruktiva sidorna av diagnosernas innebörd.

Även om min studie kring psykiatrins diagnoser har en viss bredd eftersom jag undersöker bland annat transsexualism<sup>10</sup>,

---

<sup>10</sup> I DSM-5 heter diagnosen transsexualism men diagnosen är under omvandling. 2018 bestämde WHO att den inte längre ska finnas under kategorin "mental sjukdom" och detta beaktas redan i ICD-11 där den benämns "könsinkongruens/gender incongruence" och finns under kategorin sexuell hälsa. ICD-11 planeras tas i bruk 2022. Versionen finns redan tillgänglig på: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>.

depressioner, olika ångestsyndrom, psykossjukdomar och den obstetriska diagnosen förlossningsfruktan, har jag särskilt uppmärksammat anorexidiagnosen och ätstörningarnas domän. Det var av två anledningar jag valde anorexin. För det första har valet feministiska skäl eftersom kvinnliga erfarenheter lätt faller i glömska i en traditionellt manlig, filosofisk disciplin. För det andra finns det en benägenhet inom den kulturella forskningen om anorexin, att hävda att diagnosen är socialt konstruerad. Genom att intervjua kvinnor som insjuknat i anorexi ville jag höra hur de själva ser på anorexin – upplevde de att de hade haft en sjukdom eller såg de på sitt tillstånd på något annat sätt, exempelvis från olika sociala synvinklar: som en protest eller som en livsstilsfråga? Vilken roll hade diagnosen haft för deras tillfrisknande samt för kommunikationen inom deras nära relationer? För att få fler perspektiv på vilken roll och funktion en diagnos kan ha inom psykiatrin intervjuade jag även en psykiatriker inom ätstörningsvården.

Då man studerar diagnoserna genom ett wittgensteinskt sätt att se på sjukdom betyder det bland annat att man undersöker hur de sjuka och de anhöriga talar om sjukdomen och om diagnosen i de livskontexter där någon har börjat må sämre och så småningom insjuknat. Ett viktigt resultat av mitt kontextuella arbetssätt är att en psykiatrisk diagnos har två centrala aspekter: för det första ger den hjälp för att hantera problemen för både patienter och anhöriga, men den sänker även patientens och de anhörigas ansvar för vad som har orsakat problemen och sänker därför också skuldkänslan för alla berörda. En viktig poäng är att en diagnos inte har någon fastslagen eller på förhand given mening eller betydelse. Den betydelse en diagnos kan få för en patient är istället intimt sammanbunden med vårdens kvalitet: om man har upplevt vården som lyhörd och hjälpsam eller som kall och opersonlig. I de fall där diagnosen leder till en etiskt kvalitativ vård, kan en diagnos få en stärkande roll för en människas autonomi, det vill säga för hennes handlingskraft i livet. När vård inte ges eller inte är tillräcklig på olika sätt, är det möjligt att de negativa aspekterna av diagnosernas betydelsebärande egenskaper kan ta över: att diagnosen mer kan upplevas som en nedvärderande psykiatrisk etikett – att man är avvikande och annorlunda, att patienten börjar se sin diagnos som en ursäkt för ett beteende och så vidare.

I forskningsdiskussionerna kring medikaliseringens risker och fördelar, har socialkonstruktivistiska tänkare ända sedan 1960-talet, vanligen velat framhålla att diagnoserna minskar individens ansvarskänsla för sitt eget liv och för sina livsproblem. Genom mina

intervjuer med anorexipatienterna och deras föräldrar fick jag upp ögonen för ett mångdimensionellt, ohanterligt och svårbeskrivbart lidande. För att karakterisera detta lidande skulle jag tala om begrepp som maktlöshet, oförmåga och en total vanmakt. Man kan säga att man kan förstå anorexidiagnosen som ett moraliskt svar på detta hjälplösa lidande. I familjerna kom diagnosen att få rollen att vara ett etiskt instrument för att kunna få syn på problemen, att kunna sätta ord på dem och att kunna ta sig ur dem. Även läkaren talade om diagnosens roll som ett verktyg för att kunna öppna upp en diskussion om hur man kan få till stånd en förändring i situationen och i den drabbade människans låsta syn på sig själv. Den roll diagnosen slutligen kom att få för patienterna och föräldrarna var alltså rakt motsatt till vad som ofta förs fram inom medikaliseringsdebatterna. Istället för att minska det upplevda ansvaret för de egna problemen stärkte diagnosen den personliga identiteten och ansvarskänslan hos patienterna och förbättrade kommunikationen med föräldrarna. Och jag vill understryka att jag, förutom utarbetandet och utmejslingen av den moraliska synen på medicinen, ser det här som ett av de mer betydande resultaten i min avhandling.

### **Djupintervjuer som underlag för att illustrera och konkretisera begreppsliga idéer**

Eftersom användningen av ett empiriskt intervjumaterial inte har någon etablerad vetenskaplig roll inom ämnesområdet filosofi, kommer jag att beskriva med några få ord hur jag utförde anorexiintervjuerna och vilken filosofisk uppgift de enligt min förståelse, slutligen kom att få i min avhandling.

De flesta av mina intervjuer gjorde jag kring sommaren 2014. Inga av dem som ställde upp kände jag från förut. Mitt intervjuprojekt annonserades ut via en blogg, så det var de intervjuade som tog kontakt med mig. Eftersom jag inte valde ut de berättelser som präglar detta arbete, kunde historierna ha sett ganska annorlunda ut. Jag skulle exempelvis ha intervjuat också transpersoner och män som drabbats av anorexi ifall de hade kontaktat mig. De intervjuade hade fått frågorna på förhand så de var alla väl förberedda för själva mötet. Jag intervjuade sammanlagt fem kvinnor, två föräldrar och en psykiatriker på en ätstörningsenhet – en specialist i allmänmedicin och barnpsykiatri. Alla intervjuer gjordes muntligt, förutom en. Intervjun med Hanna gjorde jag genom e-post eftersom hon inte hade möjlighet att träffas. Hon skrev istället ner sina tankar och svar på min intervjublankett, det är därför som

hennes berättelse är kortare än de andras. Genom att jag inte träffade alla mina intervjuade, kunde jag observera vilken stor roll ett faktiskt möte spelar för en intervju. När man träffar en person i det verkliga livet, kan man som intervjuare reagera på ett helt annat sätt på personens svar och så här blir det möjligt att en fördjupande intervju kan födas fram. Det är förstås också tänkbart att ens egna reaktioner och ens kroppsspråk kan påverka den som blir intervjuad på ett negativt sätt. I sin helhet är intervjuerna alltså muntliga. Vissa av intervjuerna kompletterade jag också med skriftliga svar. Till exempel så skickade jag några tillägsfrågor till Elin som hon sedan svarade på skriftligt. Rebecka hade svarat på frågorna på förhand också skriftligt, så jag använde också delar av dem när jag skrev ner hennes intervju.

Det som fascinerade mig efteråt var hur engagerade alla var: de ville verkligen berätta sin historia. I en djupintervju är det möjligt att tränga djupt in i en annan människas innersta upplevelser och tankar kring någon särskild händelse eller någonting den har upplevt. När jag arbetade fram alla frågor på intervjublanketten var jag mån om att alla frågor skulle vara så öppna som möjligt, för att undvika att de intervjuade skulle styras för mycket av själva frågorna och av mig som person. Inom journalistik nämns ofta den kanadensiske journalisten och experten på intervjumetodik, John Sawatsky. Han betonar vilken betydelse det har att ha så öppna frågeställningar som möjligt för att få en människa att berätta.<sup>11</sup> Detta betyder att man bland annat undviker laddade ord och att fråga så att personen styrs in i att svara på ett visst sätt. Man har då märkt att man lättare får fram en persons genuina berättelse. Detta är en metod som brukar läras ut på journalistiska utbildningar. Förutom de forskningsetiska grundprinciperna som att jag informerade intervjupersonerna om syftet med undersökningen och så vidare, var detta egentligen den enda teoretiska tumregeln jag försökte följa när jag utarbetade och utförde projektet.

När jag ställde följdfrågor i den verkliga intervjusituationen, lyckades jag inte alltid med att fråga öppet. Det här fick som jag förstår det inga följder för hur personerna svarade på mina frågor, eftersom de ändå svarar på ett självständigt sätt. Detta kan man observera ifall man studerar intervjuerna och hur de reagerade på mina frågor. Det är viktigt att man frågar öppet men det intressanta så här i efterhand var, att det också var den *kontakt* som jag kunde skapa med de här personerna som blev avgörande för vilket svar jag fick: alltså hur mycket de var villiga att öppna sig för intervjun. En intervjusituation handlar om ett möte mellan

---

<sup>11</sup><https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=5625218&t=1537620319562>.

två olika personligheter som kan ha skilda värderingar och livsställningar. Därför reagerar man på varandra med känslor och tankar som inte nödvändigtvis uttrycks i ord, utan i tystnader, harklingar, skratt, utrop, blickar etcetera. Vad jag menar är att också ens ordlösa och kroppsliga beteende tillsammans med hur man reagerar och svarar på den intervjuade, kan bli fruktbarande eller låsande för hur man tillsammans vågar närma sig smärtsamma tankar och känslor. Det krävs mod att ställa upp i en djupintervju om allvarlig psykisk sjukdom, för man går med på att i viss mån avslöja händelser, känslor och tankar som kan kännas genanta och obehagliga när man formulerar dem i ord. Men genom hur man tillsammans förmår att svara på varandra och på dessa händelser och upplevelser kan man försöka gestalta och forma en personlig berättelse, som upplevs som sann och äkta av den intervjuade.

Psykologerna Steinar Kvale och Svend Brinkmann anser att den *kvalitativa* forskningsintervjun vill förstå världen från den undersökta personens upplevelser, tolka dessa erfarenheter och avslöja personernas "levda värld som den var före de vetenskapliga förklaringarna".<sup>12</sup> Utgår man utifrån den här karakteriseringen kan man se på mina intervjuer att de är kvalitativa, eftersom jag försökte fånga intervjupersonernas autentiska tankar om vilken betydelse sjukvården och diagnosen hade haft för dem. Att det är fråga om kvalitativa intervjuer betyder också att de inte avsedda att användas som underlag för statistiska slutsatser om anorexi eller ätstörningsvård. Jag var alltså på det klara över att jag inte var ute efter att samla in ett empiriskt material för att kunna kartlägga sjukdomens orsaker, hur unga kvinnor i Svenskfinland generellt upplevde sin anorexi eller kvaliteten på den vård de fick.

Den ursprungliga anledningen till att jag ville göra intervjuer om anorexidiagnosen, var att jag ville få flera perspektiv på vad en diagnos kan betyda för en individ, för en familj och för en psykiatriker. Jag ville även konkretisera idén om ett etiskt sjukdomsbegrepp, genom att illustrera den med hjälp av intervjuer med kvinnor och familjer som i det riktiga livet har upplevt på vilket sätt anorexisjukdomen har försvårat och förhindrat ett normalt liv. Eftersom erfarenheterna av att göra intervjuer inom filosofin är begränsade, var det svårt att förutse vilken roll ett sådant projekt kan få. Att man kan använda intervjuer på så många olika sätt blev för mig något av en positiv överraskning. Intervjuerna kunde inte bara användas som illustrationer till redan uttänkta begreppsliga idéer, utan genom dem

---

<sup>12</sup> S. Kvale & S. Brinkmann: *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Lund: Studentlitteratur, 2009), s. 17.



kunde jag lättare få syn på och beskriva de *konkreta och verkliga livssammanhang* där kvinnorna hade blivit sjuka i anorexi. Materialet gick därigenom ytterst väl att förena med en wittgensteinsk syn på filosofi. I den vetenskapliga litteraturen kan man finna många empiriska förklaringsmodeller för hur anorexin antas uppstå: det finns biologiska, psykologiska, familjecentrerade och olika former av socialkonstruktivistiska synsätt. Jag förnekar inte att dessa empiriska modeller alla kan ha en andel i hur man kan förstå diagnosen genom att man till exempel kan peka ut dess orsaker, även om mitt förslag är att man inte kan hitta en enhetlig empirisk förklaring som skulle stämma in på varje patient.

Det finns en lockelse i att försöka kunna ge en allmän bild av vad anorexi är. Genom intervjuerna kom jag åt beskrivningar på hur verkligheten i de olika situationer där kvinnor insjuknar kan se ut. Istället för att slå fast en enda orsak för varje sjukdomsfall eller hitta en generaliserande orsaksdefinition för alla insjuknade försökte jag beskriva de begrepp som är bundna till de situationer och sammanhang som sjukdomen uppstod i. Mina intervjuer ger då exempel på hur man i vissa sammanhang kan förstå diagnosen som en reaktion på en svår familjedynamik, till exempel på en skilsmässa eller någon annan besvikelse eller sorg i familjen. I ett annat fall kan ett anorektiskt beteende förstås i svårigheten att identifiera sig med en traditionell kulturell uppfattning om kvinnorollen medan anorexin i ett tredje fall inte går att förstå utan att beakta hur en person kan falla mellan könskategorierna. Mitt förslag är att istället för att försöka fastslå en enda orsak för varje enskilt sjukdomsfall eller att man vill hitta en generaliserande orsaksdefinition för alla insjuknade, gäller det att *beskriva* de livssituationer och de begrepp som kommer in i de unika sjukdomsberättelserna.

Intervjuerna illustrerade och gav mig en uppfattning om hur *olikartade* kontexter en sjukdom som anorexi kan uppstå i. Och hur viktig kontexten och sjukdomsberättelsen är för att få grepp om hur olika betydelser anorexin kan ha beroende på *vem* det är som har insjuknat. Jag föreslår därför att man kan se på anorexins sjukdomsbegrepp från ett utvidgat eller utsträckt perspektiv. I avhandlingen talar jag om en distinktion mellan vad som kan anses förorsaka anorexi, vilket är en empirisk fråga och mellan vad sjukdomen handlar om eller består i för patienten – och här kommer patienternas berättelser in som en viktig betydelsebärande del av deras sjukdomsbild. Det här betyder att varje patient kan ha olika existentiella problem, trots att de biologiska,

psykologiska, familjerelaterade eller kulturella orsakerna kan ha varit liknande eller helt olika. När jag säger att det är betydelsefullt att lyssna in en patients hela historia, är det för att det enbart är genom lyssnandet och samtalandet som man kan få tillgång till de bredare anorexikontexterna. Det här betyder inte att det är betydelselöst att försöka hitta de empiriska orsakerna till att någon har insjuknat – mitt förslag utesluter inte empiriska modeller – men ifall man enbart fokuserar på orsaker och anser att det är dessa som också definierar problematiken, får man inte en helgjuten bild av vad sjukdom konstitueras av, alltså hur den upplevs och vad den leder till för den sjuka. En patients egen sjukdomsförståelse kan alltså hamna i skymundan.

Den mest betydande idén i min avhandling är den moraliska synen på diagnoser och vård. En litet överraskande vändning kom till genom intervjumaterialet, eftersom jag märkte att det etiska sjukdomsbegreppet har en tillämpning inom ätstörningsvården: att det är angeläget att lyssna på patientens hela berättelse om sitt insjuknande, som en grundläggande del av sjukdomsbilden. Många av mina kärnidéer har uppstått som ett resultat av att jag arbetat med frågorna ur ett wittgensteinskt förståelseperspektiv. Den moraliska synen på medicinen och det narrativa perspektivet på anorexin som jag har beskrivit ovanför, är exempel på hur man med ett wittgensteinskt synsätt kan försöka öppna upp andra sätt att begripliggöra psykiatriska begrepp.

Inom den wittgensteinska traditionen brukar man säga att en filosofisk undersökning av den här modellen är deskriptiv eftersom den lämnar den verksamhet som den undersöker "som den är".<sup>13</sup> Med detta menar man att man främst är ute efter att *beskriva* istället för att förklara en viss verksamhet eller något fenomen.<sup>14</sup> Beskrivningen kan också ges i stället för ett rättfärdigande eller ogiltigförklarande av det man undersöker. I och med att jag i någon mån har en erfarenhet av att rikta mig mot en bredare publik inom medicinens filosofi, har jag märkt att det bland psykologer och andra kliniker kan finnas ett behov av att vilja diskutera just de etiska svårigheterna med diagnoserna och olika etiska problem inom vården. På grund av de krav som ställs idag på den som arbetar med medicinska frågor inom filosofi, ser jag det som motiverat att också tillämpa idén om ett etiskt sjukdomsbegrepp. Att jag ser det som angeläget att lyfta fram lyssnandets roll inom ätstörningsvården, är således en praktisk följd av att jag genom det wittgensteinska förståelseperspektivet har kunnat bidra med en

---

<sup>13</sup> Se Wittgenstein: § 109, ss. 59-60.

<sup>14</sup> Se K-E. Berts & K. Solin: *Matematiken och Wittgenstein* (Stockholm: Thales, 2010), s. 10.

deskriptiv narrativ förståelse av anorexibegreppet. Jag kan dock inte ge några detaljrika råd för hur man lyssnar öppet och inkännande inom vården. Jag menar inte heller att det är enkelt att lyssna på patienter eller att jag kunde lära kliniker empati och lyssnande. Mitt bidrag är att föra in lyssnandet som ett centralt begrepp för förståelse. Huruvida en läkare eller vårdare lyckas eller inte lyckas i sitt lyssnande är inte min sak att avgöra. De som arbetar inom vården känner säkert igen sin vardag i det jag ur mitt teoretiska håll säger. Detta expanderade berättandeperspektiv på anorexibegreppet tillsammans med förslaget om det öppna och lyhörda lyssnandet, är väsentliga filosofiska bidrag i min avhandling.

Någonting som också har slagit mig är hur grundläggande det kan vara för en människa att få berätta sin historia. När man talar med någon psykiatrisk patient, som har gått i terapi och man frågar varför personen insjuknade från början, får man vanligen just en berättelse. Och vad är en berättelse om psykisk sjukdom? Det är för det mesta en berättelse om hur man har reagerat på en situation av något slag. Personen har kanske reagerat på att en förälder har upplevts som avlägsen, någon som man litade på har svikit en på olika sätt och så vidare. Om man får en möjlighet till att reflektera över sin historia, varför man har reagerat på någon annan eller på en omständighet med känslor av övergivenhet, ilska, sorg eller besvikelse, är det lättare att utveckla nya sätt att reagera på omgivningen och nya sätt att tänka. Berättelsens roll kan bli att ge ny självförståelse och nya perspektiv på hur man kan lära sig att utvecklas vidare i livet. I den här meningen är det inte viktigt för det narrativa perspektivet på anorexibegreppet, att man borde kunna verifiera händelserna i en persons bakgrund objektivt och vetenskapligt – det betydelsefulla är att en människa genom sin tolkande självförståelse kan gå vidare. Genom lyssnandet och samtalandet kan man begreppsliggöra problemen och uppnå en *gemensam förståelse*, något som ger patienten kraft att vilja arbeta med sig själv och leva vidare. Berättelsen *upprättar* människan, gör ens konturer tydligare, visar vem man är genom vad man har upplevt. I vissa fall kan en förändrad berättelse; att kunna se sig själv eller något i ett nytt ljus till exempel, hjälpa en framåt i livet.

## **Förståelsen av det etiska sjukdomsbegreppet och några tillämpningsmöjligheter inom psykiatri och vård**

Min grundtanke är att det är genom de moraliska reaktionerna som man kan förstå varför det har kunnat uppstå en vårdidé och en medicin som

delar upp sig i vårdande kliniker och i en vetenskap. Att jag vill lyfta fram ett *etiskt* sjukdomsbegrepp inom psykiatrin betyder inte att jag skulle anse att diagnoserna inte skulle kunna användas på problematiska sätt eller att de inte skulle kunna missbrukas. Ett exempel är då läkemedelsbolag vill göra profit på människors oro för att drabbas av en sjukdom. Att säga att diagnoser har en *moralisk* innebörd betyder inte att jag vill försvara exempelvis hela psykiatrihistorien. Det är befogat att anta att det genom historien kan ha existerat sådana diagnoser som inte i första hand låter sig förstås och beskrivas genom våra moraliska ansvarsreaktioner, och där till exempel olika sociala maktperspektiv kan ge en mer rättvisande och realistisk bild av hur sjukdomsdiagnoser kan uppstå och få en social sanktion i samhället. Det är fullt möjligt att det i vår historiska bakgrund kan ha existerat sådana kvinnliga beteendemönster och problem som man på felaktiga grunder – möjligen utifrån patriarkala maktmönster antingen har medikaliserat genom en officiell diagnos eller också har man talat om och upplevt kvinnors erfarenheter och problem som sjukliga.

Mitt förslag medför exempelvis inte heller att det i ett samhälle skulle vara etiskt rätt att använda antidepressiv medicinering som första alternativ vid milda eller medelsvåra former av depressioner, istället för psykoterapi. Den moraliska synen på diagnoserna förnekar inte att det inte skulle finnas risker med medicinering. Liksom det kan ha funnits omotiverade och ogrundade historiska diagnoser kan det finnas omotiverade diagnoser i de psykiatriska manualer som finns idag etcetera. Det är alltså inte fråga om ett *försvar* för själva *metoderna* inom psykiatrin. Detta är inte heller ett *politiskt* försvar: det är inte ett sätt att säga att man ska diagnostisera och medicinera istället för att lösa samhällsliga problem. Ett moraliskt synsätt talar för både medicinering, när sådan behövs och för samhällsliga insatser – samtidigt. Den moraliska tanken försvarar inte heller allt vad enskilda läkare diagnostiserar och medicinerar. Det försvarar alltså inte en slags överdiagnostisering och användning av diagnoser, där ett beteende bättre kan förstås och behandlas som att det är en reaktion på mobbning, svåra familjeförhållanden eller någonting liknande. Den moraliska synen på diagnoser ger inga klara regler för själva diagnostiseringen: ifall diagnosen ger en person goda vårdmöjligheter, vad man än anser att sjukdomen kan vara orsakad av, kan det vara motiverat att diagnostisera. Vilket det rätta och välgrundade beslutet är beror på vem det är som behöver en diagnos, vilken typ av diagnos det gäller, i vilka omständigheter problemen har uppkommit och vilken hjälp personen

kan få för att kunna gå vidare. Däremot kan man se förslaget som att det är ett försvar för att vi *har* en psykiatrisk vetenskap och en kliniskt vårdande verksamhet. En psykiatrisk diagnos består av två komponenter: dels består den av en läkares *bedömning* av alla kliniska undersökningsresultat. Till exempel vid anorexi kan man med hjälp av laboratorieprover mäta svältnivån i kroppen. Men den består också av en läkares *bedömning av patientens situation*: hur mycket symptomen påverkar livskvaliteten. Eftersom en diagnos i sista hand handlar om ett *moraliskt omdöme* om patientens livssituation, betyder det här att läkare kan diagnostisera fel, de kan överdiagnostisera och medicinera när det inte är motiverat.

Idén om ett etiskt sjukdomsbegrepp skall inte heller förstås som att det handlar om en *teori* om sjukdom, det är snarare ett sätt att fästa uppmärksamheten på och beskriva vad som händer när vi i olika situationer reagerar på en människas svårigheter, upplevelser av lidanden eller minskad förmåga att handla och relatera till andra och till omgivningen. Genom att införa andra och mer fruktbara begrepp i psykiatridebatten såsom *ansvar, omsorg, medkänsla, lidande, bristande mening* osv. kan man bättre förstå varför vi överhuvudtaget anser att vi behöver vårda de beteenden som vi talar om som psykiatriska symptom. Det skulle bli svårt att förstå varför kliniker överhuvudtaget vårdar sina patienter, ifall det inte skulle finnas moraliska reaktioner också inom sjukvården.

Eftersom tanken om det etiska sjukdomsbegreppet inte skall uppfattas som en teori om sjukdom är det inte möjligt att beskriva denna idé på ett alltigenom fulländat sätt, för det finns så många olika debatter kring medikaliseringen och med riskerna med olika typer av psykiatriska diagnoser och med medicinering. Jag har istället, texten igenom, försökt att inte bara tänka fram idén men att också nyansera den för att kunna ge riktlinjer för hur man kan tänka vidare på olika frågeställningar inom psykiatri och vård utifrån ett moraliskt sätt att se på medicinen. Om man som kliniker ser ett behov av att variera hur man talar om diagnoser och sjukdom när man möter sina patienter har det etiska sjukdomsbegreppet några tillämpningsmöjligheter. Ifall en patient tänker på sin depression i enlighet med ett strikt biologiskt sjukdomsbegrepp, (att depressionen består i en kemisk obalans i hjärnan), kan ett etiskt sjukdomsbegrepp användas parallellt med det biologiska. Man kan till exempel nyansera synen på depressioner och säga: "Du behöver medicin för att det kan hjälpa dig att sova bättre, det dämpar ångesttopparna, därför behöver vi medicinera ett tag. Men eftersom din sjukdom inte består i en kemisk

rubbnig i din hjärna, behöver du också själv fundera på vad du kan göra och ändra på i ditt liv, för att tillfriskna snabbare”.

Då den moraliska synen visar hur en nödvändig kulturell betydelse av att vi har diagnoser är att vi tar ansvar för varandras mentala svårigheter och problem, kan ett etiskt sjukdomsbegrepp minska en patients känslor av att vara socialt avvikande och känslor av att vara stigmatiserad. På det viset kan en kliniker försöka låsa upp sin kommunikation med en patient snabbare. Men idén kan kanske också förbättra kommunikationen med föräldrar till barn med olika former av neuropsykiatriska diagnoser. Den moraliska synen kan hjälpa patienter att få en mer variationsrik syn på sin egen diagnos – att diagnoser inte i första hand handlar om att man har en felfunktion i hjärnkemin eller att de är sätt att stämpla människor – deras väsentliga betydelse är ifall vården är bra, att bidra till större kognitiv flexibilitet, självförståelse, ett starkare jag och mer handlingskraft och därmed ge ett mer meningsfullt liv.

En stor fördel med ett etiskt sjukdomsbegrepp är att det inte passiviserar patienten, det tar inte ifrån patienten sitt eget ansvar för tillfrisknandet, vilket är risken med det biologiska perspektivet. Att diagnoser kan förstås som etiska i grunden, medför att man tydligare kan se på vilket sätt en patient inom psykiatri, på samma sätt som inom den fysiska sjukvården, många gånger i första hand är en *lidande* människa. Det är ett lidande som inte kan förstås som en enskild människas tragedi, utan det är ofta intimt sammanbundet med de närståendes förluster.

# DEL 1: Traditionella debatter och nya alternativa filosofiska perspektiv på medikaliseringen

## 1 Debatterna om fysisk och mental sjukdom sedan 1960-talet

### 1.1 Relationen mellan filosofi och medicin

Som filosofen Fredrik Svenaeus skriver i sin doktorsavhandling *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*,<sup>15</sup> finns det anledning att tro att människor har brytt sig om sina sjuka anhöriga sedan förhistoriska tider. Sjukdom har alltid varit en del av människans lott, därför kan man anta att försöken att hela och bota antagligen är lika gamla som människan själv. Inom de ännu existerande folkstammar som har ett förhistoriskt levnadssätt, finns det kunskaper om vilka örter och växter som har kurerande egenskaper och de uppvisar också basala kunskaper i hur man opererar. Svenaeus menar det inte finns så många historiska bevis på att människor alltid har behandlat sjukdomar, men att de grupper av människor som ännu lever på ett sätt som liknar vår förhistoria, ger stöd åt synen på att människan alltid har varit sådan att hon mår om sin egen och andras hälsa.<sup>16</sup>

Jag delar Svenaeus synsätt på att det finns någonting basalt och urgammalt i människans sätt att vilja kureras, lindras och läka kroppens sår, skador och sjukdomar. I varje fall kan man säga att våra sjukdoms- och vårdbegrepp på samma sätt som de moraliska begreppen är centrala begrepp i vår vardag och att det är rimligt att tänka sig att de måste ha en lång historia. Eftersom vi alltid mer eller mindre har fötts in i ett nätverk av relationer, finns det skäl att tro att vi länge har haft en moralisk uppfattning om vad det till exempel innebär att ta hänsyn till en annans känslor. På ett liknande sätt vill vi också bespara någon från kroppsligt lidande. Som jag illustrerade i introduktionen med Elins exempel, vill jag föra fram en moralisk syn på sjukdom och medicin: att det är det faktum att vi reagerar med ett ansvar inför människors symptom, svårigheter och lidanden, som kan förstås som ett nödvändigt villkor för att den vårdande praxisen och den medicinska vetenskapen har kunnat växa sig stark. Ur ett moraliskt perspektiv på sjukdom är det

---

<sup>15</sup> F. Svenaeus: *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps towards a Philosophy of Medical Practice* (Linköping: Linköpings universitet, 1999).

<sup>16</sup> *Ibid.*, ss. 28-29.

därför ganska sannolikt att människan länge i vårt förflutna har försökt lindra och bespara andra människor från de lidanden och hinder som fysisk och mental sjukdom ofta kan leda till.

Hippokrates anses vara den västerländska medicinens grundare och han levde i det antika Grekland ungefär 400 f. Kr. Svenaeus skriver att stora delar av den hippokratiska eden, som bland annat säger att en läkare skall göra sitt yttersta för att hjälpa och inte skada en patient, ännu anses kunna beskriva många av de plikter som en läkare har idag.<sup>17</sup> Man kan säga att människorna som levde i antikens Grekland fick bevittna uppkomsten av vad vi i väst skulle kalla för medicin eller läkevetenskap. Svenaeus menar att de teorier om hälsa och sjukdom som skrevs ner i *Corpus Hippocraticum*, en samling medicinska skrifter, förmodligen inte alla är författade av Hippokrates och är inte heller helt "nya", det vill säga helt oberoende av olika läror om helande från exempelvis det forna Egypten. De är inte heller helt befriade från religiösa föreställningar och praktiker. Men ändå var de läkare som följde Hippokrates, skriver Svenaeus, mer lika våra moderna läkare än de liknade en egyptisk magiker, eftersom de förkastade övernaturliga förklaringsmodeller för de flesta sjukdomar och de hade rationella argument i frågor som handlade om sjukdom och hälsa. Dessutom samlade de systematiskt in empiriska fakta med målet att kunna ge en prognos och att hitta botemedel för olika sjukdomar.<sup>18</sup>

Den hippokratiska läkaren betraktade patienten som inplacerad i en världsordning – i ett kosmos. Detta kosmos var i sin tur en reflektion av hur människan var uppbyggd. Man såg på sjukdom, den fysiska samt den psykiska som att den orsakades av en obalans i de kroppsvätskor som kroppen består av. Genom att känna till obalansen, till exempel om det handlade om ett överskott eller ett underskott av någon viss kroppsvätska såsom blod, galla eller flegma – kunde man ordinera en diet som skulle återställa vätskebalansen.<sup>19</sup>

Genom att reflektera över hur man redan i Hippokrates Grekland byggde upp teorier över hur man skall begripliggöra sjukdom och hälsa – kan man förstå hur teoretiserandet över sjukdom och hälsa redan då svarade mot en vårdande kulturform: att man ville kunna bota, hela och lindra och genom det förbättra människors levnadsvillkor. Också den hippokratiska eden kan man se på utifrån en moralisk sjukdomssyn – att en läkares arbete, förutom all biomedicinsk kunskap

---

<sup>17</sup> Se även Ahlzén för denna uppfattning, ss. 34-35.

<sup>18</sup> Svenaeus (1999), ss. 29-30. Se Ahlzén, ss. 31-32.

<sup>19</sup> Ibid., s. 30.



också bygger på att det är samvetsbaserat. Till exempel på ett sjukintyg idag finns det en text längst ner på sidan, där det står att läkaren genom sin namnteckning skall intyga att hen på "heder och samvete" har gett patienten rätt information om hens hälsotillstånd.

Vad som också visar sig i den antika medicinen och som även Svenaeus påpekar, är hur nära sammankopplade filosofin och medicinen har varit. Det var begreppsliga frågor om sjukdom som dessa läkare var upptagna med redan då. Svenaeus beskriver relationen mellan filosofi och medicin som lång och intim och att dessa två discipliner under Hippokrates tid var nära besläktade, eftersom de ansågs ha analoga uppgifter: filosofin skulle ta hand om själens hälsotillstånd medan medicinen vårdade kroppen. Enligt Svenaeus var relationen ändå ganska obalanserad eftersom den antika medicinen fick de flesta av sina idéer och teorier från filosofin medan den medicinska praktiken inte influerade de filosofiska teorierna nämnvärt mycket. Kring år 1800 bröts kontakten mellan dessa två områden eftersom den medicinska vetenskapen hellre ägnade sig åt empiriska studier än filosofi.<sup>20</sup>

Under 1900-talet har det dock skett en förskjutning i balansen i kontakten mellan de här två disciplinerna, skriver Svenaeus. Det här beror främst på de teknologiska framstegen inom den moderna medicinen. Den medicinska utvecklingen har under vår tid och speciellt under de senaste fem årtiondena, fått ett stort inflytande på några filosofiska områden; speciellt på medvetandefilosofin och etiken. Genom neurovetenskapen och genetiken har det uppstått nya frågor kring vad det innebär att vara människa och om alla ingrepp som man kan göra i det mänskliga livet, genom den framgångsrika nya teknologin, är etiskt försvarbara. Dessa medicinska framgångar har, menar Svenaeus, inte bara byggt nya broar mellan filosofi och medicin, de har även haft en förnyande effekt på filosofin och skapat ett nytt intresse för disciplinen. Och det har faktiskt, som Svenaeus nämner, blivit möjligt för filosofer att livnära sig på kognitiv vetenskap och bioetik. Vad som ännu saknas är ändå en filosofisk kontakt och relation till den kliniska praktiken: att man uppmärksammar de filosofiska frågeställningar som uppstår i mötet mellan patient och läkare och inte bara de frågor som uppstår kring den medicinska vetenskapliga utvecklingen.<sup>21</sup>

Det finns alltså en naturlig och nära begreppslik kontakt mellan områdena filosofi och medicin, trots att den konkreta relationen mellan de två har varierat historiskt. Min avhandling är ett bidrag inte

---

<sup>20</sup> Ibid., ss. 92-93.

<sup>21</sup> Ibid., s. 93.

bara till hur man kan förstå den medicinska vetenskapens uppkomst, men också till att lättare kunna se de filosofiska frågeställningar som uppkommer inom den kliniska vården. Till exempel är det möjligt att föreställa sig att samtidens läkare kan slås av olika existentiella frågor som kan karakteriseras som begreppsliga, vid mötet med olika patienter. Frågorna kan handla om hur man som läkare skall förhålla sig till de nya antidepressiva läkemedlen, de så kallade SSRI-preparaten som antas fungera genom att de ökar signalsubstansen serotonin i hjärnans synapser.<sup>22</sup> Botar medicinerna en sjukdom i biologisk mening eller kan man förstå effekten på något annat sätt? Hur skall man se på en adhd- eller aspergerpatients eget ansvar för sina problem ifall neuropsykiatriska svårigheter anses vara orsakade av neurologiska eller neurokemiska funktionsrubbnings i hjärnan? Ser ansvaret annorlunda ut i frågor om drog- eller alkoholmissbruk där det fysiska beroendet finns medan tillfrisknandet kräver någon form av viljeakt? Ansvar har en roll i alla dessa fall, men hur ansvarshandlingarna ska beskrivas varierar beroende på sjukdomen och sammanhangen. Jag kommer inte att diskutera dessa frågor i detalj, men jag kommer som jag redan har nämnt i introduktionen, att lyfta fram det etiska sjukdomsbegreppet som ett möjligt sätt att variera en alltför strikt biologisk syn på sjukdom, i mötet mellan läkare och patient i den kliniska praktiken.

I boken *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, som är skriven av medicinfilosoferna K.W. M eller Bill Fulford, Tim Thornton och George Graham, kan man läsa att man innan 1960-talet inte hade varit intresserad av begreppsliga problem inom medicinen. Det här berodde enligt dessa filosofer på att man hade varit så upptagen med de empiriska frågorna: att förstå och hitta botemedel för allvarliga sjukdomar, infektioner, cancer och för sjukdomar gällande näringstillförseln. Man ifrågasatte inte att dessa tillstånd var sjukdomar och *meningen* med att kalla de här tillstånden för sjukdomar.<sup>23</sup> I boken *Moral Theory and Medical Practice* skriver Fulford att vad man menar med det medicinska språkets sjukdomsbegrepp såsom "sjukdom", "symptom", "hälsa" o.s.v., betraktades nästan som en självklarhet eller åtminstone som om det var kliniskt oproblematiskt och därför utan praktisk betydelse för den medicinska verksamheten.<sup>24</sup> I dessa böcker

---

<sup>22</sup> Se F. Svenaeus: *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen* (Nora: Nya Doxa, 2008), s. 14.

<sup>23</sup> Fulford, Graham & Thornton, s. 18.

<sup>24</sup> K. W. M. Fulford: *Moral Theory and Medical Practice* (New York: Cambridge University Press, 1999), s. 3.

anläggs ett ganska kort perspektiv på relationen mellan filosofi och medicin eftersom man inte nämner att redan de antika läkarna intresserade sig för filosofiska frågor relaterade till sjukdom och hälsa. Däremot förenas dessa filosofer och Svenaeus i sin syn på att man kring 1960-talet blev mer intresserad av vad man menar med "sjukdom" också inom den fysiska medicinen. Och att det här intresset uppstod som ett resultat av den framgångsrika medicinska vetenskapliga forskningen. En kombination av framsteg inom de diagnostiska metoderna samt uppkomsten av nya effektiva vårdmetoder väckte nya frågor om gränserna mellan hälsa och sjukdom.<sup>25</sup>

## 1.2 Traditionella filosofiska debatter om mental sjukdom

På 1960-talet uppstod det en massiv och stundvis ganska polemisk diskussion kring giltigheten i att man använder begreppet "mental sjukdom".<sup>26</sup> I den här debatten delade man upp sig i två positioner, antingen tog man ställning *för* eller så var man *emot* termen "mental sjukdom".<sup>27</sup> Diskussionen om mental sjukdom delades in i två läger: det antipsykiatriska<sup>28</sup> och det propsykiatriska perspektivet. Det antipsykiatriska perspektivet skall inte förstås som ett enda synsätt på psykiatri utan detta är en paraplybeteckning på alla de växlande synsätt som tar sin utgångspunkt i en kritik mot den psykiatriska modellen, där man ser mentala problem som medicinska problem.

Psykiatern Thomas Szasz var en av de första som angrep psykiatri genom att attackera själva begreppet mental sjukdom. Szasz menade att mentala sjukdomar inte är *verkliga* sjukdomar i stil med de somatiska, utan att de utgör myter och att de i första hand borde förstås som livsproblem, och *inte* som medicinska problem. Enligt Fulford, Graham & Thonton kan man se kärnan i Szasz angrepp mot begreppet mental sjukdom i ett antagande om att det här begreppet *avhumaniserar* människor. Szasz menade att alla människor har livsproblem – men att tala om de här problemen som sjukdomar skulle innebära att man hindrar någon från att själv ta ansvar för att lösa sina svårigheter.<sup>29</sup> Szasz betraktade somatiska sjukdomar som paradigmet för all slags sjukdom.

---

<sup>25</sup> Fulford, Graham & Thonton, s. 18.

<sup>26</sup> Ibid., s. 14.

<sup>27</sup> Fulford, s. 4.

<sup>28</sup> För en mer detaljerad beskrivning av antipsykiatriska synsätt, se Fulford, Thornton & Graham ss. 14-16.

<sup>29</sup> Ibid., ss. 14-16.

Och han ansåg att fysisk sjukdom konstitueras av en avvikelse från klart och objektivt/vetenskapligt definierade normer för hur den mänskliga kroppen fungerar strukturellt och funktionellt. Att definiera genuin sjukdom var för Szasz främst en fråga om anatomi och fysiologi. Han ansåg vidare att mental sjukdom nog involverar avvikelser från normer men att dessa normer är psykosociala, etiska och juridiska till sin natur. Begreppet mental sjukdom är därför radikalt annorlunda än vad begreppet somatisk sjukdom är. Szasz kärnargument är att alla de tillstånd som betraktas som mentala sjukdomar i själva verket skall definieras genom moraliska (eller evaluativa) kriterier och inte genom faktuelle (eller medicinska) kriterier, och därför inte kan förstås som medicinska problem utan som moraliska problem.<sup>30</sup>

På den motsatta sidan till den antipsykiatriska kritiken finns den medicinska modellen eller den propsykiatriska synen.<sup>31</sup> Den mest betydande personen för den tidiga debatten om mentala störningar som intog den propsykiatriska ståndpunkten var psykiatern R.E. Kendell. Han var liksom Szasz intresserad av mentala sjukdomar som begreppslika problem. Kendell menade att åtminstone några av de tillstånd som benämns mentala sjukdomar på ett grundläggande sätt liknar de somatiska sjukdomarna och att mentala störningar därför inte kan kallas för myter. Men medan Szasz antog att somatisk sjukdom kan definieras genom anatomiska och fysiologiska normer ansåg Kendell att fysisk sjukdom kan definieras genom minskad överlevnads- och/eller minskad reproduktionsförmåga. Genom att han försökte visa att många mentala sjukdomar kan kopplas ihop med minskad överlevnads- och reproduktionsförmåga argumenterade han för att mental sjukdom inte är en myt.<sup>32</sup>

Enligt Fulford var dessa två sidor till en början, åtminstone inom medicinen, skarpt åtskilda. De som var *för* begreppet "mental sjukdom" (mental illness) var i huvudsak personer inom etablissemanget såsom Aubrey Lewis (1955), R. E. Kendell (1975) och Martin Roth (1976) medan de som var emot begreppet tillhörde antietablissemanget: Thomas Szasz (1960) och R. D. Laing (1967). Fulford skriver att de här två sidorna efter en tid kom att börja närma sig varandra, eftersom inte enbart läkare utan även domare, politiker, hälsoadministratörer och andra blev mer

---

<sup>30</sup> Ibid., s. 15.

<sup>31</sup> Ibid., s. 14.

<sup>32</sup> Ibid., s. 20. Här utgick Kendell ifrån teorin om *biologisk nackdel* som han utvecklar ur evolutionsteorin. Jag går mer noggrant igenom teorin om biologisk nackdel i det tredje kapitlet.

och mer misstänksamma mot en okritisk användning av begreppet "mental sjukdom". Och många av de tidigare motståndarna började inse värdet av begreppets traditionella tillämpning. Men debattens allmänna form – att vara *för* eller *emot* "mental sjukdom" – har förblivit likadan, menar Fulford.<sup>33</sup>

### 1.3 Den samtida debatten om mental sjukdom

Den nuvarande debatten om mentala sjukdomar (eller de diagnostiska kategorierna) har många gemensamma drag med den tidigare eftersom man fortfarande kan urskilja två positioner eller poler i den vetenskapliga litteraturen. Idag är det fortsättningsvis vanligt att hävda att vissa psykiatriska diagnoser inte är "verkliga" eller legitima sjukdomar, på samma sätt som man menar att de somatiska sjukdomarna kan sägas vara genuina eftersom de har en biologisk bas, utan att de är sociala konstruktioner. Dessa två motsatta positioner brukar, skriver filosoferna Bengt Brülde och Per-Anders Tengland, benämnas den "diagnostiska realismen" eller "vetenskapsrealismen" och socialkonstruktivismen.<sup>34</sup> Den här typen av kritik brukar idag ofta riktas mot den "lättare" delen av klassifikationssystemet inom psykiatrin med tillstånd som depressioner, ångestsyndrom och ätstörningar. Men det är också vanligt att den riktas in mot det neuropsykiatriska området med beteendestörningar och problem som adhd, autism eller Aspegers syndrom. Vetenskapsfilosofen Ian Hacking menar att det framförallt är de mentala sjukdomar som framträder på ett visst område, under en kort tidsperiod och som kan spridas till andra ställen, som framkallar oenighet över huruvida de är "riktiga sjukdomar" eller "sociala konstruktioner". Den här typen av sjukdomar kan även uppstå på nytt i en annan tid och social omgivning och vara beroende av social tillhörighet och genus, till exempel kan de drabba fattiga kvinnor eller rika män.<sup>35</sup> Det outgrundliga är alltså hur de plötsligt kan uppstå för att lika snabbt bara försvinna ur diagnosmanualerna och ur kulturen. Detta rörliga sjukdomslandskap kallar Hacking för "transient mental illnesses". Det mest berömda historiska exemplet på en sådan sjukdom är hysterin. Andra sådana sjukdomar som kan breda ut sig över något specifikt område och

---

<sup>33</sup> Fulford, ss. 4-5.

<sup>34</sup> Se B. Brülde & P-A Tengland: *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning* (Lund: Studentlitteratur, 2003), s. 149.

<sup>35</sup> I. Hacking: *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. (Charlottesville, Va: University Press of Virginia, 1998), s. 1.

befolkningsgrupp och som man har talat om som sociala konstruktioner är multipel personlighet, kroniskt trötthetssyndrom eller anorexi.<sup>36</sup> Men mer exakt, vad betyder det att någon är socialkonstruktivist – på vilket sätt anser man att vi själva konstruerar eller skapar våra diagnoser och vad menar man när man säger att en sjukdom måste grundas i biologin för att kunna kallas verklig? Innan jag går över till att diskutera hur mitt moraliska synsätt på de psykiatriska diagnoserna skiljer sig från den nämnda omdebatterade frågan kommer jag att kortfattat beskriva vad man menar inom den diagnostiska realismen och den socialkonstruktivistiska positionen.

Inom den breda forskningslitteraturen kring sjukdomsområdet är många filosofer överens om att man inom den diagnostiska realismen menar att psykiatriska störningar kan förstås som "naturliga sorter" (*natural kinds*).<sup>37</sup> Idag finns det många forskare som försöker beskriva hur man ska karakterisera kategorin mentala störningar som naturliga sorter. Ett exempel är filosofen Rachel Cooper som i sin bok *Classifying Madness. A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, diskuterar hur man kan begripliggöra mentala störningar som naturliga sorter. Det är också vanligt att man försöker förklara hur man kan förstå någon enskild mental kategori som en naturlig sort. Bland annat filosofen Richard Samuels försöker i sin artikel "Delusion as a Natural Kind"<sup>38</sup> att beskriva hur man kan begripa vanföreställningar som naturliga sorter. Han menar att idén om naturliga sorter bär på en lång och brokig historia i och med att idén har blivit karakteriserad flera gånger om.<sup>39</sup> Men som jag ser det skulle det bli för omfattande att detaljerat gå in i frågan om på vilket sätt man kan förstå mentala störningar som naturliga sorter, eftersom syftet med avhandlingen först och främst är att undersöka diagnosbegreppets användning i olika kontexter och att klargöra vilka olika roller och betydelser diagnoser kan ha i mellanmännsliga relationer, i medicinen och för samhället.

Om litteraturen om naturliga sorter är rik och varierande finns det även många olika sätt på vilka man kan förhålla sig till

---

<sup>36</sup> Ibid., s. 1.

<sup>37</sup> K. S. Kendler: *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (Baltimore: The John Hopkins University Press, 2008), s. 327. Se också Brülde & Tengland, s. 146.

<sup>38</sup> R. Samuels: "Delusion as a natural kind" i *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical Perspectives* Red. M. R. Broome & L. Bortolotti (New York: Oxford University Press, 2009), ss. 49-79.

<sup>39</sup> Ibid., ss. 50-51.

psykiatrin och diagnoserna som sociala konstruktioner. Jag kommer att granska några socialkonstruktivistiska olika sätt att kritisera diagnoser och lyfta fram att det finns olika former av konstruktivistiska synsätt. I avhandlingens sista kapitel kommer jag att undersöka och problematisera filosofen Susan Bordo<sup>40</sup> socialkonstruktivistiska idéer om hur anorexi uppkommer. Det är dock viktigt att vara medveten om att jag inte har ambitionen att klarlägga vad allt olika forskare kan mena med socialkonstruktivism. Med tanke på avhandlingens viktigaste målsättning kommer jag därför att enbart ge en paradigmatisks beskrivning på både naturliga sorter och sociala konstruktioner samtidigt som jag förklarar varför jag uppfattar detta vetenskapliga paradigm som filosofiskt otillräckligt.

En beskrivning av dikotomin naturliga sorter och sociala konstruktioner som det är klagörande att utgå från har jag hittat hos psykiatern Kenneth S. Kendler i boken *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*:

The paradigmatic example of natural kinds is chemical elements. They reflect a deep structure in our universe that exists independently of any human effort. They are discovered and not invented. Any advanced civilization anywhere in the universe would have to end up describing the same kinds of elements, albeit with different names.<sup>41</sup>

Han beskriver socialkonstruktivismen så här:

Roughly, a social construct is something that does not exist in nature but, rather, is a concept that humans impose on their world. Consider a particular fashion in clothing – the “hip look.” Although there may be a bit of consistency in this definition across small social clicks, across time and space the “hip look” would be variable because it is, at its essence, a highly malleable social convention that does not reflect any consistencies of the world in which we live.<sup>42</sup>

Att vara en ren socialkonstruktivist inom den samtida psykiatriska sjukdomsdebatten är utifrån denna redogörelse att anse att våra befintliga diagnostiska kategorier är socialt konstruerade, vilket betyder att man

---

<sup>40</sup> S. Bordo: *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (Berkeley: University of California Press, 2003).

<sup>41</sup> Kendler, s. 327.

<sup>42</sup> *Ibid.*, s. 327.

menar att de är mänskliga påfund. Man tänker härmed, precis som Brülde och Tengland lägger fram saken, att våra existerande diagnostiska kategorier inte har uppstått ur vetenskapliga upptäckter utan beror på historiska förlopp, sociala processer eller politiska faktorer, som kunde ha sett annorlunda ut. Eller att dessa "vetenskapliga upptäckter" är mänskliga påfund.

Brülde och Tengland har helt rätt när de säger att socialkonstruktivister ofta odlar en förkärlek för en viss typ av förklaringar till att vi har de diagnostiska kategorier som vi har. Ofta brukar man förklara existensen av en viss kategori *funktionellt* i och med att man hävdar att den finns därför att den bidrar till att cementera rådande maktförhållanden eller för att den är en del av en ideologi som har som funktion att kontrollera eller exkludera vissa grupper. Ett typiskt drag när det gäller ett socialkonstruktivistiskt förhållningssätt till psykiatriska diagnoser är alldeles som dessa filosofer säger, att man observerar att den som får en diagnos blir inkluderad eller exkluderad i olika kontexter. Det är även vanligt att man poängterar att en särskild sjukdomskategori har uppstått genom påtryckningar av starka gruppintressen eller av att olika agenter "förhandlat" om saken.<sup>43</sup> Ytterligare en angelägenhet som man kan lägga på minnet när det gäller en socialkonstruktivistisk retorik är som även Hacking noterar sin bok *Social konstruktion av vad?*, att de flesta socialkonstruktivister ofta vill kritisera, förändra eller förstöra det X som de ogillar. Men han konstaterar också att en socialkonstruktivist "kan inse att något, som för närvarande verkar oundvikligt, faktiskt inte är oundvikligt utan att det därför måste vara något dåligt".<sup>44</sup>

Den ofta debatterade frågan huruvida mentala sjukdomar och olika psykiska problem borde betraktas ur ett biologiskt perspektiv (naturliga sorter) eller om de är sociala konstruktioner, är ett samtida forskningsparadigm som genom mediala intressen även har fått en funktion på en kulturell nivå. Man kan säga att oavsett om man intar någon av de båda positionerna och antingen blir en *ren* naturalist eller en *ren* socialkonstruktivist eller om man förenar de två sidorna och säger att diagnoser består av både biologiska och socialkonstruktivistiska aspekter, så är det vanliga ändå att man förblir en debattör *inom* detta särskilda förklaringsperspektiv. Socialkonstruktivistiska teser kan därför ofta fungera som starka motargument eller som kompenserande teser mot naturalismen oavsett inom vilket ämne någon debattör argumenterar.

---

<sup>43</sup> Brülde & Tengland, s. 149.

<sup>44</sup> I. Hacking: *Social konstruktion av vad?* (Stockholm: Thales, 1999), s. 20.



Det är viktigt att vara på det klara med att uppställningen naturalism och socialkonstruktivism är en schematisk bild av hur debatterna ofta kan se ut. Uppdelningen mellan naturalism och socialkonstruktivism är i praktiken inte så svartvit som den kan te sig vara på pappret. Det handlar snarare om att kunna visa på mönster i tänkandet där socialkonstruktivistiska idéer kritiserar och varnar för konsekvenser av en ökad diagnostisering. En ofta förekommande kritik har på senare tid handlat om att användningen av de nya antidepressiva läkemedlen, SSRI-preparaten, är överdriven i samhället. Ett vanligt argument är att läkemedlen inte har någon verklig biologisk effekt utan fungerar som placebo. Denna form av kritik kan man observera såväl inom forskningen som inom kulturen. Det har emellertid ganska nyligen kommit ut nya vetenskapliga studier som tar utgångspunkt i den här kritiken, men som vill tillbakavisa uppfattningen om att läkemedlen är verkningslösa. Forskningsrapporter vill visa på att vanliga antidepressiva mediciner, SSRI-läkemedlen och de något äldre tricykliska preparaten fungerar bättre än placebopiller, alltså att de *har* en biologisk effekt.<sup>45</sup>

De vetenskapliga diskussionerna mellan naturalisterna och socialkonstruktivisterna finner ofta sin väg ut i samhället. I politiska frågor stödjer man sig ofta på resultat då man exempelvis kanaliserar skattepengar och i samhälls- och kulturdiskussioner används forskarnas resultat på en mängd olika sätt. Det är till exempel i de här diskussionerna som idéer om sociala konstruktioner når en bredare publik och kan bli en del av en människas självförståelse. Filosofen Simone de Beauvoirs "Man föds inte till kvinna, man blir det"<sup>46</sup> har varit en inspirationskälla för generationer av kvinnor och politiska rörelser – utan att det för den sakens skull ens har funnits ett krav på att vara tvungen att förhålla sig källkritiskt till hennes tänkande som helhet.

Jag vill alltså säga att de kulturella diskussionerna ofta är demokratiskt viktiga och har många fördelar men att de också skiljer sig avsevärt från forskningsdebatter. Frågeställningarna kan hänga ihop med den politiska eller aktivistiska positionen som den som formulerar frågan intar. Då man talar om medicin så finns det en utbredd, antikapitalistisk och human rörelse kan man kanske säga, som använder socialkonstruktivistiska redskap för att föra en maktkritik med läkemedelsbolag och dominanta institutioner som måltavla.

---

<sup>45</sup> Se <https://svenska.yle.fi/artikel/2018/02/22/stor-forskning-slar-hal-pa-seglivad-myt-antidepressiva-lakemedel-ar-ofta> eller <https://sahlgrenska.gu.se/forskning/aktuellt/nyhet/ny-studie-tillbakavisar-att-antidepressiva-lakemedel-inte-fungerar.cid1506583>.

<sup>46</sup> Se S. de Beauvoir: *Det andra könet* (Stockholm: Norstedts Förlag, 1995), s. 162.

Ett exempel på en kulturell diskussion fördes i det hälsojournalistiska programmet *Kropp och själ* i avsnittet *Hur mår psykiatrin?* i Sveriges Radio.<sup>47</sup> I detta avsnitt diskuterar man bland annat ett ökat diagnostiserande av vanliga livssvårigheter och vanliga karaktärsdrag. Det hävdas ibland att man till exempel diagnostiserar sådant som originella personligheter, beteenden som har sin rot i mobbning eller svåra familjeförhållanden. Det finns både nödvändiga, välgörande och klartänkta sidor i den här kulturella debatten – frågan om hur och vad man diagnostiserar och att diagnosen träffar rätt hör till den moraliska diskussionen kring diagnostiken.

En forskare som debattörerna utgår från är den välkända amerikanska psykiatrikern Allen Frances, som var ordförande i den arbetsgrupp som utvecklade DSM-IV år 1994.<sup>48</sup> Han säger i boken *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*,<sup>49</sup> att de utvidgade diagnoskriterierna i DSM-IV skapade falska epidemier av mentala störningar, någonting han ser sig moraliskt ansvarig för:

...we failed to predict or prevent three new false epidemics of mental disorder in children – autism, attention deficit, and childhood bipolar disorder.<sup>50</sup>

I boken varnar han för att de diagnoser som inkluderats i DSM-5 ytterligare kan driva fram en överdiagnostisering av vanliga livsproblem och karaktärsdrag. Att man har tagit bort sorgeundantaget för egentlig depression, betyder att man kan ställa en depressionsdiagnos på en sörjande person ifall kriterierna uppfylls.<sup>51</sup> Han är till exempel också kritisk mot att man infört diagnosen hetsättningsstörning (binge eating disorder).<sup>52</sup> Diagnostikens kritiker vill just varna för att patologisera något som sorg, som är en vanlig och oundviklig del av mänskligt liv. Frances diskuterar flera andra exempel och menar inte att det inte skulle finnas människor som verkligen kan få hjälp av psykiatrin,

---

<sup>47</sup> <https://sverigesradio.se/sida/avsnitt/800449?programid=1272>.

<sup>48</sup> Se <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Ungas-psykiska-halsa-forbryllar-forskare/>.

<sup>49</sup> A. Frances: *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* (New York: Harper Collins, 2013).

<sup>50</sup> *Ibid.*, s. xiv.

<sup>51</sup> Se <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2013/06/DSM-IV-har-blivit-DSM-5/>.

<sup>52</sup> Frances, s. xvii.

utan han är kritisk till att man lägger till vissa diagnoser i DSM som kan driva fram riktiga sjukdomsepidemier:

DSM-5 pushes psychiatric diagnosis in the wrong direction, will create new false epidemics, and promotes even more medication misuse. The right goal for DSM-5 would have been diagnostic restraint and deflation, not further unwarranted expansion of diagnosis and treatment.<sup>53</sup>

Programmet diskuterade också läkaren och professorn Peter C. Gøzsche, vars bok *Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse*<sup>54</sup> utkom år 2015. I denna uppmärksammade bok skriver Gøzsche att människor blir läkemedelsberoende i onödan då psykiatrin okritiskt skriver ut mediciner mot patienternas vilja. Han skriver att "Självbedrägeriet, förnekelsen och upphaussandet grasserar inom psykiatrin".<sup>55</sup> Han påstår att enbart 2 procent av den nuvarande användningen av psykofarmaka är nödvändig och att den bara borde användas i akutfall.<sup>56</sup> Han hävdar att psykiatrisk medicinering och speciellt de nya antidepressiva medicinerna, SSRI-läkemedlen, gör mer skada än nytta eftersom de ökar risken för beroende, gör människor självmordsbenägna och att de inte kan bearbeta sina känslor eftersom läkemedlen gör dem känslomässigt avtrubbade.<sup>57</sup> Gøzsche har undersökt hur läkemedelsindustrin gör sina kliniska prövningar av psykofarmaka och har kommit fram till att studierna är manipulerade på flera olika sätt och att man därför inte kan lita på dem. Det är läkemedelsindustrin som korrupperar läkare och myndigheter genom att förfalska och förvränga data, menar han.<sup>58</sup>

Sociologen Eva Kärfve kritiserar användningen av begreppet damp inom barnneuropsykiatrin i boken *Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan*,<sup>59</sup> som utkom år 2000. I boken kritiserar hon professor i psykiatri Christoffer Gillbergs forskning och biologiska grundsyn på diagnosen. Han ansåg att upphovet till damp-problematiken låg i en liten hjärnskada (MBD).<sup>60</sup> Kärfve hävdar bland annat att diagnoskriterierna är för vaga och hon kritiserar även Gillbergs

---

<sup>53</sup> Ibid., s. xviii.

<sup>54</sup> P. Gøzsche: *Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse* (Falun: Karneval förlag, 2015).

<sup>55</sup> Ibid., 268., se ss. 264-269.

<sup>56</sup> Ibid., s. 279.

<sup>57</sup> Ibid., s. 71, s. 208, ss. 222-223, ss. 232-233. Se också <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/09/Peter-Gotzsche-pa-krigsstigen-mot-psykiatrin/>.

<sup>58</sup> Gøzsche, ss. 246-249.

<sup>59</sup> E. Kärfve: *Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan* (Stockholm: Symposium, 2000).

<sup>60</sup> Ibid., ss. 13-31.

forskningsmetoder genom att hävda att kvaliteten i de statistiska underlagen för hans empiriska studier på barn med beteendeproblem är undermåliga.<sup>61</sup> Kärffves bok ledde till kontroversiella debatter kring damp- och adhd-forskningen i Sverige eftersom hon beskrev barnpsykiatrin som en "total institution" och påtalade ett maktmissbruk i Gillbergs forskning.<sup>62</sup> Hon anser att barns problem med sina beteenden borde förklaras utifrån brister i uppväxtmiljön och inte genom biologiska dysfunktioner. Hon menar också att neuropsykiatriska diagnoser i hög grad har ställts på barn från ogynnsamma miljöer.

Diskussionerna om psykiatrin och människan har med andra ord olika temperatur. Angreppen kan vara allt från aggressiva och absoluta till att snarare peka på drag och negativa följder av verksamheten. Konsekvenserna av en hållning kan innebära orimliga krav på både människor och psykiatriker att klara sig helt utan läkemedel och vård. Även om angreppssätten ibland kan gå till överdrift, kan den slags kritik som exempelvis Gøzsche framför också innehålla någonting positivt. Det är möjligt att kritiken kan leda till att man mer noggrant undersöker etiken kring de situationer när man gör kliniska studier av hur olika läkemedelspreparat fungerar, att en utsatt grupp uppmärksammas med mera. Om en kritik igen uppmärksammar att något samhällssegment är överrepresenterat i diagnostiken, som Kärffves bok gör, så finns det ett tydligt sakförhållande att ta ställning till. Vad beror detta på? Hur ska man förstå det och förhålla sig till det?

Det är intressant att öppna Kärffves bok och se hur hon beskriver utgångspunkten för konflikten mellan henne och Gillberg. En pojke som diagnostiserats med damp beskrivs:

Daniel satt ofta och "drömde". Han var omtyckt av kamrater men hade svårt att ta för sig vid bollspel och andra fysiska aktiviteter. [...] Det går bra för Daniel i skolan men enligt föräldrarna beror detta på en kombination av hög ambitionsnivå och ganska god begåvning. I själva verket måste Daniel anstränga sig vid gränsen av sin förmåga för att hänga med vid skolarbetet.<sup>63</sup>

Hon fortsätter att referera Daniels sjukdomsbeskrivning som tar fasta på att han känner sig håglös och deprimerad, har sömnstörningar, oro för framtiden och en känsla av värdelöshet. Han remitteras till en psykolog, får en diagnos och han och föräldrarna börjar senare må bättre. Kärffve

---

<sup>61</sup> Ibid., ss. 43-72., s. 191.

<sup>62</sup> Ibid., s. 220.

<sup>63</sup> Ibid., s. 9.

skriver att hon inte "trodde sina ögon" då hon läste detta och ifrågasätter att Daniels fall är en uppgift för världen, hon beskriver Daniel som en fullt normal pojke, men med överkänsliga föräldrar och bråkiga bröder.<sup>64</sup> Beroende på hur man ser på Daniels situation, hur man beskriver den, följer, skulle jag hävda, olika handlingar. Att beskriva honom som normal ger naturligtvis inga anledningar till att styra honom till läkaren, om man upplever att hans problem är kognitiva så är det svårt att inte göra *något*. Vad som följer beror på beskrivningen i första hand.

Diagnostiken har justerats och idag används inte damp längre, däremot adhd, som också diskuterats flitigt och kritiskt. Utmaningen som uppstår i kamperna mellan dessa två starka synsätt är ändå vad som händer med individen som har ett problem. Författaren Susanna Alakoski fångar denna spänning väl då hon i sin bok *April i anhörigsverige. Dagbok*,<sup>65</sup> diskuterar de otaliga barn som växer upp i olika dysfunktionella familjer omkring i Sverige och hur dessa barns problem ofta förknippas med en enda förklaringsmodell. "Vad hindrar dig från att koncentrera dig"; hon återger hur den norska psykologen Frid Hansen uppmanar till att hålla två tankar i huvudet samtidigt. Att ett barns beteende både kan bero på adhd och på en oro för att mamma eller pappa kan dricka sig till döds.<sup>66</sup> Alakoski återger ett fall Hansen varit med om där en pojke med inlärningsproblem, vars far var narkoman, konstaterade att "det inte finns plats till multiplikationstabeller i mitt huvud".<sup>67</sup> Utan pappans heroinmissbruk skulle säkert pojkens ångest inte finnas, men givet omständigheterna är det heller inte meningsfullt att helt förneka hans känslor, kognitiva problem och hur just han reagerar på sin helhetssituation. Det viktiga är att försöka förstå hur en individ uppfattar sina problem och reagerar på basis av det, snarare än att försöka pussla in individen i färdiga förklaringsmodeller, utan att förneka att det skulle finnas mycket kunskap och viktiga perspektiv i dessa modeller. Att helt lämna den Daniel som Kärfve diskuterar känns också otänkbart, mot de olika problem som hans vardag består i.

Kärfve kritiserar neuropsykiatrins sätt att se på beteendeproblem som att de orsakas av hjärnskador, genetiska eller biokemiska rubbningar i hjärnan. Hon tänker inte på att en diagnos betydelse i första hand inte bygger på neurologi eller biokemi. Den biologiska aspekten finns ju där, men att en diagnos blir meningsfull för

---

<sup>64</sup> Ibid., s. 9.

<sup>65</sup> S. Alakoski: *April i anhörigsverige. Dagbok*. (Leck: Albert Bonniers förlag: 2015).

<sup>66</sup> Ibid., s. 152.

<sup>67</sup> Ibid., s. 176.

en människa beror på andra saker, till exempel hur hen kan använda sin diagnos som ett hjälpmedel i vardagen. Att Kärffve utgår från att en diagnos måste kunna legitimeras av vetenskaplig forskning för att kunna betraktas som verklig eller giltig, ser jag som problematiskt. Denna biologiska grunduppfattning om sjukdomsbegreppet blir en viktig del av den intensitet som hon angriper psykiatrin med. Men att hon pekar på hur ett samhälle kan ignorera en viss socialklass är däremot värdefullt. Alakoskis författarskap riktar också blickarna mot det här i nutiden. Hur en politisk brist syns i inställningarna till psykiatrin är intressant att lägga märke till.

Historikern Cecilia Riving skriver i sin doktorsavhandling *Icke som en annan människa. Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*,<sup>68</sup> att den mest radikala socialkonstruktivismen har slipats bort inom den senare psykiatrihistoriska forskningen. Hon menar att man nuförtiden betonar den stora betydelse som kulturella eller sociala faktorer har i bedömningen av psykisk sjukdom utan att man förnekar eller ens tar ställning till en eventuell biologisk sjukdomsorsak.<sup>69</sup> Enligt min läsning av socialkonstruktivistiska arbeten om psykiatri och diagnoser, är det sällan som man stöter på forskare eller andra samtidskritiker som skulle tänka utanför de två positionerna naturalism och socialkonstruktivism helt och hållet. Jag säger inte att det inte kan finnas men att det är ovanligt. Det har emellertid, speciellt inom den vetenskapliga forskningen, börjat komma till uttryck ett slags missnöje med de två positionernas stramhet och tendens att ge en ganska likformig kritik mot psykiatrisk diagnostisering. Även när man deltar i debatter om olika medikaliseringsfrågor på vetenskapliga seminarier kan man märka hur forskare, kliniker och studerande ofta kan vara medvetna om att paradigmet kan leda till ett begränsat tänkande över vad psykiatriska diagnoser kan innebära för en människa, men att det verkar vara svårt att hitta en utväg till en alternativ förståelse av diagnoserna.

Eftersom den psykiatriska vetenskapen och den medicinska modellen länge har haft en stark auktoritativ roll kring hur man ska definiera och förstå de psykiatriska sjukdomarna, är det lätt att förstå varför man har haft ett behov av att beskriva sjukdomen också genom de kulturella orsaksfaktorerna. Även om man inom den kulturella forskningen kanske inte förnekar eller tar ställning till en eventuell

---

<sup>68</sup> C. Riving: *Icke som en annan människa. Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft* (Halmstad: Gidlunds förlag, 2008).

<sup>69</sup> *Ibid.*, s. 28.

biologisk sjukdomsorsak kan man förmoda att det biologiska tänkandet ofta hänger med som en bakomliggande tankestruktur till varför man anser att det är angeläget att också undersöka de kulturella betydelseerna av varför vi har en diagnostisk kultur. Att lösgöra sig från de två positionerna betyder ändå inte att förkasta allting de står för. Istället gäller det att med en öppen blick betrakta sjukdomssammanhangen var för sig och i det vara uppmärksam på vilka sätt en människas problem hänger samman med biologi och kultur. Det viktiga är att inte låta sig låsas av positionernas respektive teoribildningar. När man väl har vågat släppa taget kring dessa två förståelsemodeller blir det lättare. För det handlar om en vana att föreställa sig att sjukdom är någonting som man måste bevisa att verkligen existerar med vetenskapliga metoder, så därför behöver man också litet mod att bryta sig lös och hävda någonting annat. Speciellt sedan en stor del av forskarvärlden och många av de stora samtida sjukdomsuttolkarna såsom Hacking, Svenaeus eller idéhistorikern Karin Johannisson, för det mesta rör sig inom detta spektrum.

Det finns exempel på försök att inte vilja låsa sig av dessa teorier, men att ändå inte förkasta dem helt och hållet. Ett exempel på det här finns i Hackings tänkande över de psykiatriska diagnoserna. Han säger sig inte vilja ta ställning för någondera av positionerna:

De flesta av dagens forskare anser att schizofreni i grunden är en biokemisk, neurologisk eller genetisk störning (kanske alla tre). En minoritet av kritiker anser att sjukdomen är socialt konstruerad. Jag vill inte ta ställning; istället vill jag skapa ett utrymme inom vilket båda av tankarna kan utvecklas utan alltför stor direkt konfrontation – och utan alltför mycket prat om sociala konstruktioner heller.<sup>70</sup>

Hacking är kritisk mot en socialkonstruktivistisk terminologi och missnöjd med den kritik mot diagnoserna som flera socialkonstruktivister ofta är ute efter.<sup>71</sup> Han skriver vidare:

Tag, som ett oomtivistligt exempel, biologisk återkoppling. En person underkastar sig vissa regler för beteendemodifikation för att minska sina depressiva känslor och symptom. Många slags beteenden som motverkar kategoriseringen *deprimerad* blir förstärkta. Patienten börjar leva på detta nya sätt. Om beteendemodifikationen lyckas kommer även vår förståelse av

---

<sup>70</sup> Hacking (1999), s. 139.

<sup>71</sup> Ibid., s. 162.

depressioner att förändras. Och samtidigt, genom att patienten lever på detta sätt och lägger sig till med vissa typer av beteenden, så upphävs eller mildras ett visst kemiskt tillstånd i hjärnan, som antas ha ett samband med depression. Vi har en dynamik som fungerar både på kategoriseringsnivå och på biologisk återkopplingsnivå.<sup>72</sup>

Då man läser Hacking så slås man av att han inte förkastar biologin eller socialkonstruktivismen som sådana. För Hacking består diagnoserna därför av både biologiska och socialkonstruktivistiska komponenter, men inte på det sätt som då de själva definierar sin position. Han visar på hur biologi och socialt beteende verkar spela ihop i faktiska sjukdomstillfällen. Diagnoserna är *interaktiva* kategorier, vilket betyder att den kategoriserade individen eller en hel grupp av individer kan börja uppleva sig själva eller bete sig så som en viss diagnos beskriver. Och när kategorierna introduceras i samhället tenderar de att öka något eftersom patienter och läkare börjar tolka beteenden och problem enligt samma kategori.<sup>73</sup> Men de är också med Hackings ord *indifferentia* kategorier: sjukdomarna kan anses ha en biologisk, alltså en neurologisk eller biokemisk orsak.<sup>74</sup>

En kritisk inställning till "kampen" mellan biologi och socialkonstruktivism kanske förväntas innebära att helt och hållet förkasta dessa två poler. Varken Hacking eller jag vill göra *det*. Likheter mellan oss ligger i att uppmärksamma att diagnoserna har sidor av bägge. En skillnad mellan mig och Hacking ligger ändå i att han tydligare rör sig med de biologiska och socialkonstruktivistiska begreppen för att beskriva sjukdomens innebörd, hur kategorierna och upplevelserna samspelar och smälter samman. Jag vill å min sida starkare visa på hur de moraliska begreppen ligger som grund för vår sjukdomsförståelse. I min betoning på hur vi använder sjukdomsorden i de konkreta sammanhangen, visar jag hur sjukdomens betydelse ofta handlar om en självförståelse, som kan vara oberoende både av biologi eller av att diagnoserna är interaktiva. I det här upplever jag att det finns betydande skillnader. Dessutom visar jag också hur våra ansvars- och omsorgsreaktioner kan förstås som en förutsättning för hur en vårdidé överhuvudtaget har kunnat uppstå. *Det* gör inte Hacking.

Det är riktigt som Hacking skriver att socialkonstruktivismen som sådan ofta har haft (och kan ha) en sant upplösande och upplysande effekt på vissa idéer och åsikter som när det

---

<sup>72</sup> Ibid., s. 164.

<sup>73</sup> Ibid., ss. 49-50.

<sup>74</sup> Ibid., s. 157.



gäller genus eller moderskapet. I de här fallen har man sedan länge insett att det inte är anatomin som automatiskt dikterar hur ens genus formas eller hur man upplever sitt moderskap.<sup>75</sup> Men när det blir tal om mentala sjukdomar som anorexi har inte socialkonstruktivistiska teser en likadan frigörande effekt som vid genus- eller moderskapsdiskussioner. Även om man, som Hacking uttrycker det, intuitivt associerar just anorexin med att den åtminstone till en del måste vara socialt konstruerad, så *hjälper* inte detta de individer som lider. Med Hackings ord kan man därför konstatera att allt tal om sociala konstruktioner: "är frigörande huvudsakligen för dem som redan håller på att frigöra sig – till exempel mödrar som redan blivit medvetandegjorda."<sup>76</sup>

Men det är egentligen inte bara i socialkonstruktivismen som felet ligger utan det är mot det naturalistiska/biologiska sjukdomsbegreppet som man måste styra sitt filosofiska intresse – om man vill redogöra för vari utgångspunkten för det filosofiska problemet består. För att klargöra hur jag kommer att förhålla mig till de två positionerna ovanför kommer jag i följande avsnitt att beskriva på vilket sätt den naturalistiska synen på sjukdomsbegreppet är filosofiskt otillfredsställande.

#### **1.4 De filosofiska problemen med naturalismen och socialkonstruktivismen. Det etiska sjukdomsbegreppet: ett resultat av ett wittgensteinskt förståelseperspektiv**

Enligt min mening har de två hypoteserna om hur diagnoser ska förstås och definieras – naturalismen och socialkonstruktivismen, en gemensam, naturalistisk utgångspunkt. Det betyder att både socialkonstruktivisten och naturalisten ofta utgår från att psykiatriska sjukdomar enbart ska förstås och definieras som genuint "verkliga" eller legitima sjukdomar ifall de har en biologisk bas. Jag vill visa att denna polariserade debatt är otillräcklig, eftersom en naturalistisk utgångspunkt inte kan förklara *varför* vi *förhåller* oss till ett särskilt kroppsligt eller psykologiskt problem som till en sjukdom.

Om man tänker sig att man skär upp en tumör för att man antar att man borde kunna hitta de inneboende fysiologiska egenskaperna som kunde sägas utgöra cancersjukdomens essens, har man samtidigt inte förklarat *varför* vi *förhåller* oss till en tumör som till en sjukdom, det vill säga man har inte sagt någonting om vad vi *menar* med

---

<sup>75</sup> Ibid., ss. 14-15 och ss. 20-23.

<sup>76</sup> Ibid., s. 15.

att kalla tumören för en sjukdom. Man har inte förklarat varför vi reagerar med att någonting behöver göras i just *medicinska* termer och man har inte förklarat varför vi talar om cancersjukdomens kroppsliga och psykologiska yttringar som *symptom*. Det finns ingenting i tumörens fysiologiska egenskaper eller i dess anatomiska struktur som logiskt sett förbinder oss till att reagera med att någon behöver medicinsk behandling.

Vi känner till exempel inte till någonting om en människas hjärnprocesser innan vi reagerar på att hen är kliniskt deprimerad. Vad vi reagerar på är att personens tankar och känslor innebär att hen lider, att hen begränsas eller inte upplever mening. Istället för att fastna i valet mellan naturalism och socialkonstruktivism vill jag visa hur man kan utveckla en alternativ och en mer fruktbar moralisk syn på hur mentala sjukdomar kan förstås, som är rotad i vårt sätt att bemöta psykiskt sjuka i samhällskulturen, dvs. i familjerna, bland vänner och i vårdinstitutionerna. Det är för att jag verkligen utgår från de *upplevelser* av problem, svårigheter och lidanden som de insjuknade och deras närstående drabbas av, som jag poängterar att psykiatriska sjukdomar kan förstås genom ett *existentiellt* verklighetsbegrepp. Det är genom våra ansvarsfulla reaktioner på andra människors lidanden av olika slag som själva idén om att hjälpa och vårda uppstår. En ofrånkomlig grund till våra sjukdomsbegrepp och diagnoser ligger i dessa etiska reaktioner. Diagnosen är ett kulturellt uttryck för vår vilja att hjälpa dem som drabbats av psykiatriska svårigheter.

Denna moraliska syn på sjukdom eller vad jag talar om som det *etiska sjukdomsbegreppet*, är en frukt av att jag använder mig av Wittgensteins senare filosofisyn. Wittgenstein vände sig emot en bild av språket där man antar att varje ord skulle avbilda någonting bestämt i verkligheten eller referera till någonting specifikt, till exempel ett objekt. Han ville visa att det är för att man från början har ambitionen att definiera ord och begrepp genom att ange vad de refererar till, som ofta bidrar till att filosofiska problem uppstår. Enligt Wittgenstein har begrepp inte en fast betydelse utan det är istället hur man använder ett begrepp i en konkret situation eller i något specifikt sammanhang som visar vad man menar. Det är det här han avsåg med termen *språkspel*.<sup>77</sup> I *Filosofiska undersökningar* skriver Wittgenstein inte någonting specifikt om fysiska eller mentala sjukdomar. När jag skriver att jag använder mig av en wittgensteinsk syn på sjukdom – menar jag att jag arbetar med ett

---

<sup>77</sup> L. Wittgenstein: *Filosofiska undersökningar* (Stockholm: Thales, 1992) Se t.ex. § 1, s. 11-12., § 7, s. 14., § 22-24, ss. 20-22.

wittgensteinskt förståelseperspektiv på hur man kan försöka lösgöra sig från begreppsliga problem inom medicinens och psykiatriens område. Jag är alltså främst ute efter att beskriva hur våra sjukdoms- och diagnosbegrepp används och vilken betydelse de då kan få i de situationer och sammanhang där människor insjuknar, får vård och hur de lever med sin sjukdom tillsammans med andra människor.

Ett problem som verkar uppkomma handlar om att man sällan ser skillnaden mellan det som orsakar en sjukdom och det som definierar den. Både naturalister och socialkonstruktivister verkar likställa sjukdomens orsak med dess definition. Naturalisten kanske beskriver sjukdomen i termer av statistisk avvikelser och fysiologiska störningar, medan socialkonstruktivisten ser att en ätstörning inte kan skiljas från de kulturella och sociala processer som den uppstår i. Skär man, kargt beskrivet, bort orsakerna upphör också sjukdomen ur detta perspektiv. En sjukdoms orsaker kan ofta vara fysiologiska, men också sociala. Det viktiga är att göra en skillnad mellan orsaken och det som definierar sjukdomen, hur det som konstituerar problemet, har att göra med en människas livssituation. En del av en förlossningsdepressions orsaker kan ligga i hormonförändringar som kan spåras empiriskt, men den *betydelse* som sjukdomen får för den nyblivna föräldern kan handla om att vi talar om och definierar detta i termer av glädjelöshet inför barnet, skuld känslor över detta med mera. Den förlossningsdeprimerade skulle kanske själv just beskriva sina problem och känslor i dessa termer, och det är just i dessa meningssammanhang som vi förstår innebörden av sjukdomen för oss själva. Den vårdande läkaren skulle i bästa fall lyssna in det här och kombinera det med kunskap om biologiska förändringar som graviditeteten orsakat. Det är alltså inte det vetenskapliga sökandet efter sjukdomarnas orsaker som jag vänder mig emot, utan det är när orsaksförklaringarna antar formen av definitioner – det är där de många begreppsliga problemen har sitt ursprung.

Om man vill tala i socialkonstruktivistiska termer kunde man tänka sig att också betrakta vårt nutida forskningsparadigm inom sjukdomsområdet: den diagnostiska realismen och socialkonstruktivismen som att den många gånger är en "konstruerad" debatt eftersom den grundar sig på en missvisande bild av hur man skall förstå och definiera begreppet mental sjukdom. Den socialkonstruktivistiska sidan är ofta en reaktion på ett naturalistiskt sjukdomsbegrepp och kan betraktas som en felreaktion eftersom den inte genomskådar vad som är problematiskt med den naturalistiska utgångspunkten. De socialkonstruktivister som har ett starkt konstruktivistiskt utgångsläge skulle

förmodligen själva förneka att de har en naturalistisk utgångspunkt eftersom de skulle betona att de ju menar att många mentala sjukdomar *uppstår ur sociala normer*. Ändå baserar de ofta sina konstruktivistiska argument om hur mentala störningar uppstår på frågeställningar om vad det är som gör mentala sjukdomar verkliga och mer precis faller de tillbaka på den naturalistiska idén om att det är biologin som gör en mental sjukdom "verklig". Därför kan man säga att starka socialkonstruktivistiska teser tenderar att grundas i en biologisk grundtes om sjukdomsverklighet som lyder på exakt samma sätt som naturalismens.

Det är vanligt att socialkonstruktivister betonar ansvarsproblem eftersom de menar att man fråntar en människa ansvaret för sitt liv om man medikaliserar ett "livsproblem". Vad jag vill visa är att ansvarsbegreppet inte är beroende av vad man vet om biologin bakom somatisk eller mental sjukdom. Man behöver inte ta avstånd från biologin för att ansvarsreaktioner ska vara möjliga, utan i det sjukdomsbegrepp som jag vill lyfta fram kommer ansvaret alltid *först*. För att förstå sjukdom måste man undersöka hur diagnoserna samverkar med vårt vardagliga levnadssätt på olika nivåer i samhället: dvs. man undersöker relationen mellan den roll våra diagnoser spelar för samhället, för medicinen samt för individen samt mellan vad vi uttrycker med våra sjukdomsord i de primära situationer när vi reagerar moraliskt på någons fysiska eller psykiska smärtuttryck med att säga att någon är sjuk eller att någon behöver behandling. Att förstå sjukdom är därför att förstå att våra diagnos- och sjukdomsbegrepp logiskt inte behöver någon annan botten än de primära moraliska reaktioner, som vi har när vi reagerar på en människas fysiska eller psykiska smärtsituation med att säga att någon behöver vård. Och det är genom denna tes som man märker hur tydligt min undersökning skiljer sig både från naturalismen och från socialkonstruktivismen.

Ett grundläggande drag i min avhandling är att mitt arbetssätt går ut på att jag inte argumenterar inom den diagnostiska realismen eller socialkonstruktivismen. Min undersökning har en helt annan roll än den traditionella filosofiska begreppsanalysen där man försöker definiera vad något begrepp *X är* genom att ange kriterier för vad något begrepp *X* antas referera till. Istället för att jag frågar mig "vad är sjukdom?" gör jag en filosofisk tolkning av vår "sjukdomskultur" eller diagnostiska kultur vilket betyder att jag undersöker den meningsdimension som uttrycks genom hur vi använder våra diagnos- och sjukdomsord i olika sammanhang. På ett mer konkret sätt kan man

säga att jag undersöker vilket förhållningssätt som finns bakom någon diagnos genom att jag försöker arbeta fram de argument och åsikter som förts fram när man har velat medikalisera ett visst problem i en viss kulturell och medicinsk kontext. I mina närstudier av anorexidiagnosen observerar jag hur kvinnorna och deras anhöriga talar om sjukdomen i en familjekontext och på vilket sätt den omgivande situationen vid insjuknandet, påverkar hur de upplever, tolkar och ser den mening som anorexidiagnosen slutligen frambringade och som var viktig för deras tillfrisknande.

Min tanke med att granska våra sjukdomsbegrepp ur en kontextuell synvinkel är att jag lägger fram ett perspektiv där frågan om vad sjukdom "är" inte är central, istället fokuserar jag på vilka begrepp som kommer in i de unika situationer när vi insjuknar. Ifall man istället för att fråga vad sjukdom *är*, frågar vad sjukdomen *betyder* får man ett annat synsätt på hela sjukdoms- och diagnosfrågan. Ställer man frågor om hur sjukdom skall definieras genom deras biologiska orsaker eller frågor kring hur de uppstår i samhället, kan man få svårt att uppmärksamma att de sammanhang där människor insjuknar för det mesta på något sätt handlar om existentiella och moraliska frågor kring hur man skall hantera sitt eget liv i förhållande till de krav som ställs utifrån och om frågor kring mellanmänskliga relationer. I en wittgensteinsk anda kan man säga att frågor kring om någonting är verkligt eller inte ytterst sällan förs på tal i vardagen. Vi skulle exempelvis aldrig komma på tanken med att tvivla på att de moraliska problem som till exempel uppstår i de situationer som hör samman med vänskap eller kärlek inte skulle vara verkliga eller riktiga för oss. Ifall någon sviker en som vän eller som kärlekspartner, upplever man detta som plågsamt nära och verkligt. På ett motsvarande sätt kan man säga att frågor kring om psykiatriska problem eller sjukdomar är "verkliga" inte kommer in i de sjukas eller i de anhörigas liv. Tänker man på Elins historia kan man karakterisera svårigheterna som existentiella och moraliska på ett skyddslöst sätt. Man kan förändras som människa av ett svek – man kan få svårt att lita på någon igen för en lång tid framåt. Liksom man kan förändras som person genom en upplevelse av psykisk sjukdom, kan en anhörigs synsätt på livet formas genom att hen har tvingats se hur någons liv faller sönder eller hur någon på ett genomgripande sätt inte förmår skapa djup i relationer och så vidare.

Att jag inte vill fastlåsas i någon av våra moderna förklaringsperspektiv på sjukdom genom att jag undersöker och tolkar den meningsdimension som visar sig i de olika sammanhang där

sjukdomen förekommer, sammanhänger med att jag vill visa att frågan om "verklig" sjukdom så som den brukar gestaltas inom den nämnda sjukdomsdebatten inte är så relevant som man har trott. För vi behöver inte veta någonting om anatomi, fysiologi eller biokemiska processer för att reagera med ett ansvar i och med att vi tänker att man behöver försöka bota, omhänderta eller lindra olika fysiska eller psykiatriska symptom som kan leda till upplevelser av man inte lyckas skapa ett tillräckligt meningsfullt liv. En anhörig kan sörja över att den kroniskt psykiskt sjuke inte har lyckats skapa tillräckligt varaktiga, pålitliga och trygga relationer. I den anhörigas sorg, känslor och hjälplöshet inför sjukdomen, är det inte biologisk kunskap om sjukdomens orsaker som sticker ut, utan svåra och ibland olösliga *moraliska* frågor kring hens livslånga relation till den sjuka människan. Men att helt frånse en sjukdoms biologiska sida kan i vissa sammanhang vara att förhålla sig ansvarslost till den. Ett uttryck för att ta en cancerdiagnos på allvar kan innebära att stödja en person att genomgå en behandling, att inte ignorera hens fysiska mående också om det i sig inte är grunden för att förstå sjukdomens innebörd för personen.

Den breda forskningslitteraturen om mental sjukdom och vårdetik utgår nästan alltid från patienten och frågor om patientens autonomi. Men det är inte bara den som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom, som kan sägas lida av sina symptom och av vad sjukdomen har berövat personen – också de anhörigas liv kan kännetecknas av förluster på grund av hur omständigheterna kring sjukdomen har drabbat alla berörda på olika sätt. Fördelen med en wittgensteinsk kontextuell syn på sjukdom är att man lättare kan sätta ord på de dimensioner lidandet uppgår i för den sjuka men också för dem som drabbas av den i en nära situation med den som insjuknat. Genom att ge angreppssättet en alternativ inriktning och genom att jag lyfter fram de närstående som en viktig del av patientens värld, vill jag visa att detta i själva verket öppnar ett nytt och ett mer fruktbart perspektiv på diagnosbegreppet, medicinsk filosofi och psykiatrisk vård.

Det finns alltid en frestelse eller en fara i att försöka förstå något i termer av sig självt. Till exempel så att man lyfter en människa ut ur sitt sammanhang och försöker förstå henne oberoende av detta. Det finns, skulle jag säga, ett naturvetenskapligt *drag* i vår kultur där vi söker oss mot tingens minsta beståndsdelar i våra försök att förstå dem. Att röra sig på partikelnivå hjälper oss förstås att förstå exempelvis ljuset och dess vågor. Men å andra sidan kan man också se på vad det innebär då strömmen går då man ska laga mat i en mörk stuga. Eller vad det betyder

för en person med ljuskänsliga ögon att utföra arbete i starkt solljus och hur vår hälsa påverkas av ljusbrist under långa nordiska vintrar.

Filosofen Maurice Merleau-Pontys filosofi går inte med på att göra en uppdelning av världen och subjektiviteten, alltså hur människor upplever världen. Han beskriver hur vi föds in i nätverk av relationer, hur vi delar värld med varandra och hur två personers upplevelser vävs in i varandra på ett sätt som gör dem omöjliga att separera. Det är i dessa invävda relationer som vi lever våra liv, vi kommunicerar med varandra genom världen och historien. Merleau-Ponty skriver: "... there is no sensation without communication with other sensations or with the sensation of others..."<sup>78</sup>

Merleau-Pontys beskrivning gör en uppmärksam på att beakta hela de sammanhang som utgör också en sjuk människas värld. I synnerhet i en kultur där den biomedicinska kunskapen om sjukdomars beståndsdelar ökar hela tiden, kan det finnas en benägenhet att uppfatta denna kunskap på ett snedvridet sätt. Att bli mera viss om något biologiskt faktum, till exempel cancercellers spridning i kroppen, verkar ge en bild av sjukdomen som om den bara handlade om den insjuknade individen. Kunskap av den här typen utesluter ändå inte att betrakta hela den livssituation som cancer påträffas i och de betydelsefulla sjukdomen har för patienten och dess anhöriga. Jag skulle säga att beaktandet av dessa nätverk av förhållanden och förbindelser hjälper till för att förstå idén om det etiska sjukdomsbegreppet. Hur det handlar om att läsa in en hel sjukdomssituation utan förutfattade idéer om exakt vad sjukdomen betyder eller handlar om.

Då vi besöker en läkare eller psykiatriker finns det risker för att hela sjukdomsbetydelsen eller upplevelsen inte kommer till uttryck. Vi kommer oftast ensamma till mottagningen och utmaningen blir då att just inte betrakta patienten som en kropp som man undersöker isolerad ur sina sammanhang. Får man inte syn på de sociala relationer och det Merleau-Ponty på djupet beskriver; att våra upplevelser alltid blir till i möte med dem som upplever oss, finns det risk för att läkaren inte får syn på patientens hela sjukdomsbild eller hur sjukdomen betar sig i mellanmänniska förhållanden. Eftersom läkaren från sin mottagning inte förmår se direkt in i familjen och hur sjukdomen växelverkar med de andra, finns möjligheten att en stor del av vad sjukdomen konstitueras av eller handlar om för patienten därmed kan förbli dold. En läkare som själv har upplevt den mentala sjukdomens "dolda" sida har antagligen lättare

---

<sup>78</sup> M. Merleau-Ponty: *The Phenomenology of Perception* (New York: Routledge, 2012), s. 467.

för att se sjukdomen också från detta litet dunkla och utsagda perspektiv.

Den medicinska praktiken är uppbyggd kring en relation mellan läkare och patient. Jag skulle hävda att det kan medföra svårigheter att nå en bredare förståelse för patientens problem. Å andra sidan är vården och dess etik uppbyggd kring integritetsfrågor och autonomi, något som försvåras om familjer eller närstående får en konkretare roll i vården. Ändå ser jag de perspektiv på en själv och ens handlingar och mående som kompletterande, som perspektiv som faktiskt kan öka en människas autonomi i vården om hen blir medveten om hur hens beteende upplevs av andra. Med det sagt blundar jag inte för de risker som också finns förknippade med att inkludera anhöriga i vårdsituationer. I konfliktartade relationer är det tänkbart att en maktkamp inom familjen också kunde leda till att man ger ett perspektiv på patienten, som inte alls handlar om att hjälpa hen, snarare dra mattan under personens tillfrisknande.

Så som jag tolkar medicinens och psykiatrins filosofi har forskningen alltsomoftast varit så upptagen med och så fokuserad på att sjukdom är någonting som drabbar en enskild individ och som har sitt säte *inom individen*, att den anhörigas synvinkel på problemen antingen ignoreras eller så har man inte fäst så stor uppmärksamhet kring det. Ifall man försöker klargöra filosofiskt hur man kan förstå den sjukas hallucinationer, förvrängda tankemönster, upplevelser av meningslöshet etc. som att det handlar om just *mentala* problem och inte exempelvis sociala eller religiösa, genom att föreslå biologiska eller kognitiva dysfunktioner eller andra förklaringsmodeller såsom minskad handlingskraft i livet osv., är risken ganska stor att man kommer att fastna i ett alltför individcentrerat sjukdomsperspektiv.

Att arbeta med en moralisk syn på psykiatriska problem och sjukdomar är alltså att försöka öppna och utvidga bilden av vad psykiatriska sjukdomar består av eller handlar om – också här för patienten, men med blicken riktad mot hennes mellanmännsliga relationer. Med en sådan moralisk sjukdomssyn vill jag belysa att det finns en spänning gällande begreppet "patientautonomi". Ifall vårdstrukturen alltid är uppbyggda kring patientens autonomi, självständighet och rättigheter kan man lätt förbise vilka åtgärder man borde vidta för att de anhöriga också skall kunna umgås, bemöta och sköta den sjuka på ett bärande sätt. Det krävs insikter i diagnosen för att en anhörig skall kunna utveckla en förståelse kring de problem som patienten brottas med. Ibland kan en förståelse av en människas problem



vara nödvändig för att man skall kunna utveckla en hållbar relation. Ett moraliskt sjukdomsperspektiv pekar mot att det finns skäl att utvidga diagnostiseringen mot en familjecentrerad diagnostik. Eftersom den sjuka ofta kan ha nedsatt självinsikt, kan det ibland och för att säkra diagnostiken, vara motiverat att även inkludera de anhörigas syn och upplevelser av vad som är problematiskt i beteendena.

Jag sade tidigare att det aktuella vetenskapliga läget är att man har börjat inse att det finns ett behov av mer mångsidiga sätt att se på psykiatrin. Min avhandling kan betraktas som en del av en denna pågående process. Samtidigt är den även med bidraget om den moraliska synen på diagnoser, en tanke, ett förslag eller en ledtråd om hur man kan vidareutveckla den psykiatriska vården. Det finns inget utrymme att här utveckla dessa vårdtankar mer utförligt. I en wittgensteinsk mening så kan man säga att om man ser på diagnoserna från ett moraliskt perspektiv så medför det att man även ser vad man kan behöva göra för insatser inom vården, eller hur frågan om vårdbehov ska förstås. Jag har inte gett psykiatrin några direkta vårdförslag utan en lätt knuff framåt mot en diskussion kring hur man kan gå vidare.

## 1.5 Sammanfattning

På vilket sätt hjälper det en anorexipatient om man slår fast att hens sjukdom är en social konstruktion? Frågan kan ha många svar, men visar på ett glapp mellan en patients sjukdomsupplevelse och den livliga debatt om hur man ska förstå och definiera de mentala sjukdomarna som tog fart på 1960-talet.

I snart 60 år har debatten om hur man ska avgränsa och definiera de mentala störningarna från så kallade vanliga livsproblem, ofta rört sig mellan två starka läger – den vetenskapliga realismen eller naturalismen och socialkonstruktivismen. Inom naturalismen hävdas det att sjukdomar kan upptäckas vetenskapligt och sålunda definieras genom deras fysiologiska orsaker. Den här riktningen anser sig vara värdeneutral, beskrivande och objektiv. Socialkonstruktivismen kan man se i olika varianter, men ofta utgår dessa teorier från att de mentala störningarna inte kan legitimeras av objektiva och naturvetenskapliga metoder. Mentala störningar kan inte särskiljas från de samhälleliga och kulturella faktorer som ursprungligen har skapat dem. För de mentala sjukdomarnas del har frågan ofta handlat om huruvida de kan förstås som genuint verkliga sjukdomar eller om de är myter eller enbart livsproblem. I det här kapitlet har jag visat att både naturalisterna och

socialkonstruktivisterna ofta rör sig med ett biologiskt verklighetsbegrepp. Det vill säga, de utgår från att genuina sjukdomar skall definieras och förstås utifrån inre fysiologiska funktionsstörningar men de är oense om vad som kan räknas in som verkliga sjukdomar.

Socialkonstruktivismen har haft en demokratisk drivkraft, betonat diagnosernas avhumaniserande verkan samt fokuserat på frågor om den makt som läkemedelsbolag har över en människa i ett sårbart läge. Tanken om att dessa bolag driver på diagnostiserandet i jakt på ekonomisk vinst är någonting att ta på allvar. Man har till exempel uttryckt oro över att de ökade diagnoserna leder till ett okontrollerbart diagnostiserande av sådana beteenden som inte primärt kan förklaras utifrån biologiska processer och störningar, utan mera faller under rubriker som vanlig blyghet eller vanlig sorg. Jag menar inte att dessa kritiska diskussioner är fruktlösa, men har i det här kapitlet formulerat grunder för ett nytt och alternativt sätt att se på och förstå sjukdom som inte är låst av dessa två dominanta positioner. Den filosofiska utmaningen med sjukdomens biologiska bas, så som jag ser det, är att biologiska faktum inte beskriver varför vi förhåller oss till någonting som till en sjukdom. Varken cancertumörer eller fysiologiska processer i hjärnan kan förklara detta.

Med hjälp av Wittgensteins filosofi har jag argumenterat för att idén om att vårda uppstår i våra ansvarsfulla moraliska bemötanden. Genom hans kritik om att varje ord skulle avbilda någonting bestämt i verkligheten eller referera till någonting specifikt, har jag velat lösgöra förståelsen för våra sjukdomsbegrepp, från att de skulle referera till inre fysiologiska processer eller till dessa "naturliga sorter", biologi. Med det sagt förnekar jag inte sjukdomarnas biologiska aspekter, men anser inte att det är de som ger begreppen mening i vardagliga eller medicinska sjukdomssituationer.

I kapitlet har jag försökt belysa de olika sammanhang i våra gemensamma liv tillsammans där reaktioner på varandra uppstår, där ansvar för varandra tar sig uttryck i att vi vårdar. Detta är ingenting nytt, uttryck för det kan man hitta redan i den hippokratiska eden där läkaren på sitt samvete svär att förbättra, inte försämra en patients tillstånd. Det här perspektivets kraft handlar om att bli uppmärksam på frågor om mening i hur vi använder sjukdomsbegreppen i olika kontexter. Det är inte i första hand frågor om sjukdomarnas fysiologiska orsaker som slår den insjuknade, utan frågor om ett insjuknade kan ofta beskrivas i existentiella och etiska termer; hur kommer tillståndet att påverka ens arbete, ens relationer och familj och framtiden? Jag ser alltså på sjukdom

från ett utvidgat perspektiv; sjukdom konstitueras inte bara av en individuell sjukdomskänsla utan av många olika faktorer. Till exempel hur sjukdomen påverkar de nära relationerna, vilka förluster den leder till som arbetsoförmåga och så vidare.

Det här betyder inte att jag skulle vilja avfärda till exempel den användbarhet som statistik eller empiri kan ha för den medicinska forskningen. Genom att se på sjukdomssammanhangen har jag velat visa att förståelsen för mental sjukdom inom den breda forskningen, ofta riskerar att bli för individcentrerad. Jag vill utöka förståelsen från den betydelse som sjukdomar kan ha, till att omfatta de anhöriga, människorna som har relationer med den insjuknade. Också en anhörig kan drabbas av sjukdom i familjen, genom livsförluster för att ge ett exempel.

Då det gäller de mentala sjukdomarna så kan en del av symptom bilden dessutom handla om bristande självinsikt. Det har fått mig att tangera ett centralt begrepp inom vården, nämligen patientautonomin. Att patientens rättigheter och integritet säkerställs är av största vikt. Det kan ändå finnas fall där själva vården eller förståelsen för sjukdomsbilden kunde breddas till att omfatta också familjerna. Eftersom de problem som kan uppstå i en familj med psykiatriska problem, är konstitutiva för sjukdomen; det är där man i hög grad reagerar på ett beteende. En mer familjecentrerad diagnostik och vård kunde utöka förståelsen av vilka problem en patient lider av.

Genom detta kan man enklare namnge de problem som den sjuka och de anhöriga har drabbats av, den betydelse någonting kan ha för alla inblandade – utan dessa sammanhang är det svårt att se att man ens skulle betrakta ett beteende som en sjukdom. Dessa begreppsliga utredningar skall ses som ett sätt att röra sig bort från den polarisering som, enligt min uppfattning riskerar att förstelna sjukdomsdebatterna och fokusera för mycket på sjukdom som att den till sin natur är någonting som existerar inom en individ.

## 2 Den diagnostiska psykiatrins uppkomst och dess betydelse för vår tids syn på mentala problem

### 2.1 Hur den diagnostiska psykiatrin har uppkommit

Inom den aktuella forskningslitteraturen om medikaliseringen beskrivs ofta den mentala ohälsan som omfattande i dagens samhälle. Många av våra moderna diagnoser som anorexi, bulimi, adhd, utbrändhet, social fobi, självskärande och depression drabbar barn och ungdomar. Att vi har så många psykiatriska diagnoser idag skapar vissa frågor: Vad betyder det för en patient att få en diagnos? Vilken roll har den för de anhöriga och hur ser läkare på diagnosens funktion inom medicinen? Är diagnoser socialt konstruerade, det vill säga följer av vår kultur? Vilka är nackdelarna med att få en psykiatrisk diagnos och vilka är fördelarna? På vilket sätt kan man säga att mediciner kan spela en roll för de depressiva sjukdomstillstånd som ofta kan uppstå när man försöker hantera ansträngande livssituationer?

Vanliga beteenden som blyghet eller bråkigt beteende i klassrummen, som många forskare anser att förut har kallats normala har idag försetts med ett medicinskt namn: en psykiatrisk etikett. Den här ökningen av psykiatriska diagnoser som vi kan se i vårt samhälle problematiserar själva gränsdragningen mellan det normala och det sjukliga. Av den här anledningen kan man idag inom såväl humanistisk som samhällsvetenskaplig forskning se en rik litteratur som diskuterar medikaliseringen där man gärna framhäver de individuella och samhälleliga riskerna med olika mediciner och med att någon får en diagnos.

Det finns många bättre och sämre sidor med att vi har ett stort antal diagnoser idag. En bra följd av medikaliseringen är att stigmatiseringen har minskat när det gäller vissa mentala sjukdomar. Svenaeus anser att det har skett en avstigmatisering när det gäller ångestsyndrom och depressioner medan han menar att samma fenomen inte verkar gälla andra former av mental sjukdom som till exempel schizofreni.<sup>79</sup> Jag håller med Svenaeus om att stigmatiseringen av ångestsyndrom och depressioner har minskat vilket är en bra utveckling i sig. Men hur avslappnat människor kan berätta om sin ångest och sina depressioner är antagligen helt individuellt. Det är ofta lättare att berätta

---

<sup>79</sup> F. Svenaeus: "Scientific Contribution. Do antidepressants affect the self? A Phenomenological Approach." *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (2007), s. 2.

om en svår upplevelse vilken den än är efter att man har kommit ur den, eftersom det *är* svårt att berätta om tunga saker i ens liv. Olika mentala problem och framförallt allvarigare former av psykisk ohälsa där psykoser hör till sjukdomsbilden, kan höra samman med en kaotisk livssituation vilket medför att det kan vara svårt för någon att vara öppen om sin situation. Själva begreppet "depression" säger heller ingenting om hur allvarligt någon kan vara sjuk och vilka följder sjukdomen kan få för anhöriga. Om man talar om att en person en gång i sitt liv insjuknar i en klinisk depression är det här sammanhanget någonting helt annat, än om en person har en benägenhet att reagera depressivt på situationer under hela livet. När mental sjukdom blir kronisk påverkar den både den sjukas och de anhörigas liv på ett helt annat sätt. Och det är inte lätt att berätta om ett sådant liv, varken för den sjuka eller för en anhörig.

Trots den starka stigmatiseringen finns det idag i vår populärkultur och i vårt vardagliga liv en benägenhet att tala om och en medvetenhet om att det finns diagnoser som exempelvis adhd, panikstörning och social fobi. Enligt min mening tolkar man ganska snabbt i vardagen tillsammans med andra sina egna och andras reaktioner i enlighet med någon diagnos eller störning. Idag är det ganska vanligt att man talar om olika typer av ångesttillstånd på ett sätt där man ganska snabbt relaterar sina eller andras symptom till en panikstörning eller fobi. Någon kan fråga sig ifall hen har fått en panikstörning eftersom hen upplevt panikkänslor, hjärtklappning, yrsel och andra diffusa kroppsliga symptom och varit nära att svimma i en situation där ingen yttre händelse kan ses som orsak till de här kroppsliga och psykologiska symptomen.

Många av de symptom som konstituerar en enskild diagnos kan utgöras av vanliga reaktioner och känslor och det här kan medföra att man ganska enkelt i någon viss situation, kan förstå och tolka sina eller andras symptom som att de utgör ett tecken på någon störning eller sjukdom. Jag instämmer därför med den norska filosofen Lars Fr. H. Svendsen när han i sin artikel "Patologiseringen av menneskelivet"<sup>80</sup> skriver att adhd är ett exempel på en diagnos som det kan vara enkelt att känna igen sig i eftersom symptombilden är så vid. adhd-diagnosen har ganska många diagnostiska kriterier i sin uppläggning vilket gör att man enkelt kan känna igen några av symptomen hos sig själv.<sup>81</sup>

Enligt psykologen Gunilla Hallerstedt uppstod det under det sena 1900-talet nya former av psykisk ohälsa och nya sätt att tala om

---

<sup>80</sup> L. Fr. H. Svendsen: "Patologiseringen av menneskelivet." *Samtiden* 1 (2006), ss. 131-139.

<sup>81</sup> *Ibid.*, ss. 134-135.

den. Hon skriver att den psykiska ohälsan är omfattande i millennieskiftets Sverige. De nya formerna för ohälsan kallas för utbrändhet, depression, självskärande, övervikt, anorexi, asperger och adhd.<sup>82</sup> Det är svårt att bedöma ur ett historiskt perspektiv på vilket sätt man förut talade om det man ansåg vara onormalt och psykiskt avvikande och hur man reagerade på det, eftersom vi helt enkelt inte har någon erfarenhet av vad det innebar att leva på 1600-talet till exempel. Men man kan ändå konstatera att vi idag har en helt annan begreppsapparat och terminologi för det beteende som vi kallar onormalt eller sjukligt än vad som fanns tillhands förut.

Rivings doktorsavhandling som jag redan har nämnt, ger en levande bild av hur man talade om det beteende som man uppfattade som psykisk sjukdom i det sena 1800-talets Sverige. För att belysa hur 1800-talets begreppsliga värld ifråga om det man ansåg vara psykiskt avvikande tedde sig på den svenska landsbygden, ger jag några exempel ur Rivings avhandling. Enligt Riving som har studerat de patientjournaler samt de dokument som alltid skulle åtfölja en patients intagning till en sinnessjukvårdsinrättning – var det avvikelser från det normala och förväntade som föranledde misstankar om psykisk sjukdom, vilket bekräftas av det språkbruk som användes i intagningshandlingarna. Drängen Per Erik P. som åtalades 1884 för att ha stulit en ko, led enligt inkallade vittnen av en sjukdom som alla kände till i bygden:

Per Erik P [...] väl tillförene tidtals varit något sinnesrubbad, hvilket man kunnat förstå af hans konstiga tal, men han hade ofta flera månader å rad varit fullt frisk och lik en annan menniska; samt att under de två sista åren Per Erik P[...]s sinnessvagheth tilltagit, så att han nu nästan ständigt vore sinnesrubbad och äfven allmänt ansåges såsom sådan.<sup>83</sup>

I avhandlingen kan man också läsa om ynglingen Sven Adolf M, som hade tagits in på Vadstena hospital år 1858. Som Riving återger det hade han haft en anställning vid regementet men blivit avskedad på grund av sin sjuklighet. Enligt den lokala prästens bedömningar hade mannen i fem års tid lidit av en sinnessjukdom: han hade uppvisat symptom som vrede, våldsamhet, onani och "galna föreställningar om sin egen

---

<sup>82</sup> G. Hallerstedt: "Introduktion. Lidandets uttryck och namn." i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande* (Göteborg: Daidalos, 2006), ss. 11-28.

<sup>83</sup> Riving, s. 140.

förmåga”.<sup>84</sup> Riving framhåller att församlingens präst yrkade på hospitalsvård eftersom mannen var mycket svår och våldsam i hembygden, kastat sten efter föräldrarna och:

i galenskapen begått många andra dåd, till daglig sorg för de arma föräldrarna, som utom all den möda och vård, denna deras olyckliga son kostat dem, under de senare åren endast sällan haft någon husfrid eller trygghet till lif och lemmar – och till mycken fruktan för dem, som bo i grannskapet.<sup>85</sup>

Riving skriver att de avvikelser man reagerade på ofta befann sig på en glidande skala mellan det obestridliga och det mer tveksamma normbrottet.<sup>86</sup> Skillnader mellan könen fanns förvisso, säger hon, men de var inte knivskarpa och hörde samman med könsrollerna – mäns störande avvikelser var kopplade både till hemmet och till arbetet i bygden, medan de kvinnliga sjukdomssymptomen begränsades till hemmen.<sup>87</sup> Men till exempel att klä av sig kläderna framför människor sågs som sjukligt oberoende av kön. Det här framkommer i pigan Anna-Greta M:s journal, intagen i Vadstena 1855:

att hon plockade tillsammans en mängd pinnar och strå på vägar och stigar samt beströdde vägen med barr och löf som hon repade af närstående träd, hvaremellan hon sjöng och dansade samt aflädde sina kläder.<sup>88</sup>

Av Rivings historiska undersökningar förstår man att spännvidden för vad som ansågs vara normalt egentligen var ganska snäv. I 1800-talets jordbruksmiljö hade alla sin specifika roll: kvinnor var hänvisade till att existera innanför hemmets väggar och männen till arbetet på ägorna, till barnens roll hörde att lyda och så vidare. Det här medförde att man såg snett på varje avvikelse från det som varje roll krävde. Citaten ovan är bara tre av Rivings många exempel på personer som man i svensk lantbruksmiljö ansåg vara mentalt sjuka. Dessa exempel som hon har hämtat från otaliga patientjournaler och andra dokument från 1800-talet avslöjar att trots att det på den tiden inte fanns så många gångbara psykiatriska diagnoser, betydde inte detta att man inte i det vardagliga

---

<sup>84</sup> Ibid., s. 12.

<sup>85</sup> Ibid., s. 12.

<sup>86</sup> Ibid., s. 139.

<sup>87</sup> Ibid., ss. 134-135.

<sup>88</sup> Ibid., s. 138.

livet skulle ha skilt åt och talat om det som man ansåg vara onormalt eller psykiskt abnormt. Men till skillnad från många vardagliga beskrivningar på psykologiska avvikelserformer såsom "förståndsrubbad", "sinnessvag", "fnoskig", "tokig", "vansinnig" med mera: vilka har varit i användning under en lång tidsperiod har de psykiatriska diagnoser som vi har uppstått under en relativt kort tidsperiod.

Rivings tes är att den psykiska sjukdomen var någonting som slipades fram i mötet mellan lokalsamhällets syn på vad som kunde anses vara ett sjukt beteende och de dåtida läkarnas medicinska uppfattningar om sjukdom. Det här betyder inte att alla avvikande beteenden som människor inte ville eller till slut inte kunde hantera inom familjerna och som man förde till läkarna, också var sådana beteenden som man nuförtiden skulle kalla för psykisk sjukdom. På 1800-talet kunde det handla om allt från fulhet, promiskuöst beteende eller onani – det här skulle man inte diagnostisera idag. Men det kunde också vara fråga om våldsamhet, asocialitet eller självmordstankar. Precis som Riving också konstaterar är detta sådant som kan hittas i en psykiatrisk manual idag.<sup>89</sup> För att bli klarare över hur de psykiatriska diagnoserna har utvecklats fram, kommer jag nu att beskriva hur den diagnostiska psykiatrin har kommit att få en så stor samhällelig betydelse, så som detta skildras av många forskare idag.

Sociologen Allan V. Horwitz menar att varje samhälle genom historien har betecknat några av sina medlemmar som mentalt sjuka. Historiskt sett identifierade man enligt honom mental sjukdom som galenskap och man kallade enbart det extremt bisarra och konstiga beteendet för mental sjukdom. Det var alltså enbart de som betedde sig extremt bisarrt och oförståeligt som kallades för mentalt sjuka eller galna.<sup>90</sup> Man kan ifrågasätta Horwitz samhällssyn genom att säga att det nog är möjligt att föreställa sig samhällen eller folkgrupper i historien där man inte har talat om extremt oförståeliga och avvikande beteenden som mentala sjukdomar. Det betyder inte att man inte skulle ha kunnat reagera på dessa avvikelser på ett moraliskt sätt, men man kan ha talat om och beskrivit dessa handlingar utifrån andra förståelseramar. Bland annat har man genom historien använt sig av religiösa eller magiska begrepp för att förklara beteenden som avviker från normerna och man har kunnat använda sig av ande-utdrivning eller schamanism för att leda in människan i det moraliskt och samhälleligt goda livet igen. Det ligger givetvis nära till hands att också anta att man i vår historia har använt sig

---

<sup>89</sup> Ibid., ss. 14-16.

<sup>90</sup> A. W. Horwitz: *Creating Mental Illness* (Chicago: University of Chicago Press, 2001), s. 1.



av olika former av bestraffningar för att minska eller bli av med oönskade normbrytande beteenden. Med det sagt, alla normbrott är inte av karaktären att individen alltid kan ställas till svars för dem.

Jag vill formulera avhandlingens grundtanke så här: Om vi inte från början skulle ha haft en benägenhet att visa varandra respekt, hänsyn och omtanke i olika situationer, så även gällande fysiskt och psykiskt lidande, skulle en vårdande medicinsk kultur inte ha haft en möjlighet att växa fram. I boken *Discussions of Simone Weil*<sup>91</sup> säger filosofen Rush Rhees att genuin omsorg eller välgörenhet kommer ur en *förståelse* snarare än ur en vilja att hjälpa.<sup>92</sup> Det är förståelsebegreppet som bildar grunden i den moraliska synen på psykiatrin: när vi förstår en människas problem, vad de leder till för henne och för dem som står henne nära, det är då själva hjälpen också blir begriplig.

Horwitz skriver att när vårdanstalterna för de mentalt sjuka uppstod i slutet av 1600-talet i Europa och i början av 1800-talet i USA behandlade man där bland de intagna enbart ett litet antal allvarliga mentala sjukdomar. Emil Kraepelin som var den ledande psykiatern under det sena 1800-talet, klassificerade enbart två huvudkategorier av mentala sjukdomar: dementia praecox (schizofreni) samt depression och manodepressiv sjukdom.

I början av 1900-talet revolutionerade Sigmund Freud det sätt på vilket man hade föreställt sig mentala sjukdomar inom den rådande institutionella psykiatrin. Freuds psykoanalytiska teori och den dynamiska psykiatrin som uppstod ur den här teorin breddade det psykiatriska fältet som hittills hade bestått av ett område med några få psykotiska tillstånd genom att ta med ett brett fält av neurotiska tillstånd. Den dynamiska psykiatrin avsåg att både neuroser och normalt beteende hade sina orsaker i förträngda barndomsupplevelser och känslor. Den dynamiska psykiatrins sätt att se på neuroser och normalt beteende ledde till att gränserna mellan normala och patologiska tillstånd suddades ut. Enligt Horwitz blev den praktiska följden av det här att bredden av de beteenden som nu kunde behandlas av läkare och terapeuter ökade.

Horwitz menar vidare att den dynamiska psykiatrin med de läkare och terapeuter som praktiserade detta synsätt inte fäste någon vikt vid diagnoser eftersom den dynamiska teorin postulerade att neuroser var kontinuerliga med normala beteenden och inte kategoriska sjukdomar skilda från normalitet. Det här betyder att öppna symptom för

---

<sup>91</sup> R. Rhees: *Discussions of Simone Weil*. Red. D. Z. Phillips (Albany: State University of New York Press, 2000).

<sup>92</sup> *Ibid.*, s. 181.

psykodynamiska kliniker var som kameleontlika förklädnader för några underliggande kausala mekanismer. De här klinikerna intresserade sig inte för manifesta symptom utan istället för de djupa inompsykiska orsakerna till ett brett fält av problematiska tillstånd. Eftersom gränsen mellan normalitet och patologi blev diffus behandlade den dynamiska psykiatrin nu ett brett område av neuroser och livsproblem.<sup>93</sup>

En andra revolution när det gäller föreställningarna angående mentala sjukdomar inträffade enligt vetenskapssociologen Thomas Brante<sup>94</sup> mellan åren 1960 och 1980. Mellan dessa år genomgick psykiatrin ett paradigmskifte i och med att den dynamiska psykiatrin ersattes av den diagnostiska psykiatrin. Det här paradigmskiftet återspeglas bäst i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Den här manualen utges av *American Psychiatric Association* och dominerar psykiatrins kliniska och teoretiska verksamhet i västvärlden.

I DSM-I, vilken publicerades 1952, och i DSM-II, publicerad 1968, gör man ingen skarp distinktion mellan normalt och onormalt beteende utan man ser detta som en kontinuerlig dimension. Dessa två manualer bygger på den dynamiska psykiatrins tankegångar vilket medför att det "normala" och det "onormala" eller det neurotiska har samma grundläggande orsaker såsom traumatiska händelser, motsättningar och bortträngningar i barndomen. Det blir här en gradfråga vad som kallas mer eller mindre normalt beteende. Man ställer här diagnoser utifrån underliggande kausala mekanismer och symptomen blir mindre viktiga eftersom dessa kan vara uttryck för eller effekter av samma mekanismer. Symptom är inte indikationer på en underliggande patologi utan de är kulturellt betingade symboler.

I DSM-III som publicerades år 1980 förändrades hela detta sätt att tänka på symptom och deras orsaker. I DSM-III utgår man från symptomen i klassificeringen av mentala sjukdomar och störningar. Man presenterar mentala störningar som klart avgränsade enheter (*natural kinds*) och fäster mindre eller ingen vikt vid orsaker. Man drar upp skarpa gränser mellan normalt och onormalt och förstår detta dikotomt och inte kontinuerligt.<sup>95</sup> Även Cooper menar att det amerikanska psykiatrikerförbundet (A.P.A.) uppfattar mentala störningar som naturliga sorter, "natural kinds", i DSM-IV.<sup>96</sup> Efter det här

---

<sup>93</sup> Horwitz, ss. 1-4.

<sup>94</sup> T. Brante: "Den nya psykiatrin: exemplet ADHD" i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Red. Gunilla Hallerstedt (Göteborg: Daidalos, 2006), s. 73.

<sup>95</sup> Se Horwitz, ss. 1-4., Svenaeus (2008), ss. 104-106.

<sup>96</sup> Cooper, s. 45.

paradigmskiftet ökade antalet diagnoser kraftigt och i de nyaste manualerna DSM-IV (2000) och DSM-5 (2013) anges över 300 olika diagnoser.<sup>97</sup> Horwitz och en stor del av den övriga forskarvärlden kallar den mentala sjukdomsmodellen som utvecklats i DSM-III för den nya "diagnostiska psykiatrin".<sup>98</sup>

Men vad var det som gjorde att den dynamiska psykiatrin fick ge vika för en biologiskt och diagnostiskt inriktad forsknings- och behandlingsprofil under den senare delen av 1900-talet? Svenaeus diskuterar flera faktorer som bidragit till denna paradigmförändring inom psykiatrin. Det var enligt Svenaeus huvudsakligen i USA som denna förvandling ägde rum eftersom det var just här som den dynamiska psykiatrin med dess neurosmodeller under 1950- och 1960-talen helt kom att dominera det psykiatriska tänkandet.

Den första anledningen till att den dynamiska psykiatrin förlorade sin makt, är att den moderna medicinen efter andra världskriget mycket framgångsrikt byggde upp ett vetenskapsideal, som den dynamiska psykiatrin fick svårt att anpassa sig till. Den dynamiska modellens fokusering på omedvetna och mellanmänskliga förståelseprocesser stämde dåligt ihop med kontrollerade experiment och läkemedelsstudier. Ett centralt problem var att psykiatriker ibland inte ens kunde avgöra om någon led av en psykisk sjukdom.<sup>99</sup>

En annan betydelsefull komponent för den dynamiska tankevärdens tillbakagång var den så kallade "antipsykiatriska rörelsen" med förgrundsfigurer som Thomas Szasz, Erving Goffman och Ronald Laing. De här läkarna och sociologerna förde under 1960-talet fram idén att psykiskt sjuka människor inte egentligen är sjuka utan institutionellt förtryckta. Deras symptom är inte tecken på sjukdom utan friska, kreativa uttryck för ett sjukt och kapitalistiskt samhälle. Och de hålls inspärrade för att de inte ska förorsaka kaos utanför sjukhuset. Svenaeus skriver att filmen *Gökboet* med Jack Nicholson i huvudrollen på ett utmärkt sätt illustrerar, vad de antipsykiatriska tankarna går ut på. Filmen baseras på författaren Ken Kesey's roman *One Flew over the Cuckoo's Nest*. I filmen håller man patienterna passiva och man hindrar dem från att tänka själva genom att mentalsjukhusets läkare, sjuksköterskor och skötare administrerar mediciner, spännbälten och isolering. Och när huvudpersonen McMurphy ställer till med kaos genom att försöka få patienterna att organisera sig och göra motstånd, bestraffar man honom

---

<sup>97</sup> Se DSM-5.

<sup>98</sup> Horwitz, s. 2.

<sup>99</sup> Svenaeus (2008), s. 106.

med – elchocken. Filmen avslutas med att McMurphys idéer rotas i patienterna och den väldige indianhövdingen Bromden bryter fängelsegallret med att slänga ut ett tungt skåp genom det och blir fri. Filmen kan enligt Svenaeus, i en antipsykiatrisk läsning, sägas driva tre teser. 1) Man kan simulera psykisk sjukdom (galenskap) eftersom psykiatrikerna inte har tillförlitliga instrument när de ska urskilja sjukdomarna. 2) Kliniker inom mentalvården behandlar inte sjukdomar utan de drogar och passiverar dem som råkat illa ut i samhället för att de inte ska förorsaka oordning. 3) Om man kan få de ”psykiskt sjuka” att inse att problemen de lider av är av social och politisk art kan de bryta sig fria och leva tillsammans med oss andra.<sup>100</sup>

Svenaeus skriver att det antipsykiatriska ifrågasättandet av psykosdiagnostiken ledde till studier där det kom fram att amerikanska och brittiska läkare verkligen ställde diagnoserna schizofreni och manodepressivitet på olika sätt. Dessutom var det flera antipsykiatriaktivister som lyckades bli inskrivna på mentalsjukhus i och med att de hade som syfte att bevisa sina teser.

För det tredje var framväxten av ett sjukförsäkringssystem en viktig faktor bakom utvecklingen mot en diagnostisk psykiatri. Mer och mer av den psykiatriska vården som skedde utanför mentalsjukhusen kom att betalas av staten eller privata försäkringsbolag. Om man skulle ersätta psykiatrisk behandling på samma sätt som den kroppsliga behandlingen måste journalerna innehålla diagnoser där man specificerade och dokumenterade sjukdom och behandling.

Den sista viktiga beståndsdelan när det gäller psykiatrins förvandling från dynamisk till biologisk var framtagandet av psykofarmaka som inleddes under 1950-talet och sedan stegvis utvecklades och förfinades mot de SSRI-läkemedel som vi har idag. Läkemedelsforskningen är beroende av att ha ett välintegrerat diagnossystem som läkemedlen kan testas mot i kliniska prövningar där man jämför dem med varandra och med placebo.<sup>101</sup>

Svenaeus beskrivning av hur DSM kunde rota sig inom psykiatrin är belysande. Men man kan också säga att DSM egentligen kan betraktas som en utkristallisering av en lång vilja att vetenskapliggöra det luddiga område som utgör psykiatrins studieobjekt – människans känslor och tankeliv. Som Riving beskriver det kan man spåra denna tidiga medikaliseringssdrift ända ner till 1800-talet:

---

<sup>100</sup> Ibid., ss. 106-107.

<sup>101</sup> Ibid., ss. 106-110.

De psykiska sjukdomarnas natur och ursprung engagerade vid denna tid inte bara läkare utan även filosofer, teologer och pedagoger. Psykiatrin hade följaktligen intresse av att positionerna sig i förhållande till dessa rivaliserande discipliner. Psykologiska spörsmål om sambandet mellan kropp och själ avhandlades flitigt inom filosofi och sinnesfysiologi och det var i skärningspunkten mellan dessa ämnen som psykologin senare skulle utvecklas till en egen vetenskapsgren. I de svenska avhandlingar som behandlade psykologiska frågor stod idealistiska och materialistiska själsbegrepp mot varandra.<sup>102</sup>

Så som Riving framställer situationen, såg många psykiatriker det som nödvändigt att framföra att studiet av de psykiska sjukdomarna skulle bygga på objektiv klinisk observation och naturvetenskaplig analys. På detta sätt ville man säkra psykiatrins vetenskapliga status genom att minska inflytandet från övriga discipliner just genom att poängtera att det var den logiska empiriska undersökningen som skulle driva den psykiatriska vetenskapen framåt. Och trots att psykiatrikerna på den här tiden ofta var medvetna om att de inte hade några belegg för att säga att de psykiska sjukdomarnas natur fanns att finna i hjärnan – hoppades man ändå att den framtida forskningen skulle kunna ge kliniska bevis för detta.<sup>103</sup>

Mitt syfte med att i stora drag beskriva hur och varför DSM-projektet tog fart på amerikansk mark är att tydliggöra att den paradigmförändring som avspeglas i och med DSM-III för det första innebär att vi inte i detta ljus längre kan kallas för neurotiker i Freuds mening. När vi blir diagnostiserade med ångeststörningar, mildare eller svårare depressioner, olika beteendestörningar, sexuella syndrom eller med dyslexidiagnoser betyder det här att vi har fått en sjukdomsdiagnos i samma mening som vid fysisk sjukdom. Det biologiska perspektivet har tillfört en ny möjlighet att behandla dessa problem med läkemedel, vilket ställer frågan om individens eget ansvar i ett annat ljus än om man tänker i traditionella psykoanalytiska banor.

Även om man kan säga att den psykodynamiska traditionens sjukdomssyn också handlar om att individens eget ansvar för varför hen har insjuknat minskar, kan man tänka att själva tillfrisknandet kräver ett annat personligt engagemang, än vad en medicinering innebär. Medikaliseringen av olika former av mental ohälsa har därför drivit fram en ny mänsklig existentiell situation. Hur ska man

---

<sup>102</sup> Riving, s.76.

<sup>103</sup> Ibid., ss. 76-77.

egentligen tänka på det egna ansvaret för ens mentala problem ifall man åter mediciner? För situationen blir ju ändå denna: på samma sätt som man inte själv är ansvarig för att man nyser eller har snuva vid en förkylning eftersom dessa symptom har sina orsaker i en fysiologisk funktionsstörning, är man inte heller själv ansvarig för sina symptom vid en depression eller vid adhd. Man tenderar alltså enkelt att tänka i termer av determinism – att man inte har så stora möjligheter att själv påverka och förändra sitt liv ifall man måste äta mediciner.

Jag vill alltså markera att det biologiska perspektivet i DSM innebär ett kulturellt paradigmskifte i *hur* vi kan tänka på oss själva när vi får en psykiatrisk diagnos. Vad innebär denna språkliga förändring i diagnostisk inriktning för våra liv? Hur ska vi uppfatta oss själva ifall vi får en ångest- eller dyslexidiagnos? Innebär en psykiatrisk etikett alltid att man ska uppfatta sig själv som psykiskt sjuk eller kan man uppfatta diagnosen på samma sätt som vid fysisk sjukdom – alltså att man inte nödvändigtvis alltid behöver *vara* sjuk utan man kan *ha* en sjukdom. Innan jag övergår till att diskutera dessa frågor i det sista avsnittet kommer jag att beskriva trender gällande hur man på senare år har diskuterat DSM-katalogen och den medföljande medikaliseringen.

## **2.2 Trender inom medikaliseringsdebatten. Horwitz syn på mentala störningar som sociala konstruktioner**

Den vanligaste trenden idag är att man diskuterar medikaliseringen och uppkomsten av de nya psykiatriska diagnoserna på ett kritiskt sätt. Bland annat Svendsen är kritisk till att mängden av psykiatriska diagnoser ökar i DSM-manualen och han menar att det västerländska sättet att medikalisera livsproblem leder till att människors tanke- och känsloliv patologiseras.<sup>104</sup> Hallerstedt ser DSM-manualen med sina reviderade och utökade upplagor som en markör och en grund för att man alltmer fokuserar på att kategorisera och diagnostisera avvikelser från en tänkt normalitet. Enligt Hallerstedt förs det av fackfolk och i media en debatt om för- och nackdelarna med en medicinsk diagnos och situationen framställs ibland som en kamp mellan olika professioner.<sup>105</sup> Dessa debatter uttrycker en oro för att människors känsla av ansvar för sina livssvårigheter kan minska i och med att man medikaliserar ett problem. Men man kan också, som jag tidigare har sagt, iaktta en rädsla för och ett missnöje med att psykiatrin för enkelt diagnostiserar och medicinerar

---

<sup>104</sup> Svendsen, ss. 131-135.

<sup>105</sup> Hallerstedt, s. 16.

människor. Diskussionerna uttrycker ofta en politisk frustration: det borde göras något åt de problem i samhället eller i institutionerna som kan ha bidragit till att vissa beteendeproblem och psykologiska svårigheter har uppkommit.

Ett bra exempel på ett kritiskt socialkonstruktivistiskt tänkande ger Horwitz i sin bok *Creating Mental Illness*. Han kritiserar den moderna och nya diagnostiska psykiatrin eftersom han anser att en stor del av de tillstånd som psykiatriker och andra kliniker diagnostiserar inte kan kallas för mentala sjukdomar. Den största delen av alla de tillstånd som man idag betraktar som mentala störningar anser Horwitz att borde förstås som sociala konstruktioner.<sup>106</sup> Han argumenterar för att de flesta tillstånd som vi idag benämner mentala sjukdomar måste förstås som normala reaktioner på belastande livsomständigheter eller som olika former av socialt avvikande beteenden. Till exempel avvikande beteenden av politisk, religiös eller sexuell art.<sup>107</sup>

Horwitz beskriver hur en traditionell socialkonstruktivist har resonerat. Synen på mentala sjukdomar som sociala konstruktioner har inneburit att de här är oskiljaktiga från de sociala modeller som definierar dem som sjukdomar. För socialkonstruktivister uppstår de mentala sjukdomarna inte ur naturen utan konstitueras av sociala meningssystem. Det är de kulturella normerna som definierar vad som är normalt eller onormalt och det är dessa normer som bestämmer vad som kallas mentala sjukdomar. Termerna "olämplig", "dysfunktionell", "irrationell" eller "oförnuftig" vilka används för att definiera olika mentala sjukdomar, är kulturella definitioner på beteenden som vid andra tidpunkter eller platser skulle kunna betraktas som normala, funktionella, rationella eller förnuftiga.<sup>108</sup> Som ett exempel på kulturell relativism nämner Horwitz antropologen Ruth Benedict (1934), som har framhållit att sibirier tillskriver aktade religiösa roller till människor som hallucinerar. Ett annat exempel som Horwitz nämner är filosofen Michel Foucault (1965), som menade att galenskap är en kulturspecifik kategori som uppstod i slutet av medeltiden i Europa efter att man stängde sjukhusen för de spetälska. Som Horwitz beskriver det, anser de flesta sociologer och antropologer att det inte är möjligt att utarbeta ett generellt sjukdomsbegrepp när det gäller de mentala störningarna som skulle kunna användas inom olika sociala grupper. De betraktar mentala sjukdomar som specifika fenomen inom en kultur.

---

<sup>106</sup> Horwitz, s. 6.

<sup>107</sup> Ibid., ss. 20, 179-180.

<sup>108</sup> Ibid., s. 6.

Mental sjukdom är allt det som en särskild grupp definierar som sådant.<sup>109</sup>

I kontrast till ett relativistiskt synsätt, menar Horwitz att forskare inom psykiatrin, epidemiologer och kliniker accepterar alla de tillstånd som DSM räknar upp, som mentala störningar. Han menar att de inte frågar sig på vilket sätt de här tillstånden har kommit att betraktas som mentala sjukdomar. Horwitz kritiserar den allmänna mentala hälsovården tillsammans med patient- och anhöriggrupper samt olika intresseorganisationer (*mental health community*) för att ignorera frågor om giltighet, eftersom yrkesutövare inom den mentala sjukvården fokuserar på frågor om *vilka* störningar deras patienter har, istället för att fråga sig ifall de här tillstånden är giltiga (*valid*) mentala störningar. Han skriver även att forskare inom psykiatrin främst koncentrerar sig på att utveckla pålitliga instrument för att kunna identifiera och katalogisera mentala sjukdomar utan att ifrågasätta om sjukdomarna de identifierar är giltiga störningar.

Horwitz kan säkert ha rätt i att det kan finnas sådana forskare, epidemiologer och kliniker inom psykiatrin som godtar alla de tillstånd som finns uppräknade i DSM som "genuina" mentala störningar. Men man kan ändå inte generalisera genom att mena att alla professionella inom psykiatrin skulle ha en omedveten och okritisk inställning till de psykiatriska diagnoserna. Som jag redan har diskuterat, har filosofi och medicin ända sedan antiken haft en nära relation och det finns en slags dragningskraft mellan dem. Därför ser jag det som ganska sannolikt att också kliniker och andra professionella inom psykiatrin, kan ställa sig begreppsliga frågor kring sin egen verksamhet och kring hur diagnoserna uppstår i de psykiatriska manualerna. Till skillnad från hur Horwitz beskriver kliniker, kan det vara så att en läkare inom psykiatrin ser sig vara tvungen att tänka igenom vad en diagnos är och hur hen ska förhålla sig till de psykiatriska manualernas alla mentala störningar. Så här svarade min intervjuade psykiatriker på min fråga om hur hen ser på diagnosbegreppet inom psykiatrin:

Intervjuaren: Vad är en diagnos enligt din uppfattning?

Läkaren: Det är en bedömning av patientens symptom och undersökningsresultat. Och nyttan är den, både för patienten, att man får ett namn – vad är det jag har? Och sedan kan det ha betydelse – vid ätstörningar är det kanske inte lika mycket, men vid

---

<sup>109</sup> Ibid., s. 19.



andra sjukdomar har det ju betydelse – för vården, vilken vård den behöver och sedan för prognosen. Att veta litet hur det går. Men som sagt, det är kanske litet tydligare för andra sjukdomar än för ätstörningar, det här med vård och prognos. På det sättet har det att man vet, vi har jättegodva vårdresultat, över 80 % är helt friska efter fem år. Så jag säger åt mina patienter att det är en ätstörning och att det är en allvarlig sjukdom och att man kan bli frisk. Men att det är jättesvårt att veta hur lång tid det tar.

Intervjuaren: Så en diagnos är inte enbart en beskrivning på ett sjukt ätbeteende? Och inte heller till exempel en definition på sjukdom, om man exempelvis skulle tänka sig att en ätstörning i grunden handlar om att jag har en felfunktion i biokemin i min hjärna? Utan som du ser det handlar en diagnos först och främst om en bedömning av en patients situation?

Läkaren: Ja, en bedömning av en patients symptom och undersökningsresultat. Om man tänker sig, som vid ätstörningar, om vi håller oss till det, att man bara skulle följa diagnoskriterier, så då skulle du bara kunna fråga folk att har du det och det. Och kruxa för och få en diagnos. Men det säger ju alla att det är inte tillräckligt utan sedan måste man i andra hand göra en intervju. Där kommer den andra aspekten med. Och i vissa fall kan man inte säga direkt att har de anorexi eller har de bulimi utan de har en ätstörning med drag av det där ena och det andra, speciellt om det inte är så riktigt allvarligt ännu. Och då brukar jag säga åt dem, när de frågar om jag har det eller det, att jag är övertygad om att du har en ätstörning men i det här fallet kan man inte säga om det är anorexi eller bulimi. Jag tänker alltid att ätstörningen är den där huvudrubriken. För den innefattar hemskt mycket gemensamma tankesätt och handlingsmodeller och hur viktigt det här med kroppen, vikten, kroppsformen och viktfofen är. Det sätter patienten i en viss kategori: det är ungefär de här sakerna som bestämmer den här människans liv.

Vad jag vill illustrera med detta citat är hur väl en läkare kan ha tänkt igenom sin egen verksamhet och den roll som en diagnos har inom medicinen. Eftersom medicinen länge har haft en auktoritativ roll i att definiera och förklara sjukdom, är det lätt att anta att alla psykiatriker förstår sjukdom som en inre fysiologisk dysfunktion. Men denna psykiatriker ser dock diagnosen från två olika håll – dels som en bedömning av de kliniska undersökningsresultaten men också som en bedömning av patientens symptom och livssituation. En psykiatriker behöver inte heller anse att den nyaste versionen av DSM är den bästa

möjliga eller att alla diagnoser som sätts in i psykiatriska manualer skulle vara berättigade. I min intervju verkar läkaren inse manualens brister men hen uttrycker ändå en slags optimistisk tilltro till att den psykiatriska förståelsen av sjukdomarna är på väg åt rätt håll:

Intervjuaren: Vad tycker du om de diagnossystem som finns i DSM eller ICD? Vilket system använder du mest? Eller använder du något av de här systemen?

Läkaren: Jo, jag är ju tvungen att använda ICD-10. Och den här nya DSM-5 tycker jag nog att har en litet vettigare indelning när det gäller ätstörningar.

Intervjuaren: Att nya DSM-5 har en vettigare indelning?

Läkaren: Jo, för där har man till exempel breddat anorexi, det är som en bredare definition. Det är från BMI 18,5 och neråt så är anorexi, om du har det här tänkesättet. Och man har ju lämnat bort kriteriet med mens eller inte för det håller inte. Så åtminstone anorexi går åt rätt håll där.

Intervjuaren: Du har egentligen redan nämnt litet om det här men anser du att man borde kategorisera ätstörningsdiagnoserna på ett annat sätt än hur de grupperas i diagnosmanualerna idag?

Läkaren: Nå, jag tänker nog att vi inte riktigt har ett optimalt system.

Intervjuaren: Tänker du att man borde ha en övergripande ätstörningsdiagnos med olika undergrupper?

Läkaren: Jo, inte har jag så där hemskt mycket funderat men litet ditåt tänker jag att skulle kunna motsvara verkligheten.

Intervjuaren: På vilket sätt kunde det vara bättre att gruppera i en allmän ätstörningsdiagnos med olika undergrupper? Är inte ett problem i Finland att många inte genast når upp till en anorexi- eller bulimidiagnos utan de får diagnosen ätstörning UNS och då har de svårt att få hjälp av den officiella vården?

Läkaren: Jo, hos oss har vi ju inte någon skillnad men annanstans kan det ju vara. Den diagnosen har ju haft den baksidan att patienterna själva inte uppfattar att de är tillräckligt sjuka, att de

måste nog gå hem och banta sig lite till för att få vård. Att vara anorektiker är ju ändå högsta status.

Intervjuaren: Tror du att ätstörningsdiagnoserna kommer att förändras i framtiden?

Läkaren: Jo det tror jag.

Intervjuaren: Tror du att det kommer att bli just en indelning med en allmän ätstörningsdiagnos med undergrupper?

Läkaren: Nej, det vet jag inte.

Intervjuaren: Nej, det är säkert svårt att veta.

Läkaren: Jo, för inte är vi ju på ett system som alla skulle vara nöjda med.

Intervjuaren: Det finns säkert hela tiden mycket diskussion kring det?

Läkaren: Jo, det var jättemycket diskussioner nu när DSM-5 kom och förslagen och så där. Och det som är det ruskiga är att DSM-systemet kommer ju från USA och där finns det väldigt stora ekonomiska intressen bland de här försäkringsbolagen, vad som godkänns och vad inte. Det skulle egentligen inte behöva vara så, att sådana aspekter tas med. Får du dit den där diagnosen då har du rätt till vård. Där finns ju till exempel night eating syndrome, att man stiger upp på natten och äter och den fanns inte tidigare, så då kan du få vård för det.

Horwitz omfattar varken det socialkonstruktivistiska synsättet eller det biomedicinska synsättet på mentala störningar fullt ut och jag skulle säga att han placerar sig någonstans mittemellan de här två polerna. Han är inte en renodlad socialkonstruktivist i och med att han inte säger att *alla* mentala sjukdomar är sociala konstruktioner. Men man kan ändå se hur han rör sig inom det spektrum av biologism och socialkonstruktivism som jag har beskrivit i min avhandling, eftersom hans utgångspunkt är att mentala störningar kan definieras och han skriver att en definition på en mental störning måste vara giltig (*valid*). Horwitz menar att en giltig definition svarar på frågan "vad är en mental störning?" och inkluderar de tillstånd som det är fruktbart att betrakta som mentala störningar och lämnar de tillstånd utanför där det inte är det. Definitionen borde därför

peka ut gränserna för vad som benämns mentala störningar och framförallt särskilja de mentala störningarna från normalitet och olika typer av beteenden som enbart är socialt avvikande.<sup>110</sup>

Det som Horwitz är ute efter är att försöka hitta en lösning på alla oklarheterna med hur DSM definierar en mental störning. Men hur definierar då DSM en mental störning? I den 900-sidiga manualen DSM-IV är varje psykiskt syndrom (*mental disorder*) begreppsliggjort som ett kliniskt signifikant, psykologiskt eller beteendebaserat mönster som förekommer hos en individ och som är förknippat med olika former av lidanden och nedsatta funktionsförmågor:

In DSM-IV, each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or an important loss of freedom.<sup>111</sup>

Här kunde man invända, precis som Svenaeus gör i sin bok *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen*, att smärtsamma symptom som är handikappande i vardagen och som kan leda till funktionsnedsättningar och till och med till självmord, faktiskt *kan* anses vara en normal reaktion på en onormal omständighet.<sup>112</sup> Hur mycket ett självmord kan förstås som en normal reaktion på en ansträngande situation kan diskuteras, men poängen är här att DSM låter oss förstå att också en persons historia och situation måste studeras innan man kan avgöra om det handlar om en psykisk sjukdom. I DSM-IV kan man läsa vidare:

In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example, the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the individual. Neither deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental

---

<sup>110</sup> Se Horwitz, ss. 18-19.

<sup>111</sup> American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4:de rev. uppl. (Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000), s. xxxi.

<sup>112</sup> Svenaeus (2008), s. 116.

disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the individual, as described above.<sup>113</sup>

Detta betyder som även Svenaeus konstaterar, att ett avvikande beteende som är av politisk, religiös eller sexuell art och som handlar om att en individ inte passar in i en kultur, inte skall uppfattas som en mental sjukdom (*mental disorder*) ifall det inte handlar om ett underliggande funktionsfel hos individen.<sup>114</sup>

Diskussionerna om DSMs definition kan sägas vara fortlöpande eftersom det inte inträffade några större förändringar mellan DSM-III och DSM-IV. Inte heller verkar det ha skett några större förändringar i hur man definierar en mental störning i DSM-5:

A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behaviour (eg., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above.<sup>115</sup>

En svårighet med definitionen i DSM-manualerna som lett till många teoretiska diskussioner är att den är vag. Den ger inte några exakta riktlinjer för hur man skall skilja mellan problem och beteenden som har uppkommit ur pressande omständigheter från de beteenden som har uppstått ur ett funktionsfel hos individen själv. Men även om definitionen är otydlig och det inte ges tillräckliga anvisningar i manualerna för när en diagnos är motiverad, behöver inte detta enligt min mening, få så stora följder för diagnostiseringen som Horwitz påstår. Psykiatriker och andra kliniker utgår ändå från den symptombeskrivning (eller definition på en problematik) som varje diagnos ger i sitt unika sammanhang. Man kan förstå DSMs allmänna definition på en mental störning som en "metadefinition" som inte försöker ringa in varje enskild

---

<sup>113</sup> DSM-IV-TR, s. xxxi.

<sup>114</sup> Svenaeus (2008), ss. 116-117. Se DSM-IV-TR, s. xxxi.

<sup>115</sup> Se DSM-5, s. 20.

mental störning i den psykiatriska manualen, utan som istället vill ge allmänna riktlinjer för hur man kan begripliggöra dem.

I min intervju säger psykiatrikern att en diagnos kan förstås som en *bedömning* av en patients kliniska undersökningsresultat och av hennes symptombild – hur mycket symptomen påverkar livskvaliteten. Till exempel vid anorexi kan man med hjälp av laboratorieprover mäta svältnivån i kroppen.<sup>116</sup> I sin syn på diagnosbegreppet kommer den här läkaren självmant väldigt nära min idé om det etiska sjukdomsbegreppet, och speciellt synsättet att det också finns moraliska reaktioner inom den medicinska praktiken. En diagnos kan i sista hand förstås som ett moraliskt övervägande eller omdöme om en människas livssituation och hur man genom berättelsen förstår vilken innebörd sjukdomen har för hen. Det här innebär att diagnoser inte enbart består av rena, biologiska och kliniska fakta om patienten – vad man har fått fram genom laboratorieprover och av den fysiska undersökningen. Dessa utgör visserligen en del av den, man skulle inte tala om anorexi utan en biologisk och kroppslig aspekt, men en diagnos konstitueras också av ett moraliskt övervägande av hur mycket de fysiska och psykiska symptomen påverkar personen i hennes liv. I ett sådant moraliskt sätt att se på psykiatriska diagnoser finns naturligtvis alltid en risk för att man läser patienten fel, att man inte uppmärksammar sjukdomens betydelse för hen, vilket också kan ske inom den somatiska medicinen.

Läkarens etiska blick gör ändå inte diagnoserna relativa. För det första skulle vi inte tala om sjukdom utan en reaktion på ett problem. För det andra ifrågasätter jag inte att den samlade kunskapen som finns inom biomedicinen kan ha en betydande roll för att stämna av vad en persons problem består i. En läkares förståelse av en patients situation och vilja att hjälpa genom att försöka lindra eller bota personens symptom och svårigheter, kan i något fall kräva ett mera biologiskt närmande, i ett annat ett mera inkännande. Jag vill alltså inte utesluta någon av dessa dimensioner ur läkarens vardagliga praktik – men i mötet med patienten träder olika sidor fram. Det är främst viljan att kunna systematisera medicinen, se den som en lagbunden verksamhet i kombination med vetenskapen om att den också rör sig på en mikroskopiskt avancerad nivå, som lockar fram misstanken om att en moralisk syn bjuder in till relativism. Då man ser på den medicinska verksamheten så är det ändå tydligt hur en viss öppenhet kommer in eftersom problemens art för varje enskild patient tar olika former. När jag träffade psykiatrikern talade hen också om betydelsen av att diagnosen

---

<sup>116</sup> Se läkarintervjun.

ändå är välgrundad i biologiska faktum. Ansvarsfullheten i att ställa diagnoser, handlar också om en angelägenhet att ställa dem rätt.<sup>117</sup> Att en läkare inom psykiatrin är medveten om riskerna och fördelarna med diagnoserna – hen har ett samvete – talar för att man inte behöver se de biologiska och moraliska sidorna av medicinen som motstridiga. Eftersom min undersökning är begreppslogisk så vill jag dessutom just betona de olika sammanhangens betydelse. Oron för att medicinen skulle förlora sin kunskapsbas, visa sig vara relativ, bygger egentligen på en bild där medicinens sanning mäts mot den objektiva världen. I en sådan bild riskerar de praktiska sjukdomssammanhangen att falla bort. Det handlar alltså i grunden om att se hur de medicinska begreppen får sin mening.

Om man så närmare undersöker DSMs definition på en mental störning, kan man sätta sig in i varför Horwitz kritiserar frånvaron av ett allmänt sjukdomsbegrepp i DSM-IV; han tänker sig att det är möjligt att hitta en sammanhängande tanke om vad som avgränsar alla de psykiatriska diagnoserna från normalt psykiskt lidande. En populär analys om hur man kan förstå DSMs definition på mental sjukdom har gjorts av medicinfilosofen Jerome Wakefield. Enligt Wakefield kan man, trots de många oklarheterna, omformulera DSMs definition genom att karakterisera mentala störningar (*mental disorder*) som "skadliga inre dysfunktioner" (*harmful internal dysfunctions*). Wakefields omformulering av en mental störning har två centrala aspekter: de är inre dysfunktioner och de har skadliga konsekvenser för individer där "skadlig" definieras genom sociokulturella värderingar.<sup>118</sup> Det här betyder, som även Svenaeus vidhåller, att man för att kunna ställa en diagnos, måste fastställa att symptomen *beror* på en psykologisk eller biologisk funktionsbrist hos individen. Symptomen får inte bara vara normala reaktioner på en pressande situation.<sup>119</sup>

Med utgångspunkt i Wakefields definition av en mental störning karakteriserar Horwitz mentala störningar på följande sätt:

Mental disorders are thus socially inappropriate psychological dysfunctions, which either emerge independently of social stressors

---

<sup>117</sup> Ibid.

<sup>118</sup> Se Horwitz, s. 21 eller J. C. Wakefield: "The Concept of Mental Disorder. On the Boundary Between Biological Facts and Social Values" i *American Psychologist* 4 (1992), ss. 373-388.

<sup>119</sup> Svenaeus (2008), s. 117.

or persist with disproportionate severity and duration after the stressors that gave rise to them have disappeared.<sup>120</sup>

Enligt Horwitz betraktar DSM-IV (trots katalogens allmänna definition på en mental störning), och den forskning som följer av den, *alla* symptom, oberoende av om de kan förstås som normala reaktioner eller som avvikande beteenden, som tecken på en störning. Det här beror på att en av huvudprinciperna i DSM-manualen är att man när man beskriver de olika störningarna, undviker att dra en slutsats om orsaken till symptomen. Resultatet av det här är enligt Horwitz att den moderna psykiatrin och den psykiatriska epidemiologin övervärderar förekomsten av mentala störningar. En viktig konsekvens av Horwitz karakterisering av en mental störning som en "socialt olämplig inre dysfunktion" (*socially inappropriate internal dysfunction*) är att en stor del av de beteenden som nuförtiden betraktas och diagnostiseras som mentala sjukdomar, i själva verket är normala reaktioner på pressande sociala omständigheter eller olika former av social avvikelser. Som jag förstår Horwitz menar han att tillstånd som schizofreni, bipolär sjukdom, allvarlig endogen depression, allvarliga fobier, tvångsföreställningar och tvångshandlingar, panikstörningar, ätstörningar, alkoholism och drogberoende alla kan utgöra tecken på inre dysfunktioner. Men de kan endast betraktas som mentala störningar när de inte är förväntade reaktioner på sociala omständigheter och när de kvarstår även om livsomständigheterna blir uthärdliga. Horwitz kritiserar den moderna psykiatrin för att inte ta hänsyn till omständigheterna i diagnostiseringen av mentala sjukdomar.<sup>121</sup>

Genom min beskrivning av hur Horwitz kritiserar psykiatrin och hur han analyserar sjukdomsbegreppet, kan man lägga märke till hur man ofta inom medikaliseringsdebatterna tenderar att dela in vårt liv i så kallade "medicinska problem" och i "livsproblem". Man tänker sig att det finns en entydig och fast gräns mellan det sjukliga och det normala: alltså mellan de problem som antas vara orsakade av inre funktionsstörningar av något slag och de problem som man menar att har med individens eget ansvar att göra. Om man betraktar frågan genom ett wittgensteinskt synsätt kan man se hur det här leder till flera tankemisstag inom medikaliseringsdebatterna. Man kan se hur det finns en klyfta mellan hur exempelvis Horwitz begreppsliiggör området mentala störningar och hur vi faktiskt talar om sjukdom i de situationer

---

<sup>120</sup> Horwitz, s. 35.

<sup>121</sup> Ibid., ss. 34-37.



när människor blir sjuka. Inom medikaliseringsdebatterna – och Horwitz är ett bra exempel på detta – brukar man ofta tala om sjukdom som om vi i vardagslivet aldrig skulle tänka att det är *förståeligt* om någon fått mentala problem eller insjuknat i en mental sjukdom på grund av en omständighet oavsett om den varit av ett lindrigare slag.

Om man placerar medikaliseringsslitteraturen åt sidan och bara betraktar det liv som vi lever, kan man säga att det finns flera olika kulturella sätt att se på sjukdom och hälsa. Å ena sidan existerar det en syn på mental hälsa som att det är normalt att reagera med *vanlig* sorg, ångest eller nedstämdhet när omständigheterna är svåra och pressande: det vill säga att vi tänker så visar sig i hur vi lever. Vi tänker alltså inte enbart att människor *borde* kunna ta emot ett visst mått av motgångar och svårigheter, det är *så* man ska reagera, resonerar vi. Man kan förstås gå vidare i tanken här och hävda att människor *alltid* borde klara av motgångar, hur svåra de än är. Men sedan och kanske litet överraskande kan vi också tänka att det i en viss mening är normalt, att det *hör till vad det är att vara människa*, eller att vissa människor är benägna att reagera med psykisk sjukdom just på omständigheterna. Ifall någon som står en nära skulle bli djupt eller bara mellandjupt deprimerad över en skilsmässa så är det ju möjligt att begripa detta. Att man förstår en sådan depressionsreaktion är att förstå vad allt det kan betyda att älska någon: att personen har varit ens trygghet med mera. Ifall någon insjuknar i en psykos på grund av många svåra händelser, skulle man också kunna förstå den människan. Dessa är förståelser som speglar en slags medkänsla för människans svaghet och sårbarhet. Inom dessa olika kulturella förhållningssätt finns det givetvis också andra sätt att tänka kring mental sjukdom, att de inte är genuina sjukdomar utan en del av en persons normala identitet eller någonting i samma stil.

Vad jag vill beskriva genom dessa exempel är hur kulturen tenderar att klyvas in i olika sätt att förhålla sig till och tala om mental sjukdom och hälsa. Att man kan beskriva kulturen som att det existerar en grundförståelse för en människas fallenhet att insjukna psykiskt inför olika omständigheter, skulle jag säga har ett internt samband med att vi har diagnoser och att vi vårdar psykiatriska symptom. Jag vill föra samman denna förståelse för människans sätt att reagera med sjukdom när hen står inför olika livsomständigheter, med mitt förslag om moraliska reaktioner, som är grundtanken i mitt arbete. Att vi har en kultur med diagnoser är ett uttryck för att vi har grundläggande ansvarsfulla reaktioner inför människors olika svårigheter och problem, även om de ibland har en benägenhet att uppstå ur miljön. Det finns en

filosofisk bild av att mänskliga handlingar antingen borde förstås som fria eller determinerade av yttre eller inre orsaker. I nästa avsnitt kommer jag att beskriva hur filosofen Lars Hertzberg resonerar kring hur man kan upplösa eller sönderdela dikotomin mellan determinism och personligt ansvar. Genom den här beskrivningen kan man bättre se hur frågor om ansvar kan komma in på så många olika sätt beroende på vilken sjukdom eller diagnos någon har.

Om man jämför psykiatrins utveckling och de kontroversiella åsikterna som riktas mot detta område med hur man talar om den somatiska medicinen så skulle det vara ganska svårförståeligt om man skulle rikta samma skepsis mot framsteg och utveckling inom det somatiska området. Vanligtvis ser man positivt på utvecklingen inom det här området och om någon skulle vara skeptisk till att man försöker hitta nya botemedel mot allvarliga sjukdomar eller att man upptäcker nya diagnostiska metoder eller nya sjukdomar så skulle man antagligen inte förstå den här skepsisen. När det gäller den somatiska medicinen ser man det som någonting bra att framsteg görs. Med nya mediciner och nya diagnostiska metoder kan man rädda liv, människors hälsa kan upprätthållas och förebyggande vård kan sättas in i tid, ifall samhället vill satsa på att ekonomiska resurser ges till sjukvård och förebyggande vård. Och alla är förmodligen överens om att det är bättre att vara frisk än att vara fysiskt sjuk och man har inte några större betänkligheter mot att vara tvungen att äta mediciner, ifall de hjälper mot smärta och botar eller lindrar en sjukdom.

Jag menar inte att det inte skulle uppstå kritiska frågeställningar också inom den somatiska medicinen. Den framgångsrika bioteknologin har medfört att etiska frågeställningar kan bli aktuella inom olika områden som t.ex. inom genteknologin eller fertilitetsvården. Så även inom den somatiska medicinen kan man ställa sig frågande till en viss slags utveckling men här ser frågorna annorlunda ut än inom det psykiatriska området. Eftersom mediciner alltid kan ge biverkningar kan det finnas exempel på när man kan bli tvungen att ta ställning till om man ska ta någon kroppslig medicin. Men så här överlag så är tröskeln högre för att äta psykiatriska läkemedel än för annan medicinering. Att bli ordinerad medicinering mot psykiatriska problem är att befinna sig i ett annat läge än vid en kroppslig sjukdom – det kan vara att samtidigt ställa sig den existentiella frågan om man har blivit "galen". Att insjukna i någon psykotisk sjukdom som jag senare skall diskutera i avhandlingen, är att hamna in i ett sammanhang där ens trovärdighet och pålitlighet som person kan komma att ifrågasättas av

omgivningen. Att ha psykoser, hallucinationer och vanföreställningar kan innebära att man kan börja tvivla på sig själv och ställa sig frågor om vem man är som person.

Ofta kritiserar man den somatiska medicinen just eftersom den ibland inte har alla svar på orsakerna och botemedlen till olika sjukdomar. I varje fall skulle man inte betrakta det som någonting dåligt ifall forskningen skulle finna orsakerna till och botemedlen för migrän, cancer, diabetes eller reumatiska sjukdomar. Ifall det upptäcks nya former av reumatiska sjukdomar så skulle väl de flesta hålla med om att det här är en god medicinsk utveckling. Nya diagnoser kan ställas och behandling kan ges. När det gäller kroppsliga sjukdomar är man många gånger som patient snabb att ställa krav på att en diagnos borde kunna ställas och mediciner skrivas ut. Man vill ha hjälp mot det onda och det relativt snabbt. Man vill ha svar på frågan vilken sjukdom man har fått och varför man fått den och hur man kan bli fri från den. Vid kroppsliga symptom och lidanden finns det ett behov efter en diagnos i den meningen att man gärna vill ha en förklaring på sina symptom. Johannisson skriver helt riktigt att en fatal diagnos är bättre än ingen diagnos alls och att denna kan vara enklare att hantera än det obestämda lidandet.<sup>122</sup> Man skulle kanske tro att det är det värsta är att faktiskt få en diagnos, men det kan vara ännu mer ohanterligt att inte få en diagnos ifall man har symptom. Ingen vill bli diagnostiserad med någon allvarlig kroppslig sjukdom och man kan vilja förneka och förtränga att man har fått en sjukdomsdiagnos, men det diagnoslösa lidandet innebär hjälplöshet och utsatthet. Vårt samhälls- och sjukvårdssystem kräver en diagnos för att en läkare ska kunna skriva ut bra medicinering och olika former av vård. Om en person inte får en diagnos är det inte bara en förklaring på symptomen som personen blir utan, utan också olika rättigheter till vård och andra samhälleliga förmåner som sjukledighet, sjukpension, uppskov av universitetsstudier eller olika handikappbidrag. Individer som inte passar in i en gångbar diagnos kan säkert bli misstrodda både inom medicinen och i vardagen och de kan slussas runt inom sjukvården under långa perioder. Eftersom alla förväntas kunna arbeta blir de som har ett diagnoslöst lidande förmodligen ändå insatta under någon existerande diagnos för att de ska kunna få sjukledighet eller sjukpension.

---

<sup>122</sup> K. Johannisson: "Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv." i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Red. Gunilla Hallerstedt (Göteborg: Daidalos, 2006), s. 30.

### 2.3 Är mentala problem antingen livsproblem eller medicinska problem?

Att så mycket kritik riktas mot den psykiatriska medikaliseringen i motsats till vad som är fallet inom den somatiska medicinen kan bero på många olika faktorer. En grundproblematik är begreppslig i och med att svårigheten ligger i det sätt på vilket man tänker på, talar om och föreställer sig mental hälsa och mental sjukdom. Här är frågorna många: Hur ska man definiera en mental störning? Vad är det att vara mentalt frisk och hur skiljer sig det patologiska från normalitet? Är en mentalt frisk människa en person som går genom livets alla svårigheter helt utan att gripa efter lugnande medicinering eller depressionsmediciner? Kan man ha panikstörning och ändå betrakta sig som relativt mentalt frisk eller som en normal människa? Är man mentalt sjuk ifall man får diagnosen social fobi? I mitt stycke ovan döljer sig två olika typer av frågor. För det första kan man fråga sig vilka slags problem som skall klassas som patologiska och den andra frågan handlar om vilken relationen är mellan att *ha* någonting patologiskt och att *vara* mentalsjuk.

Förutom att man kan se en svårighet här som är rent begreppslig så skulle jag också vilja hävda att motviljan mot psykiatrisk diagnostisering kan finnas inom människan själv. Man kan vara rädd för den psykiska sjukdomen på grund av att den stigmatiserar och kan förändra det sätt på vilket andra kan uppfatta ens personliga karaktär och därmed även hur man uppfattar sig själv. Man kan tänka sig att mycket av rädslan för psykisk sjukdom uppkommer genom hur olika psykiska sjukdomar beskrivs kulturellt – genom media, populärkultur eller konst och litteratur. Många populära filmer uttrycker starka antipsykiatriska teman. Exempelvis den redan nämnda *Gökboet* eller Stieg Larssons miljonsäljande *Millenniumtrilogi*, tre deckare som filmatiserats och där huvudpersonen Lisbeth Salander ända sedan barnsben, utsatts för systematiska övergrepp av en psykiatriker. Den institution som skulle beskydda henne skadade henne mer än någonting annat. Eller när man öppnar dörrarna till något övergivet, historiskt mentalsjukhus och besökarna får se gamla elschocksapparater, spännbälten och isoleringsceller. Det finns en sorts loopingeffekt inom filmvärlden när man om och om igen gör filmer där man skildrar hur man våldsamt spänner fast patienter och hur de sitter håglösa och medicinerade i korridorerna. Vad man kan reagera på är att man då förstärker en bild av psykiatrin som att den är mer våldsamt kränkande än omhändertagande. Även om det är sant att psykiatrin har gjort många fel genom historien såsom att ha använt sig av exempelvis mer eller mindre brutala

vårdmetoder, som överraskningsbad i iskallt vatten eller lobotomioperationer, utför dessa filmer och teman inget väsentligt arbete för att förbättra förståelsen för de svårigheter som de psykiskt sjuka och deras närstående drabbas och lider av utanför mentalvårdsinstitutionerna.

Som jag skrev förut så kan vi förhålla oss på olika sätt till människor i de situationer när någon blir psykiskt sjuk eller får en psykiatrisk diagnos. Man kan tala om att det nog existerar en kulturell förståelse för att någon kan insjukna psykiskt, oberoende av om det har handlat om omständigheterna eller om man inte kan se en tydlig utlösande situation. Men så är också stigmatiseringen ännu stark, vilket gör att det är svårt att beskriva och tala om problemen ärligt och uppriktigt. Men som jag uppfattar det är begreppet mental hälsa ändå ofta förknippat med en syn på människan som en som borde klara av livets olika påfrestningar utan att duka under för mentala problem av olika slag. Även om det har blivit mer acceptabelt att äta depressionsmediciner och att tala om olika ångeststörningar och depressioner, hänger bilden av den mentalt starka människan, som *en som inte blir deprimerad*, envist kvar i hur människor förhåller sig till mentala problem. Varför uppfattas det till exempel som så starkt ifall någon klarar sig genom en svår situation utan att reagera med en depression eller med ångest? Man kan undra varför det inte skulle vara precis lika starkt av en person som går igenom en tragisk situation i sitt liv att med hjälp av antingen medicinering eller psykoterapi eller varför inte båda två på samma gång, klara sig igenom situationen, även om hen kanske också reagerar depressivt. Det viktiga är väl att hen ändå genom medicinsk och terapeutisk hjälp har kunnat ta sig ur en låsning och orkat kämpa vidare. Att någon är villig att till exempel prova på någon form av terapi (familjeterapi, gruppterapi, psykoanalys osv.) kan i sig ibland uttrycka att den personen tar ansvar för sitt liv i och med att hen försöker och vill göra något för att få hjälp. I vissa fall kan det vara så att en person inte själv ser att hen behöver vård just på grund av hens mentala sjukdom och då kan det bli de anhöriga eller vännerna som får gripa in på olika sätt. Begreppet mental hälsa är förknippat med värderingar om vad det är att vara en stark och sund människa. Vårt begrepp om mental hälsa och de värderingar som är associerade till det, visar sig i de kontexter där man talar om människor som på något sätt får ångest eller blir deprimerade.

Det finns som jag tidigare har sagt, gällande begreppen mental hälsa och mental sjukdom en dikotomi som visar sig i att man

tänker sig att vårt liv är indelat i så kallade "livsproblem" och i "medicinska problem." Man tänker sig att när diagnoserna i den psykiatriska manualen DSM ökar, när nya typer och former av ångestsymptom, depressioner och beteendestörningar kategoriseras såsom panikstörning, generellt ångestsyndrom, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom, dystymi, förlösningsdepression och så vidare, att psykiatrin då samtidigt krymper det mänskliga livsutrymmet för det som vi kallar "normalt". Som jag tidigare nämnde är Svendsen kritisk till att mängden av psykiatriska diagnoser ökar i DSM-manualen och han menar att det västerländska sättet att medikalisera livsproblem leder till att människors tanke- och känsloliv patologiseras.<sup>123</sup> Svendsen har i viss mån rätt i att människors tanke- och känsloliv patologiseras i och med att diagnoserna fortsätter att öka i antal, men å andra sidan kunde man säga att den diagnostiska ökningen inte automatiskt alltid leder till en patologisering eftersom ökningen också kan bero på att diagnoserna blir alltmer finfördelade. Betyder det att vi har diagnoser som adhd, autism eller anorexi att det normala i våra liv har minskat och att vi har blivit psykiskt mer sjuka och att vi egentligen har fått ett behov av att diagnostisera? Det här är en av de många diagnosfrågorna som många ställer sig i vår samtid. Om man jämför psykiatrin med den somatiska medicinen skulle man kunna fråga sig ifall människor idag är sjukare än förr eftersom de somatiska diagnosernas antal antagligen också har ökat under de senaste årtiondena. Det här med att diagnoser i sjukdomsmanualer expanderar behöver inte i sig betyda att människor skulle ha blivit sjukare i det vardagliga livet än förut. Men det kan betyda att det finns mer hjälp att få för olika bekymmer med hälsan.

Enligt den medicinska antropologin brukar medikalisering definieras som en process där medicinen får en allt större roll i samhället och där "nya" problem definieras ur en medicinsk synvinkel. Med medikalisering menar man att mycket av det arbete som förut sköttes av familjen eller av sociala nätverk har tagits över av hälsoväsendet. Horwitz definierar medikalisering så här:

Medicalization means that problems are considered to be discrete diseases that professionals discover, name, and treat. It also means that psychiatrists and other mental health professionals become the culturally legitimated agents with the greatest authority to deal with

---

<sup>123</sup> Svendsen, ss. 131-135.

conditions that in the past would have been seen as crime, deviance, disruption, sin, or bad habits.<sup>124</sup>

Ur ett anhörigperspektiv skulle jag beskriva det som en form av naivitet när man inom forskningen vill definiera medikaliseringen som ett "sätt att ta över det arbete som förut skulle ha gjorts av familjerna", eftersom en familj oftast ändå och trots att patienten får medicinsk vård, blir tvungen att bemöta, vårda och sköta den som har blivit sjuk eller fått en diagnos. En psykiatrisk patient bor hemma ifall personen inte är inlagd på en heldygnsavdelning. I alla mina intervjuer med de kvinnor som hade erfarenheter av anorexi, både de insjuknade och föräldrarna, så beskrev de hur hela familjen blev tvungen att rätta sig efter sjukdomen och hur man inom familjen fick hjälpa till med att hjälpa och sköta den som hade blivit sjuk.

I sin artikel om patologiseringen av människolivet, för Svendsen en diskussion kring diagnoserna i DSM-manualerna och samtidigt sätt att diagnostisera som han säger också sådana "lättare" mentala svårigheter som ångest och depressioner.<sup>125</sup> Svendsen oroar sig för att vår tids, som han uttrycker det, "terapeutiska etos" riskerar att skapa en människotyp som inte har förmåga att hantera livets alla motgångar eftersom han skriver att:

Inntil nylig var det rådende syn på mennesket at de fleste har ressurser i seg til å håndtere livets prØvelser. I dag er mennesket snarere blitt et vesen som er så ufattelig skjØrt at det antagelig vil bukke under, eller i det minste få en alvorlig knekk, av at livet faktisk ikke er helt problemfritt.<sup>126</sup>

Han skriver vidare på samma tankegång:

På grunn av frykten for at mennesker ikke vil klare å håndtere de skuffelsene og prØvelsene som livet nØdvendigvis byr på, behandler vi folk deretter, og en mulig konsekvens av dette er at vi skaper mennesker som ikke har evnen til å håndtere motgang. Vi skaper mennesker som opplever seg selv som deprimerte og traumatiserte på grunn av hendelser som tidligere ble betraktet som en del av et normalt liv.<sup>127</sup>

---

<sup>124</sup> Horwitz, s. 8.

<sup>125</sup> Svendsen, s. 131.

<sup>126</sup> Ibid., s. 131.

<sup>127</sup> Ibid., s. 138.

Svendsen är inte kritisk mot *all* psykiatri eftersom han menar att det faktiskt finns många människor som verkligen kan behöva terapi, också när det gäller lindrigare depressionstillstånd eller när ångest klassificeras och diagnostiseras exempelvis som posttraumatiskt stressyndrom. Han vänder sig istället mot själva sättet som man klassificerar diagnoser på i de moderna diagnosmanualerna eftersom han bland annat menar att många diagnoser har fått för vida diagnoskriterier. Det här menar han att gäller för depressioner, adhd och ångestsyndrom. När man tillför fler undergrupper av diagnoser eller utvidgar själva kriterierna kommer för många människor att bli diagnostiserade i samhället menar han. Terapi kan vara bra skriver han, men det är inte alltid som det är så hälsosamt att samtala om problem som vid kristerapi vid sorg eller andra olyckor som livet för med sig. Vissa människor kan ha nytta av det medan andra inte nödvändigtvis behöver lufta problemen. För somliga människor kan det vara bra att förtränga det som har hänt eller hitta andra praktiska utvägar för att kunna leva vidare. Vår terapikultur riskerar därför enligt Svendsen att inte just bota mentala problem, vilket var tanken från början, utan istället skapa dem eftersom psykiatrin lockar människor att dyka ner i sina problem istället för att hitta andra lösningar för att kunna gå vidare i svåra situationer.<sup>128</sup> Kritiken mot DSMs sätt att vidga diagnostiska kriterier kan man ofta träffa på i litteraturen. Till exempel har depressionsdiagnosen utvidgats eftersom depressioner nuförtiden delas in i "lindriga", "medelsvåra" och "svåra". Det här betyder enligt många filosofer och andra forskare att psykiatriker nuförtiden diagnostiserar sådana människor med depression som man aldrig tidigare skulle ha kallat för sjuka.<sup>129</sup>

Att det idag finns många psykiatriska diagnoser i jämförelse med för omkring 50 år sedan behöver inte betyda att människor idag skulle vara eller uppleva sig själva som svagare och vekare än förr. Nu menar jag inte att medikaliseringen inte skulle föra med sig vissa risker. Som jag redan har diskuterat, finns det många viktiga kulturella och vetenskapliga bidrag när man debatterar och varnar för reella risker med diagnoserna: som när man ger en diagnos när problemet egentligen sitter någon annanstans – i familjen till exempel. Det kan finnas risker med både terapier och mediciner. Ibland kan det säkert vara så att en terapi inte fungerar. Problemen kan låsas fast istället för att de leder till kreativa utgångar för patienten. Om en terapi blir fruktbar eller inte kan säkert

---

<sup>128</sup> Ibid., ss. 134-137.

<sup>129</sup> Se t.ex. Svenaeus (2008), s. 35-36.



ofta handla om sådant som inte hör till själva terapimetoderna utan snarare till frågor kring hur kontakten löpte mellan två olika personligheter. Förstår terapeuten patientens behov till exempel? Naturligtvis kan också medicinering ha många risker. De kan ha biverkningar som att man kan känna sig känslomässigt avtrubbad, förlora sexuell lust och så vidare. Mediciner kan ofta ha en individuell inverkan. En del människor behöver inte få några allvarliga biverkningar, några kan till och med få sådana biverkningar som kan upplevas som positiva som minskad matlust eller bättre sömn. Andra åter kan få många besvärliga biverkningar. Det är alltså svårt att dra några filosofiska eller empiriska slutsatser kring vilken effekt människor säger sig få av antidepressiva läkemedel. Vilken effekt de än har, biologisk eller placebo eller i en kombination, svarar antidepressiva mediciner inte på några existentiella frågor kring hur en person ska lösa sina livsproblem eller vilka förhoppningar hen ska ha om framtiden. För dessa frågor krävs det ändå ett personligt engagemang.

Trots en livlig diagnosdebatt finns det en del mer eller mindre glömda aspekter kvar att diskutera, kring vilka följer en diagnostiserande kultur kan eller borde få. Får de familjer som kanske har ett barn med en autism- eller adhd-diagnos tillräckligt med stöd och information om vad neuropsykiatriska problem innebär? Får barn i familjer där en förälder har insjuknat i någon mental sjukdom som depression eller schizofreni den hjälp de kan behöva? Finns det tillräckligt med information om neuropsykiatriska diagnoser på arbetsplatser? En sakenlig upplysning om vad neuropsykiatriska svårigheter innebär kunde underlätta kommunikationen och förståelsen mellan den som har en diagnos och andra kolleger. Med andra ord: följderna av att vi har diagnoser är ännu rätt så obehandlat både teoretiskt inom forskningen som praktiskt ordnat i samhället.

Medikaliseringen för med sig vissa risker och faror men det är ändå ett misstag att tala om medikaliseringen som att denna process tar ifrån oss vår normalitet eller vår känsla av vanlig styrka att klara av livsproblem. Hertzberg reflekterar i sin artikel "On the Supposed Conflict between Prediction and Choice"<sup>130</sup> på olika frågeställningar i anslutning till problemområdet om den fria viljan och determinerat beteende. Den traditionella filosofiska bilden vi har av mänskliga handlingar är att dessa *antingen* är fria *eller* determinerade av yttre eller inre orsaker. I sin text

---

<sup>130</sup> L. Hertzberg: "On the Supposed Conflict Between Prediction and Choice" i *Wittgenstein and the Future of Philosophy: A Reassessment After 50 Years*. Red. R. Haller, K. Puhl (Wien: ÖBV & HPT, 2002), ss. 121-131.

upplöser Hertzberg klyftan mellan ansvar och determinism genom att han visar att man kan gradera handlingar på ett kontinuum från de handlingar som kan anses vara avsiktliga och kontrollerade till det slags beteende som man kan kalla för allvarligt stört eller uppenbart omedvetet beteende. Hertzberg går igenom följande åtta exempel:

- 1) Den galne vetenskapsmannen som genom att inplantera elektroder i en persons hjärna får hennes kropp att röra sig samtidigt som han även får henne att tro att hon rör på sig av egen fri vilja.
- 2) Vid en posthypnotisk suggestion (Posthypnotic suggestion) visar hypnotisören en signal varefter personen öppnar fönstret och säger att det är för varmt i rummet.
- 3) Rökare som inlett rättegångar mot tobaksindustrin. Vissa målsägare har påstått att fabrikanter med flit har gjort rökare oförmögna att sluta röka genom att tillsätta mycket nikotin i cigaretterna.
- 4) Människor som drivs till att utföra våldsamma gärningar på grund av hormonella störningar.
- 5) Vuxen-barn relationer; föräldrar som eggar barn att stjäla saker från butiker, föräldrar som uppmuntrar rasistiska attityder hos sina barn eller föräldrar som inte förmår hindra sina barn från att utföra vandalism.
- 6) Att bli förförd utan att man inser det. I Kierkegaards *En förförars dagbok* hittar man ett sådant exempel: en man försöker få en kvinna att bli kär i honom medan han samtidigt döljer att han har några sådana planer.
- 7) Någon som upprepade gånger utför självdestruktiva handlingar. Exempelvis kvinnor som gång efter gång dras till våldsamma män.
- 8) En son som strävar efter att få samma arbete som sin far.<sup>131</sup>

Hertzberg menar att när man betraktar de åtta exemplen ovan, märker man att det inte finns en klart utsatt punkt som kunde sägas utgöra den gräns där kausala förklaringar på mänskligt beteende övergår i moraliska utsagor. Snarare kan man se att även om man i de två första exemplen skulle vara benägen att säga att det var de yttre faktorerna som orsakade personens beteende, så kommer de moraliska övervägandena gradvis in ju längre ner på listan man kommer. På de följande raderna kommer jag

---

<sup>131</sup> Ibid., ss. 9-10.

att tillämpa Hertzbergs resonemang om att lösa upp dikotomin mellan personligt ansvar och determinism på debatten om medikaliseringen av mentala problem.

Vi har idag ett brett spektrum av olika diagnoser och att försöka säga vilka diagnoser som handlar om ett livsproblem och vilka diagnoser som handlar om "rena" medicinska problem leder en fel i tänkandet över mental hälsa och mentala problem. Därför föreslår jag att bilden vi har av mentala problem som att de konstitueras av en skarp åtskillnad mellan det moraliska/livsproblem och fakta/medicinska problem kan lösas upp eller sönderdelas eftersom den inte håller i sin grund.

Istället för att föreställa sig att medikaliseringen stjälar allt fler områden från vad man kan kalla för individens ansvarområde vill jag föra fram idén att gränsen mellan patologi och ansvar kan tunnas ut. Det här innebär att man kan betrakta många problem såsom addiktioner, adhd, fobier, ätstörningar och så vidare ur ett dubbelt perspektiv; mentala problem kan lösas med *både* medicinska interventioner *och* egna insatser. Poängen blir här att det kan ske en aspektväxling mellan biologi och ansvar när det gäller många av nutidens psykiatriska problem. Och det är viktigt att poängtera att det ena perspektivet inte utesluter den andra utan dessa kan ses som kompletterande. När jag säger att jag löser upp skiljelinjen mellan fakta och moral, tänker jag mig att sönderdelningen sker ungefär på samma sätt som färgen vit övergår till svart färg, alltså genom att man gradvis tillsätter det svarta in i det vita. Och mellan de två färgerna svart och vitt får man olika nyanser av grått. Upplösningen av skiljelinjen mellan fakta och värdeomdömen behöver alltså inte betraktas som total utan mer som att de moraliska nyanserna gradvis förs in i de fakta-baserade omdömena.

Att man på det här sättet *sönderdelar* skiljelinjen mellan synen på mentala problem som antingen rent *medicinska* eller som *moraliska* får flera betydelser för vad det för oss innebär att i vardagslivet tala om att någon har en viss psykiatrisk diagnos. Jag skulle vilja säga att biologiseringen av mentala problem tillsammans med en åtgärd där man löser upp klyftan mellan ansvar och patologi medför att psykiatriska diagnoser börjar likna de somatiska sjukdomarna på det levda planet. Som en följd av att man placerar de mentala sjukdomarnas orsaker in i det kroppsliga – in i hjärnans kemi – förlorar dessa sjukdomar något av den typiska stigmatisering som de alltid har dragits med. Det här innebär att man nuförtiden kan börja tänka att man drabbats av social fobi på samma sätt som man kan drabbas av influensa eller streptokocker. I den

här meningen är man lika litet allvarligt psykiskt sjuk när man har social fobi eller panikångest som man är allvarligt fysiskt sjuk när man har influensa. Man måste ändå minnas att många psykiatriska diagnoser som social fobi eller panikångest, alltid ändå till sammanhanget skiljer sig från en mindre allvarlig somatisk sjukdom. Panikattacker och social fobi kan leda till att någon ständigt känner sig spänd och nervös vilket kan leda till att personen inte vågar ta för sig av livet. Men man behöver alltså inte för den skull uppleva sig som psykiskt sjuk.

I vanliga fall tänker man kanske någonting i stil med att vad det är att vara mentalt sjuk är att "tappa förståndet" helt och hållet. Bilden är ungefär att den som är mentalt sjuk inte kan tänka en enda rationell tanke, att hen är irrationell i en allomfattande mening. Man tänker sig att det är *hela* personen som är sjuk. Men ifall man sönderdelar klyftan mellan ansvar och patologi kan man tänka sig att mentala sjukdomar inte berövar en individs *totala* själsliv. Vad som följer av det här är att mentala problem betraktade som diagnoser inte utesluter att en individ kan ta ansvar för att även på andra sätt än på medicinska vägar kunna lösa sina problem. Man borde exempelvis kunna ställa krav på att en patient fullföljer ett rehabiliteringsprogram, träffar sin terapeut eller håller avtalade tider. Jag tänker mig här att den form en persons ansvar kan ta hör ihop med hur allvarliga problem hen har. Att man öppnas i sin syn på den mentalt sjuka från att se och behandla hen som "en som är helt och hållet i sjukdomens grepp" till att kunna se att det inte är hela personen som är sjuk, kan bidra till en mer etisk hållning mot den som har en mental sjukdom. Vilket betyder att man bland annat behandlar hen som en person med *samma* behov som vilken annan människa som helst. Dessutom beskriver denna syn på mentala problem hur en etiskt riktig vård ser ut – att man inte kan sätta allt ansvar på tabletter eller mediciner. Också den hjälp som människor kan erbjuda i alla former är viktig som olika terapiformer, stödpersoner, stödverksamhet, familjecentrerade vårdmodeller, information om neuropsykiatriska diagnoser på arbetsplatser och så vidare.

Om man betraktar Hertzbergs exempel, kan man se att han utgår från ett ganska extremt fall, en galen vetenskapsman som styr någons beteende genom att inplantera elektroder i hens hjärna. Då man översätter exemplet så att det handlar om sjukdomar så kan man jämföra vetenskapsmannen som den yttersta punkten på den här glidande skalan. Det finns naturligtvis sjukdomar eller situationer då en människas tillstånd är sådant att tanken på att kräva hen på ansvar inte kommer upp. En sådan situation kunde vara en person som har grav

utvecklingsstörning och drag av autism. Jag kunde ge flera exempel, men vill bara visa på att förståelsen för en människas situation ibland kan vara sådan att krav på det egna ansvaret inte faller in. Då man sedan rör sig på skalan så beror ansvarets roll på situationerna – poängen är inte att skapa en teoretisk skala, utan att med hjälp av den kunna beskriva de många olika former sjukdom kan ha i människors liv och att ansvaret kommer in på olika sätt i dessa situationer. Igen, att tala om ansvar är ett sätt att förstå en människas helhetssituation snarare än att enbart slå fast ett biologiskt faktum om denne. Om en person har social fobi, kan det vara en lättnad att höra att hen själv kan göra någonting åt problemet. För den äldre kroniskt mentalt sjuka, kan en ansvarsavlastning vara en lättnad.

Här vill jag framhålla att när jag vill tala om att mentala problem kan betraktas ur ett dubbelt perspektiv menar jag inte att *alla* livssvårigheter automatiskt blir eller kan betraktas som problem som borde lösas med medicinska medel. Som jag redan har uppmärksammat menar många diagnoskritiker att diagnoserna har tagit över våra liv. Jag menar istället att det finns mängder av olika vardagliga problem som vi aldrig skulle tala om som sjukdomar. Man skulle aldrig tala om fattigdom eller att någon har vuxit upp i ett barnhem eller i en adoptionsfamilj, som att detta handlar om sjukdomar. Helt tvärtom skulle man reagera väldigt upprört ifall beteenden som mobbning, nedstämdhet över dåliga betyg eller att en tonåring stjäl godis från en närbutik skulle anses vara sjukdomar. För att tala om någonting som en sjukdom eller diagnos, krävs det någonting mer. Det krävs som jag senare mer ingående kommer att diskutera, en moralisk blick på utsattheten och maktlösheten i personens situation och de människor som påverkas av den.

Det är uppenbart att en människa kan lida av andra saker i livet som av exempelvis fattigdom, och man kan reagera moraliskt och gör förhoppningsvis även så på den fattiges situation. Men i fattigdomens och den psykiska sjukdomens situationer och kontexter är människor moraliskt utsatta på olika sätt. Det finns, kunde man säga, begreppsliga skillnader. I en nära relation med den som är psykiskt sjuk, kan frågor om personens identitet komma upp; vem personen verkligen är bakom sjukdomen eller barn kanske inte får det stöd de skulle behöva. Ett exempel på skillnaden mellan dessa är att den socioekonomiska fattigdomen kunde tänkas leda till att en förälder av handlingsförlamning inte kan stöda sitt barn tillräckligt väl. Men i fallet psykisk sjukdom så är detta beteende en konstituerande del av själva sjukdomen. Begreppet sjukdom hör logiskt ihop med personen. Ett barn som växt upp i

fattigdom, kan förstå och tala om föräldrarnas oförmågor som att det var fattigdomen som förorsakade detta. Barn som växt upp i familjer där det förekommit allvarlig psykisk sjukdom, har inga yttre omständigheter att relatera föräldrarnas beteenden till.

Vidare består fattigdom inte i svårigheter med att relatera till sina närstående och att man kan ha svårt att göra de saker man vill i sitt liv, bottnar heller inte i ens personlighet eller "jag". Problemen har med personens ekonomiska situation att göra. Sedan kan man säkert bli sjuk fysiskt eller psykiskt av långvarig eller extrem fattigdom, men då skulle vi säga att det är en följd av det och inte att fattigdomen är en sjukdom i sig självt. Den psykiatriska sjukdomens lidande är ofta som jag senare i avhandlingen kommer att visa, av en särskild sort – den drabbade är utlämnad och värnlös i meningen att hen sällan kan göra någonting själv för att förändra sina själsliga problem. I sin relation till den sjuka står även den anhöriga hjälplös.

Det finns många olika former av utsatthet och lidanden som vi kan reagera på moraliskt, men min tanke är att det vi gör i alla dessa olika sammanhang ser olika ut. Vi kan till exempel känna medkänsla med den ensamma pensionären, men där kan vi hjälpa till på andra sätt än vid sjukdom – genom att hälsa på eller ringa ett samtal. Vad vi gör i dessa olika situationer är sammanbundet med hur våra ord som "sjukdom" eller "ensam pensionär" får sina betydelser. Beskriver man någon som ensam öppnar det vissa handlingsmönster, som skiljer sig från de handlingar som kommer in i sjukdomssammanhang. Om man beskriver en pensionär som ensam så uttrycker beskrivningen att det finns något som kan göras.

Man kan betrakta medikaliseringsprocessen, som vi förmodligen inte kan ta oss ur eftersom trenden är att diagnoser ökar i de psykiatriska manualerna, som ett perspektiv som ofta finns med i olika sammanhang och handlingar idag. Med detta menar jag att man kan se medikaliseringen av livsproblem och beteendeproblem som att den har gett oss ett alternativ till hur man skall lösa de här problemen eller hur man förhåller sig till dem. Vi har ett helt annat samhälle idag än för ca 50-100 år sedan och vad det skulle vara att återvända till ett jordbrukssamhälle och hur man såg på avvikande och stört beteende där har vi inte så stor möjlighet att förstå idag. När vi idag möter en situation med exempelvis bråkigt och störande beteende i skolåldern, en nedstämd nybliven mor, flickor som tänker för mycket på vad de äter, barn som har läs- och skrivsvårigheter så finns det medicinska perspektivet eller möjligheten att det kan handla om en diagnos eller om psykiska problem

redan där. Vårt sätt att leva idag är sådant att det medicinska perspektivet finns där som en möjlig sida av ett problem. Det är sedan i själva diagnosituationen, i mötet mellan en patient och en läkare som en bedömning om man i det enskilda fallet borde medikalisera eller inte kan göras. Medikaliseringsfrågan är aktuell och blir meningsfull i en enskild terapeutisk och diagnostisk situation. En viktig följd av den dubbla synen på mentala problem är också att man inte behöver tänka att en medikalisering skulle utesluta att man gör något för att förbättra samhällseliga problem.

Den dynamiska psykiatrins utveckling efter Freud och den diagnostiska psykiatrins utveckling efter paradigmskiftet som inträffade i och med DSM-katalogens utveckling på 1960-1980-talen, innebar alltså ett slags skifte i hur vi kan förstå oss själva ifall vi får en psykiatrisk diagnos. Den klassiska synen på mentalsjukt beteende som totalt oförståeligt, irrationellt och vansinnigt har ersatts med ett myller av olika sätt att tala om mentala problem. Vid somatiska sjukdomar talar man ofta om att man kan ha en sjukdom men ändå känna sig frisk. Kan man använda orden på ett likadant sätt när det blir tal om psykiatriska problem? Detta skall bli temat för nästa avsnitt.

## 2.4 Relationen mellan att *vara* mentalsjuk och att *ha* en patologi

Det finns inom vårt språk olika sätt att tala om sjukdom. Man talar till exempel om att man kan *ha* en sjukdom och att man kan *känna sig sjuk*. Man kan så att säga ha en allmän sjukdomskänsla och känna av symptom fastän man inte får en sjukdomsdiagnos och på detta sätt inte "har en sjukdom". Skillnaderna mellan de här två uttryckssätten kommer ännu bättre fram i engelskan än i det svenska språket med termerna *illness* och *disease*. I engelskan används dessa begrepp ofta synonymt men de kan också uttrycka skillnaden mellan en patients upplevelse av sjukdom och en specialists kunskap om sjukdom. Skillnaderna mellan *illness* och *disease* kan analyseras på olika sätt.<sup>132</sup> Termerna *illness* och *disease* har enligt Fulford olika betydelser där *illness* är ett värderingsladdat begrepp och används av patienter och anhöriga när de vill uttrycka oro över att "någonting är fel", samt för att framkalla en terapeutisk reaktion. *Disease* är en term som används mer av läkare än av patienter. *Disease* används för att uttrycka *vad* som är fel, samt för att genom klart definierade fysiska förändringar, så långt det här är möjligt, beskriva tillståndet som patienten lider av. Man försöker identifiera patientens sjukdomstillstånd

---

<sup>132</sup> Fulford, Thornton & Graham, s. 73.

med en eller flera kategorier inom någon erkänd sjukdomsklassifikationsmodell.<sup>133</sup>

Fulford skriver att den vardagliga användningen av begreppet *illness* är nära sammankopplad med *disease* som i sin tur är nära relaterad till termen *dysfunction*. De två termerna *illness* och *disease* har inom den filosofiska debatten om begreppet mental sjukdom använts synonymt. Innebörden i begreppen *illness* och *disease* har analyserats i enlighet med en definition av termen *disease* som en kroppslig funktionsstörning av något slag.<sup>134</sup> Även om de tre begreppen *illness*, *disease* och *dysfunction* är nära besläktade ifråga om vad de betyder eftersom de används i liknande sammanhang är de inte alltid logiskt utbytbara. Det finns kontexter inom vilka termerna *illness* och *disease* kan användas med motstridig innebörd. Som jag förstår Fulford menar han att variationerna i på vilket sätt man kan använda ord i ett språk i olika kontexter leder till att man kan tala om att *ha en sjukdom* men att inte för den skull *vara sjuk*. Man kan exempelvis säga om en person som får medicinering mot diabetes att hen har sjukdomen diabetes men att hen inte är sjuk. Variationerna i vårt språkbruk och i det sätt på vilket vi kombinerar ord gör att man kan tala om att känna sig sjuk i en bakfylla men ändå inte ha en sjukdom i medicinsk mening. Enligt Fulford måste man vara medveten om att termerna *illness*, *disease* och *dysfunction* kan användas på ett synonymt sätt men också på ett motstridigt sätt.<sup>135</sup> Till skillnad från medicinfilosofen Christopher Boorse, som menade att sjukdom ska definieras som en inre fysiologisk funktionsstörning, anser Fulford att de medicinska begreppen just genom sin mångskiftande användning inte är värderingsfria begrepp.<sup>136</sup>

När man talar om somatisk och psykisk sjukdom och vad det är att vara fysiskt eller mentalt sjuk finns det en mångfald av olika uttryckssätt. Man kan ha en fysisk sjukdom som till exempel migrän men ändå inte vara sjuk utom då man har en migränattack. Och man kan känna sig sjuk utan att för den skull ha en sjukdom. Fulford har rätt i att våra medicinska sjukdomsbegrepp inte är värderingsfria eftersom de har en bred användning. De används inte enbart inom en klinisk verksamhet utan även i det vardagliga livet, där sjuka människor eller människor som mår dåligt försöker beskriva hur de mår för att vi ska hitta en lösning på de kroppsliga och själsliga symptomen och svårigheterna.

---

<sup>133</sup> Fulford, s. 30.

<sup>134</sup> *Ibid.*, s. 27.

<sup>135</sup> *Ibid.*, s. 28.

<sup>136</sup> *Ibid.*, ss. 30-34.



Idag talar vi om psykiska problem på ett mångskiftande sätt. De mentala störningar som idag finns uppräknade i DSM-katalogen handlar om allt från fobier och sexuella störningar till gravare personlighetsstörningar och mentala sjukdomar som schizofreni. Eftersom de diagnoser som ställs idag har så stor variation i allvarlighetsgrad och i symptombild betyder det här enligt min uppfattning att man kan få en psykiatrisk diagnos utan att man för den skull behöver uppleva sig själv som störd eller mentalt sjuk. Att bli diagnostiserad med exempelvis social fobi, posttraumatiskt stressyndrom eller förlossningsdepression behöver inte leda till att en person skulle uppleva sig själv som psykiskt sjuk och inte heller till att hen betraktas som mentalsjuk i den klassiska betydelsen. Det psykiskt sjuka är någonting som man i det vardagliga livet ofta associerar med det ultimata störda beteendet, med psykos, med inlåsning på mentalsjukhus eller med elchockbehandlingar och så vidare. Det psykiskt sjuka är starkt värdeladdat och stigmatiserat. Det psykiskt sjuka skrämmer människor och är någonting som man är rädd för att ska drabba en själv eller ens närmaste. Men många av de diagnoser som finns uppräknade i de diagnostiska manualerna är störningar som inte liknar mentalsjukt beteende. En dyslexidiagnos kommer inte ens i närheten av det beteende som man vanligtvis skulle klassa som mentalsjukt. Idag kan man ha en störning som kallas "psykiatrisk" utan att för den skull *vara mentalsjuk*. Man kan *ha* en panikstörning utan att *vara sjuk psykiskt* ungefär på samma sätt som man kan ha diabetes utan att *vara sjuk*. Relationen mellan att tala om att *vara mentalsjuk* och att *ha en mental störning* är, som jag ser det, att de här uttrycksätten inte alltid är logiskt utbytbara i alla kontexter.

Som jag redan har sagt har begreppet psykisk sjukdom, genom att kulturen via olika konstformer har beskrivit olika psykiska sjukdomar genom ett antipsykiatriskt mönster, blivit associerat med skräck, våld och övergrepp. Populärkulturella teman om psykisk sjukdom handlar ofta om hur man på mentalsjukhus använder psykiskt eller kroppsligt våld, man förbryter sig på kvinnor och använder elchockbehandlingar eller tvångströjor. Ur populärkulturella synvinklar är det inte konstigt att man kopplar ihop psykiatrisk medicinering med det klassiskt mentalt sjuka. Man kan fråga sig om man har blivit "galen" ifall man blir tvungen att äta antidepressiv medicinering för en mild depression eller för att man har sociala problem och fått diagnosen social fobi. Men här kan man ställa sig frågan: "Vad är det som medicinen kan göra för mig och på vilket sätt kan jag själv ta ansvar för mina problem?"

Mediciner kan inte lösa någons existentiella problem. Till exempel "Ska jag skilja mig eller inte?" Ifall man blir deprimerad av situationen kan antidepressiva läkemedel hjälpa en att gå vidare, men de kan inte ge ett svar på själva frågan.

## 2.5 Sammanfattning

DSM kan sägas uttrycka den moderna medicinens vetenskapsideal som sedan länge har haft ett fokus på fysiologiska förklaringsmodeller, kontrollerade experiment och läkemedelsstudier. Det nutida psykiatriska intresset för genetiska, neurologiska och biokemiska orsaksförklaringar för mentala sjukdomar är en följd av ett vetenskapligt ideal, som kan kännas igen redan på 1800-talet. Redan då fanns det ett intresse av att vetenskapliggöra psykiatrin genom att betona objektiv klinisk observation och naturvetenskaplig analys. Att få en psykiatrisk sjukdomsdiagnos kan nuförtiden likställas med att få en fysisk motsvarande; man kan behandla sjukdomarna med läkemedel som påverkar nervsystemet på olika sätt. Med DSM ökade också antalet diagnoser, något som fortfarande kritiseras i kultur- och forskningsdebatterna. Till exempel har man kritiserat att depressionsdiagnosen har breddats eftersom man nuförtiden inte bara medicinerar svåra utan också milda och medelsvåra tillstånd. Kritiker menar ofta att psykiatrin har sjukdomsförklarat den nedstämdhet som förut skulle ha betraktats som en naturlig och normal del av livet.

Ett led i debatten om sjukdomsförklarandet av vanliga eller existentiella livsproblem, är att man ofta anser att det personliga ansvaret för att lösa ens problem försvinner om problemen ges en fysiologisk grund. Medikaliseringen medför också en hel del identitetspolitiska utmaningar – idag kan frågorna ofta handla om huruvida man *har* en sjukdom eller om sjukdomen är en grundläggande del av ens identitet – alltså hur stor del av ens jag som sjukdomen kan förmodas vara en del av. I detta kapitel har jag vänt mig emot tanken om att förhållningssättet till psykiatriska sjukdomar och diagnoser antingen skall förstås i termer av determinism eller ett personligt ansvar. Genom att se dessa diagnoser i termer av en skala, så har jag velat argumentera för en dubbelblick, där man kan vara ansvarig samtidigt som man erkänner en sjukdoms biologiska dimensioner. Hur starkt det personliga ansvaret kan komma in i en situation beror på vilken eller vilka diagnoser någon har.

Denna dubbla blick är ändå en utmaning i den kultur jag också har velat beskriva – där medvetenheten om diagnoserna har ökat

på gott och på ont. Jag vänder mig ändå emot det sätt som gränsen mellan medicinska problem och livsproblem ofta dras inom speciellt den socialkonstruktivistiska litteraturen. Till exempel Allan Horwitz vill göra en skillnad mellan giltiga mentala störningar och de beteenden som kan sägas vara förväntade sorger, nedstämdheter eller andra avvikande beteenden som kan uppkomma som en naturlig reaktion på sådana omständigheter som hör till livet. I kapitlet har jag visat att det är genom att se hur vi faktisk talar om sjukdomar, som det står klart hur svårt det är att försöka dra en klar och objektiv gräns. Till exempel tenderar vi ofta att ha en vardagsförståelse för den som blir deprimerad i olika grader, oberoende av hur personens depression har uppkommit – av en skilsmässa eller av motgångar i studier eller karriär.

Den kultur i vilken dessa diskussioner föds, såväl i vardagen som inom forskningen, är inte värderingsfri – vårt sätt att tala om mental hälsa är förknippad med idéer om att orka, att vara stark och sund. En bild av exempelvis bondesamhället där man orkade bära sina livsproblem kan vara problematisk – vi vet också genom den psykiatrichistoriska forskningen att människor under 1800-talet har brottats med en hel del mentala problem och andra beteendevikelser i familjerna. Problemen gömdes undan och fördes till den ännu oetablerade psykiatrin, när man kom till ett sådant skede att man inte längre kunde hantera dem i vardagen.

Jag vill ändå betona att den dubbla blicken på mentala sjukdomar inte medför att alla livsproblem skall förstås som sjukdomar. I kapitlet har jag velat visa på ett alternativ, att man inte är tvungen att förstå medikaliseringen som ett intrång i vad man kan kalla för människans moraliska sfär. Man kan se på medikalisering som ett sätt att ta tag i vissa slags problem; den kan ge människan ett alternativ eller en annan ingång, i sina försök att ta ansvar för sitt liv och att kunna hantera det bättre. Genom min läkarintervju och Rush Rhees som har betonat att det är för att man förstår en människas situation som den hjälp som följer också blir medkännande, vill jag lyfta fram förståelsen av patienten som en grundläggande del av verksamheten, snarare än ett vetenskapligt fastslående av biologiska faktum.

## DEL 2: Diagnosens roll inom medicinen, samhället och för individen

*Nya och sofistikerade vetenskapligt utvecklade teknologier utforskar visserligen såväl smått som stort, och utökar ständigt våra kunskaper, men det vetenskapliga perspektivet förblir ändå endast ett av många olika perspektiv eller sätt att se, och har sålunda inte någon ensamrätt på att avgöra vad som kan uppfattas som förnuftigt och meningsfullt...*

Göran Torkulla, ur *Stiglöshet*

### 3 Det biologiska sjukdomsbegreppet

#### Inledning

Varför diagnostiserar man så frekvent i dagens samhälle och hur skall man förstå det? Skapas sjukdomarna av kulturen och om det är så, hur skall man då förhålla sig till andra kulturers och tiders sjukdomar och läkekonst?

Det förefaller finnas en stor skillnad mellan dagens sätt att beskriva en sjukdoms orsaker och hur man gjorde det under antiken. Utgångspunkterna för Aristoteles, en tänkare vars inflytande för europeisk filosofi, idé- och kulturhistoria varit enorm, var att "människans kropp [är] uppbyggd av de fyra elementen, eld, jord, vatten och luft, vilka i sin tur bestäms av de fyra grundegenskaperna varm, kall, våt och torr".<sup>137</sup> Kulturhistorikern Constance Classen skriver att idén om sjukdom som obalans i kroppsvätskorna fortfarande på medeltiden var en rådande orsaksförklaring till sjukdom, och att smärta ofta uppfattades vara en följd av att människan syndat mot Gud.<sup>138</sup> Då man ser tillbaka över medicinens historia så förefaller dagens medikaliserade värld eventuellt vid första anblicken, vara väsensskild

---

<sup>137</sup> R. Ambjörnsson: *Människors undran* (Stockholm: Natur och Kultur, 1998), s. 229.

<sup>138</sup> C. Classen: *The deepest sense. A Cultural History of Touch* (Urbana, Chicago and Springfield: University of Illinois Press, 2012), s. 48.

från praktiker som åderlåtning, mätning av puls, olika former av huskurer och vidskepelse. Psykiatrins historia är fortfarande objekt för diskussion, inte minst med tanke på frågor om de makt- och vårdmetoder som har utsatt patienter för smärta, lidande och tvång. Utan att vilja förneka att maktmissbruk har förekommit i dessa institutioner så vill jag ändå i den här delen argumentera för att mitt sjukdomsbegrepp är fruktbart för att förstå att dessa olika praktiker har någonting gemensamt.

Under medeltiden tänkte man fortfarande på sjukdom i termer av elementläran, värme och kyla. Genom en religiös- och samhällelig lins blir bilden ännu klarare. Classen talar om att mannens lidande förstods genom hans slit, kvinnans genom barnafödandet.<sup>139</sup> Kvinnans roll var underordnad mannen, men hon var verksam, som bland annat *helterska*. I litteraturen talas det ofta om den kliniska blicken eller läkarens blick som *manlig*, och det är därför intressant att se att den kvinnliga beröringen och hennes kunskap i huskurer och recept inte bara kom de arbetande klasserna till gagn, utan gällde hela samhället. Kvinnor var dock inte tillåtna att studera på universitet och uteslöts därför från läkaryrket. Under 1700-talet specialiserades den medicinska verksamheten och kunskap inom dess delområden blev allt mer betydelsefullt, något som ännu mera än tidigare stängde ut kvinnor från medicinen.<sup>140</sup> Att göra enklare uppgifter som sköterskor var ändå möjligt för dem.

Kroppsvätskorna blod, gul- och svart galla och slem hängde samman med elementläran och människan var således bunden till naturen. Enligt Classen spelade religiösa relikter också en betydande roll i den medeltida världen. En relik från ett kvinnligt helgon uppfattades ge en trygg förlossning.<sup>141</sup> Förstadiet till Michel Foucaults mentala institutioner var spetälskehospitalen, men inställningen till spetälskan varierade, skriver Classen. Det var vanligt att de spetälskesjuka tvingades bära särskilda kostymer eller en klocka som skulle varna människorna för att komma i kontakt med sjukdomen och de sjuka försköts från sociala gemenskaper som att äta, bada och sitta tillsammans. Från och med 1100-talet isolerades de. Å andra sidan var det ett tecken på kristligt medlidande att visa medkänsla med de spetälskesjuka, att kyssa en spetälskesjuk var ett sätt att bota, inte den sjuka, men nog ens egen sjuka själ.<sup>142</sup>

---

<sup>139</sup> Ibid., s. 37.

<sup>140</sup> Ibid., ss. 79-81.

<sup>141</sup> Ibid., s. 38.

<sup>142</sup> Ibid., ss.57-58.

Hur ska man då förstå dessa olika sätt att bemöta smärta och lidande, dessa olika inställningar till dem? Vad gäller spetälska så är det viktigt att minnas att det var fråga om en obotlig sjukdom och de stränga och osentimentala förhållningssätten handlade delvis om att inget kunde göras, det kristna medlidandet påminde ändå om att den man hade framför sig var en människa. Bruket av kristna relikier igen uttrycker vetenskapen om att många kvinnor dog i barnsäng. Dessa, liksom huskurer, ser jag inte som något som fundamentalt skiljer sig från dagens specialiserade medicin. Den senare må vara effektivare för att bota cancer än den förra, men i grunden är bägge verksamheterna olika sätt att, givet ens utgångsläge, ta ansvar för en människas tillstånd och situation. Under medeltiden och antiken gjorde man det med hjälp av det språk, de begrepp, man hade och mot bakgrund av ens världsförståelse. Idag är det, bland annat, genom en medicinsk praktik som omsorg uttrycks. Metoderna skiljer sig åt, det är klart, men det är också viktigt att se att det finns en logik i de olika, svårbegripliga, historiska eller kulturella sammanhangen där man förhåller sig till andra människors smärta eller lidande. Här vill jag ändå betona att omsorg inte är det enda förhållningssättet. Tortyr och tillfogandet av smärta var sätt att idka social kontroll under medeltiden, ett sätt att bota en sjuk samhällskropp.<sup>143</sup> Den roll smärtan får, både då den accepteras eller då den är något man är mån om att till varje pris upphäva, beror på sammanhanget. Därför är det inte enkelt att säga något entydigt om smärta. Oberoende av hur människor har handskats med sådant som smärta och lidande genom olika historiska epoker och samhällen, visar min idé att det är oundvikligt att ha en inställning, en relation till dessa företeelser. Det är naturligt att det har utvecklats olika former av vårdpraktiker eller andra sätt att manövrera kring dem, som ett uttryck för ett behov av att begreppsliiggöra och förstå vad som händer med en själv, andra och omvärlden.

Jag ämnar inte diskutera detta ytterligare, bara understryka att all smärta och allt lidande naturligtvis inte leder till samma form av medkännande handlingar. Detta fråntar, anser jag, inget av den roll jag gett min moraliska idé för att förstå vården. Detta får också fungera som ett förord till att jag nu skall diskutera samhälle och diagnos. Genom att belysa diagnosernas mening för individen, den läkare som inom medicinen möter individen och diagnosernas roller inom ett samhälle vill jag visa på hur alla dessa är internt sammanbundna. Den ena går inte till fullo att begripa utan den andra. Genom att belysa diagnosen i alla dessa

---

<sup>143</sup> Ibid., ss. 62-63.

sammanhang så skingras förhoppningsvis vissa dominerande uppfattningar om diagnoserna som har varit vanliga, bland annat att de i grunden är olika former av maktinstrument. Genom att istället rikta blicken mot de moraliska betydelseerna av diagnosen vill jag dessutom förbereda läsaren på avhandlingens final – den tredje delen där dessa idéer sammanstrålar i min diskussion om anorexi där också intervjumaterialets existentiella relevans får en betydande plats för min förståelse för dessa frågor.

### 3.1 Hur olika problem med hälsan möter sjukvården

När det gäller sjukdomsbegreppet kan man ställa frågan om det finns *ett enda sätt* att tala om sjukdom, både inom medicinen (inom klinisk praktik och inom vetenskaplig forskning) och i det vardagliga livet. Finns det ett så kallat vetenskapligt sjukdomsbegrepp som skiljer sig från det sätt på vilket vi talar om sjukdom i en vardaglig kontext. Har den medicinska vetenskapen, specialisterna ett eget sjukdomsbegrepp och hur skiljer det sig från det som vi alla andra menar med sjukdom? Måste en läkare bilda sig en teori om sjukdom för att kunna diagnostisera och behandla en patient? Man kan säga att en av de vanligaste frågeställningarna inom medicinens filosofi är frågan om man kan ställa upp en exakt och entydig definition av sjukdom, alltså en definition med vilken man kan särskilja sjukdom från alla andra svårigheter och lidanden som kan drabba människor.<sup>144</sup> Brülde och Tengland försöker i *Hälsa och sjukdom - en begreppslig utredning* att finna en väg till en slags praktisk definition på sjukdom. De vill försöka hitta ett "idealt" och objektivt sjukdomsbegrepp som ska passa in i olika kontexter.<sup>145</sup> Dessa filosofer verkar mena att det inte går att definiera termen sjukdom genom naturvetenskapliga och naturalistiska argument, med andra ord genom att man förklarar sjukdomarna som naturliga sorter. De argumenterar för att det inte finns någon sjukdomens väsen, essens eller sanna natur som går att fånga med hjälp av en definition. Det vill säga termen "sjukdom" pekar inte ut någon naturlig klass av ting, processer eller tillstånd på samma sätt som begreppen "guld" eller "vatten" gör det.<sup>146</sup> Den bärande tanken är istället:

---

<sup>144</sup> Se bl.a. U. Juul Jensens bok *Sjukdomsbegrepp i praktiken* (Köpenhamn: Esselte studium, 1983), s. 147.

<sup>145</sup> Brülde & Tengland, s. 56. Boken är ett inlägg i den fortlöpande sjukdoms- och hälsodebatten.

<sup>146</sup> *Ibid.*, s. 55.

... att de poänger som finns med att definiera sjukdomsbegreppet i första hand är normativa: En definition av termen "sjukdom" bör vara så beskaffad att den kan hjälpa oss att ta ställning i olika praktiska frågor, t.ex. frågan om vem som har rätt till vård eller sjukpenning, eller vem som ska dömas till vård snarare än fängelsestraff. Man kan dock tänka sig att det även finns teoretiska poänger med att definiera begreppet "sjukdom", t.ex. att en definition av detta begrepp ska vara teoretiskt användbart inom humanvetenskaper som medicinens antropologi eller idéhistoria.<sup>147</sup>

Brülde och Tengland menar att det går att finna ett sådant idealt och objektivt sjukdomsbegrepp som kan användas både i praktiska och i teoretiska sammanhang. De vill tala om ett vidare sjukdomsbegrepp vilket betyder att sjukdomar är tillstånd hos individen som får personen att "lida ont":

Sjukdomar är tillstånd hos individen, något slags inre eller bakomliggande orsaker som manifesterar sig i olika symptom. Sjukdomar utgör dock inte någon "naturlig sort", utan det enda som enar dem (förutom att de är av ondo) är att de är inre tillstånd av "rätt slag", vilket innebär att den omedelbara orsaken till dem finns i individens kropp eller psyke. De upprätthålls inte av något som är distinkt från personen, dvs. av någon yttre miljöfaktor.

Slutsatsen är att sjukdomar är tillstånd där individen lider ont (antingen lider, har en funktionsnedsättning, lider ökad risk att lida ont eller riskerar att dö för tidigt) och där tillståndet har sin omedelbara orsak inom individen. Vi lämnar det öppet om en rimlig sjukdomsdefinition också måste inkludera avvikande beteende eller skada för andra.<sup>148</sup>

Brülde och Tengland menar att denna definition ska gälla för både fysisk och psykisk sjukdom.<sup>149</sup> Om man tänker på Horwitz tankegångar i föregående kapitel, sökte också han efter ett allmängiltigt sjukdomsbegrepp, men inom psykiatrin. Även för Horwitz var motiven delvis praktiska: han var oroad för en överdiagnostisering av vanliga livsproblem och ville klargöra för psykiatrin vilka problem som är sanna och vetenskapligt giltiga mentala problem, till skillnad från de problem som har uppstått ur olika påfrestande livssituationer. Men ifall man föreställer sig att man kunde upptäcka ett objektivt sjukdomsbegrepp,

---

<sup>147</sup> Ibid., ss. 55-56.

<sup>148</sup> Ibid., s. 119.

<sup>149</sup> Ibid., s. 124.



skulle det här "rönet" i så fall göra det enklare för den moderna medicinen och psykiatrin att klassificera sjukdomar (diagnoser) och att sätta upp mål för vad som borde eller inte borde behandlas av sjukvården?

I vardagligt tal skulle man inte säga att en vårta på foten är en sjukdom på samma sätt som man intuitivt skulle säga att reumatism är en sjukdom. Man skulle inte säga att kortväxthet i en kombination med en sen pubertet, en vaxpropp i örat, ett ormbett eller klumpfot är sjukdomar på samma sätt som migrän, cancer, mässling eller diabetes kan klassas som sådana. Men ändå är det helt begripligt ifall vi vänder oss till sjukvården för att få hjälp, råd och behandling för alla de här problemen. Det är dessutom möjligt att få vissa medicinska ingrepp utförda som inte verkar vara betingade av hälsoskäl. Skönhetsoperationer är typiska för den här typen av ingrepp. Sjukvården erbjuder även medicinsk expertis för exempelvis förlossningar, vilka man inte direkt skulle kalla för "sjukdomar". Att den här teknologiska expertisen är behövlig, både för dem som föder "naturligt" eller med kejsarsnitt, skulle väl de flesta hålla med om, även om det även finns de som hellre vill föda hemma eller på ett sjukhus som tillämpar mer "jordnära" metoder.

Men också exempelvis kroppsliga missbildningar eller en vaxpropp i örat måste inte nödvändigtvis betraktas som bekymmer som måste behandlas medicinskt. Frågan om när en missbildning borde betraktas som ett problem som kräver läkarvård blir aktuell utifrån ett samtal om personens helhetsituation. En kroppslig defekt som sådan kan inte uppfattas som ett problem som alltid måste åtgärdas oberoende av hur individen upplever eller kan tänkas komma att uppleva sin situation. Ifall en vaxpropp inte ger sämre hörsel eller andra problem, är det förståeligt om personen inte gör en öronsköljning. I vissa typer av fenomen, som i just vårtor eller kroppsdelar som kan upplevas som bristfälliga på något sätt, finns det ingenting *i* dem själva som skulle tvinga någon att ta kontakt med sjukvården, om individen själv inte vill det. Man tänker sig ofta att sjukvårdens primära uppgift är att bota eller lindra *sjukdomar* men det finns en klar skillnad mellan vad sjukvården idag *kan* göra, vilket har att göra med de teknologiska framstegen, och vad som ibland direkt *kräver* vårdinsatser. Det här betyder att själva sjukdomsbegreppet inte ensamt kan stå som en förklaring för vad den medicinska verksamheten har för roll idag och vad som borde ses som övergripande mål för den somatiska medicinen och psykiatrin.

Filosofen Georg Henrik von Wright för i sin essä "Om behov" en diskussion om att relatera sjukdom till behovsbegreppet.<sup>150</sup> Men många önskemål och problem som man idag kan få medicinsk hjälp för är svåra att förena med föreställningen om att sjukvården primärt behandlar sådana svårigheter som på något sätt kan anses vara nödvändiga att åtgärda. Man kan ofta sätta sig in i varför någon vill göra en skönhetsoperation till exempel, men det är ändå inte begripligt att betrakta de här ingreppen som att de alltid är nödvändiga och att det därför finns ett generellt mänskligt behov av dem. Det är ju inte så att den som upplever sig själv som fysiskt oattraktiv automatiskt skulle vilja skönhetsoperera sig. Den som har någon psykiatrisk sjukdom som bipolär sjukdom vill inte nödvändigtvis ha behandling eller vård. Det är inte ens sagt att den personen ser sig själv som särskilt sjuk. Men ändå förhåller man sig ofta (anhöriga, vänner, släktingar osv.) både i vardagen och i ett inommedicinskt sammanhang till allvarliga psykiatriska sjukdomar som något som kräver intagning på sjukhus, psykoterapi eller andra vårdformer. Vad som kan betraktas som nödvändigt att göra i ett inommedicinskt sammanhang sammanfaller inte alltid med vad personen själv vill.

Vad det innebär att säga att någonting kräver behandling eller andra ingripanden i ett medicinskt sammanhang är att förhålla sig till ett visst mänskligt problem eller till en viss människa som delaktig i hennes problem på ett sätt där man inte kan ignorera det. Man kan inte hålla *människan* på avstånd genom att säga att ingenting behöver göras i medicinska termer – och samtidigt förhålla sig till henne som till en medmänniska. Vad det betyder att i en inommedicinsk kontext anse att någonting kräver ett medicinsk ingripande är att inte se sig kunna lämna en människa ensam med sina svårigheter och lidanden. Jag menar inte att läkare och andra kliniker alltid borde kunna behandla en symptombild för att man ska kunna betrakta dem som moraliska agenter. I många sjukdomsfall, till exempel i långt gångna cancerfall går det inte ens att ingripa medicinskt. Vad jag menar är att vår kulturella idé om vad det är att behandla ett symptom har sin grund i att vi känner oss *ansvariga* för varandra, alltså i att vi förhåller oss moraliskt till varandra i våra mellanmänskliga relationer. Om man tänker på vad det är som gör att man brukar tala om någon läkare som bra eller duktig, så är det just att hen tar symptomen på allvar i och med att hen går till väga på ett

---

<sup>150</sup> Se G. H. von Wright: *Om behov i Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård* Red. K. Klockars & B. Österman (Stockholm: Liber, 1995), ss. 43-59.

grundligt sätt. Läkaren vill verkligen hjälpa personen så gott hen kan, och som patient märker man detta eftersom den här läkaren inte ger upp i första taget.

Det här blir särskilt tydligt när det gäller alla former av psykoterapeutisk behandling. Vad det är att lyssna till och behandla någons psykiska problem kan inte beskrivas enbart i termer av empati eller psykoterapeutisk metod. De egenskaper som hör till psykoterapeutisk kunskap och som en terapeut "odlar" handlar bland annat om att kunna etablera en förtroendefull relation. Det är en relation där patienten kan känna sig trygg när hen ska berätta om händelser och upplevelser som kan skapa känslor av sorg, aggression eller skam. Det handlar om att skapa en relation där klienten vågar lita på att terapeuten kan och vill hjälpa hen. En terapeut måste kunna styra sina egna känslor så att de inte går ut över patienten bara för att ge ett exempel.<sup>151</sup>

Att försöka definiera sjukvårdens uppgift genom en filosofisk diskussion av termerna "sjukdom" eller "nödvändighet" verkar vara ett omöjligt projekt. För att ytterligare upptäcka hur komplicerade frågorna är, kan man reflektera över exemplen transsexualism (könsbyte) och den obstetriska diagnosen förlossningsfruktan.

### 3.2 Transsexualism och förlossningsrädsla

En transsexuell människa uppfattar sig vara född med en kropp som tillhör fel kön. Enligt psykiatern Christer Allgulander handlar transsexualismen om könstillhörighet, inte om sexualitet.<sup>152</sup> När det gäller transsexualismen blir det bekymmersamt att säga vari själva problemet består. Ska man förstå personens missnöje med sin egen kropp som ett i grunden själsligt problem, det vill säga som något som personen av någon anledning "har fått för sig" eller som att problemet är ett rent kroppsligt bekymmer? Med andra ord, har personen verkligen blivit född med fel kön eller baseras själva upplevelsen av att egentligen vilja tillhöra det motsatta könet på psykosociala orsaker? Problemet betraktas ju inte heller som en vanföreställning inom psykiatrin.

I det här fallet problematiseras själva vår uppfattning om vad som är det bekymmersamma för de här personerna. Trots svårigheterna med att karakterisera själva problemet, vill man ge

---

<sup>151</sup> Se P. Tudor-Sandahl: *Det omöjliga yrket: om psykoterapi och psykoterapeuter* (Stockholm: Wahlström & Widstrand, 2004), ss. 85-107.

<sup>152</sup> C. Allgulander: *Introduktion till klinisk psykiatri* (Lund: Studentlitteratur, 2008), s. 258. Könsidentitetsstörningarna hittas på ss. 451-459 i DSM-5.

operationer till de här individerna inom medicinen. Här kunde man även säga att ifall det är svårt att definiera själva problemet med vissa saker som sjukvården åtgärdar så hur kan man då exakt veta vad själva behovet gäller? Hur ska man tala om behov i fall som de här? Räcker det att förklara könsoperationerna med att säga att individerna *lider* av sin situation och att man därför vill och *behöver* ingripa? Men som vi har sett erbjuder sjukvården hjälp även för sådant som man inte direkt behöver lida av som till exempel av för stora födelsemärken eller vårtor. Dessutom lider man ofta av sådana problem som sjukvården inte ingriper i som av fattigdom, brist på erkännande, lindrigare relationsproblem, olika typer av förtryck med mera.

I exemplet transsexualism kan man se hur de teknologiska framstegen bidragit till att forma sjukdomsbegreppet så att det har utvidgats bort från ett inommedicinskt traditionellt tänkande om att sjukdomar per definition måste ha fysiska orsaker. Ett biologiskt sjukdomsbegrepp kan inte förklara varför man menar att transsexualismen behöver en diagnos, eftersom det inte finns någon dysfunktion i själva kroppen hos personen som skulle kräva operativa ingrepp. Operationerna sker i *friska* kroppar. Det blir inte heller lättare att förstå varför man inom psykiatrin talar om transsexualismen som ett kliniskt problem ifall man skulle tänka att den har genetiska orsaker. Det problematiska med att förstå varför ett visst beteende överhuvudtaget betraktas som ett kliniskt problem inom psykiatrin, består i att man inte utgår från neurologiska processer eller biokemiska tillstånd i hjärnan när man värderar (varken i vardagen eller i det medicinska mötet mellan patient och läkare) och bedömer vilka slags svårigheter och upplevelser som kräver en diagnos.

Då det gäller transsexualism verkar det som att själva diagnosen närmast skulle uttrycka att man genom operativa ingrepp har möjlighet att ge de här människorna *ett mer berikande och autentiskt liv*. Jag syftar på att personerna inte längre behöver uppleva obehag över de egna könsorganen och över sådana kroppsdelar som är starkt associerade till någondera kategorin man eller kvinna, så som till exempel bröst kan vara. Psykiatern Jan-Otto Ottoson påpekar är det inte är fråga om några ytliga poser eftersom självmordsförsök, penisamputation och kastration kan förekomma bland dessa individer.<sup>153</sup> Man kan säga att transsexualismen som diagnos, är byggd på en grundläggande förståelse för vilka meningsskikt i livet det är som kan ge en människa välbefinnande, lycka och glädje i ett längre perspektiv. Det finns vissa

---

<sup>153</sup> J-O. Ottoson: *Psykiatri* (Stockholm: Liber, 2004), s. 515.

områden i livet som kan ge djupa känslor av tacksamhet och leda till att man upplever att ens liv har varit meningsfullt. Sådana saker är bland annat att kunna få barn eller att kunna bilda en längre och fungerande parrelation. En diagnos uttrycker i det här sammanhanget att man vill kunna ge de transsexuella en möjlighet att förändra sina liv, en möjlighet att bli sig själva.<sup>154</sup> Att vara sig själv är ett brett begrepp men det uttrycks i olika centrala delar i en människas liv som i sexuella förbindelser, kärleksrelationer och i identitetsfrågor.

Med det här menar jag inte att psykiatrin borde behandla psykologiska problem på ett sätt där man försöker avlägsna all själslig smärta. Som jag tidigare har nämnt går det inte ens att medicinera bort den existentiella dimensionen ur en människas liv, hur många psykiatriska svårigheter hen än skulle ha. Vad jag syftar på är istället att många psykiatriska problem kan karakteriseras som att personen går omkring med ständig eller lättväckt rädsla, nervositet eller ångest – vilket kan leda till att personen börjar undvika andra människor och vissa situationer. Att exempelvis tänka dåliga tankar om en själv är inte enbart att tänka dessa tankar – det är att *plågas* av dem.

Jag skulle vilja beskriva många psykiatriska störningar som att de i första hand uttrycker ett "smärtbeteende".<sup>155</sup> Psykotiskt beteende brukar oftast förstås som det ultimata irrationella beteendet och någonting som man överhuvudtaget inte kan begripa. Men beskriver det här varför vi i vår kultur har en psykiatrisk sjukvård? Det finns väl ingenting *i* det irrationella beteendet *i sig* som kräver behandling? Det är *människan* som vi möter i ett visst livssammanhang som håller på att driva bort ifrån oss som vi bryr oss om. Människor betyder något för oss, det är inte deras biologiska tillstånd som vi reagerar på med omsorg. Att ha en välfungerande psykiatrisk sjukvård och att till exempel reagera på brister i den uttrycker det här – att vi inte vill låta människor med svårigheter och problem att försvinna från våra gemensamma liv.

Många kirurgiska ingrepp kan inte i första hand beskrivas som att man bestämt sig för att skära i en kropp – endast för att göra kroppen frisk. Man vill hjälpa människan så att hen igen ska kunna göra de saker som ger mening. På samma sätt kan man säga att man inte hjälper en person med ett benbrott enbart för benbrottets skull, utan för

---

<sup>154</sup> Att ändra transsexualism till könsinkongruens och föra bort den från de mentala sjukdomarna handlar bland annat om att försöka minska stigmatiseringen och kunna ge en mera uppmärksam vård eller hjälp åt en människa.

<sup>155</sup> Här är jag inspirerad av S. C. Hayes & S. Smith: *Sluta grubbla, börja leva* (Stockholm: Natur och Kultur, 2007) och L-G. Öst: "Specifik fobi och social fobi" i *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* Red. L-G. Öst (Stockholm: Natur och kultur, 2006), ss. 71-88.

att hjälpen spelar en roll för personen. Somatisk medicin har därför en elementär aspekt gemensam med psykiatri och den kliniska psykologin. Om man lyckats bota en depression ser vi inte i hjärnan – vi ser det på *hur* personen kommer tillbaks till sitt liv. Om hen upplever glädje i vad hen gör, om hen orkar göra saker, hur hen betraktar sig själv med mera. Det är inte hjärnor man scannar inom psykiatri när man bedömer om någon har tillfrisknat, utan man gör en bedömning om hur personen tar tag i saker i vardagen. Hittar en människa kraft att göra de saker i livet som hen tycker om?

Ibland ges medicinsk hjälp i preventiva syften vilket bland annat är kännetecknande för den obstetriska diagnosen förlossningsrädsla och för hela den obstetriska sjukvården och även för den finländska folkhälsopolitiken. I artikeln ”Förlossningsrädda kvinnor” – ett medicinskt problem?<sup>156</sup> skriver sociologen Pia Liljeroth, att man både i Sverige och i Finland i ett antal år, har diskuterat förlossningsrädslan och att forskningen har varit speciellt livlig i de här två länderna.<sup>157</sup> I Sverige har obstetrikerna diskuterat det här sedan 1980-talet och i Finland sedan 1990-talet. Men det är endast i Finland som förlossningsrädslan existerar som en obstetrisk diagnos (diagnosen 099.80).<sup>158</sup> *Begreppet* förlossningsrädsla används både i Finland och i Sverige och även om man i Sverige definierar rädslan som en medicinsk kategori, ser man ändå fenomenet inom den här ramen främst som ett psykosocialt problem som har konsekvenser för den obstetriska vården. I Finland innebär vården av förlossningsrädda att de på sjukhusets ”rädslopoliklinik” tillsammans med läkare, barnmorskor och psykologer får tala om sin rädsla och om förlossningssättens för- och nackdelar. Målet för den här typen av vård är att få kvinnan att acceptera osäkerheten och våga föda vaginalt. I Sverige finns motsvarande vård i och med så kallade ”Auroragrupper” som finns vid kvinnoklinikerna. I Sverige ger man förlossningsrädda två slags behandlingar: psykologisk behandling och obstetriska eller anestesilogiska åtgärder.<sup>159</sup>

Liljeroth skriver att problemet med diagnosen förlossningsrädsla är att obstetrikerna trots omfattande forskning inte kunnat enas i hur de ska definiera fenomenet eller hur de ska slå fast kriterierna för diagnosen. Snarare används begreppet förlossningsrädsla i

---

<sup>156</sup> P. Liljeroth: ”Förlossningsrädda kvinnor” – ett medicinskt problem?” i *Kvinnor, kropp och hälsa* Red. E. Oinas & J. Ahlbäck (Lund: Studentlitteratur, 2007), ss. 65-92.

<sup>157</sup> *Ibid.*, s. 66.

<sup>158</sup> Se <https://thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2>.

<sup>159</sup> Liljeroth, se ss. 84-85.

den obstetriska litteraturen som en paraplybeteckning på möjliga tänkbara aspekter av rädsla för graviditet, att föda barn och bli förälder. I sin studie av olika medicinska artiklar om förlossningsrädsla påpekar Liljeroth, att obstetrikerna inte ger *en* enda bild av den förlossningsrädda kvinnan utan att det finns olika typer av förlossningsrädda blivande mödrar. Anledningen till att man inom obstetrikern vill ta problemet på allvar och definiera problemet som ett kliniskt problem är att man förknippar själva rädslan med olika risker i anslutning till graviditeten, födandet och livet efter förlossningen. Enligt obstetrikern kan rädslan leda till komplikationer som bland annat akut kejsarsnitt, prematura födselar, överburenhet, amningsproblem eller depressioner.<sup>160</sup>

Intressant nog har diagnosen förlossningsrädsla blivit ett problem inom obstetrikern eftersom kejsarsnittet ökat i takt med att man definierat rädslan som ett medicinskt problem. Enligt Liljeroth framför obstetrikerna i sina texter att kvinnor nuförtiden alltmer begär kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla eller av "bekvämlighetsskäl". De här bekvämlighetsskälen kan handla om att vissa kvinnor t.ex. vill ha planerat kejsarsnitt flera veckor i förtid för att förhindra viktuppgång eller för att undvika bristningar och skador som kan uppkomma vid en förlossning. Vad som diskuterats är alltså vad som kan anses som tillräckliga medicinska skäl för kejsarsnitt eftersom det vanliga både i Finland och i Sverige har varit att det måste finnas "medicinska indikationer" för kejsarsnitt. I Finland finns inte längre problemet med att definiera vad de tillräckliga medicinska skälen är eftersom förlossningsrädslan som diagnos är tillräcklig för att en kvinna ska kunna få ett kejsarsnitt. Liljeroth skriver att finländska förlossningsläkare, trots att det framställs som negativt att kejsarsnittet ökar, ändå brukar påtala att det är bra att det finns en obstetrisk diagnos när kvinnor är rädda för att föda, eftersom det här betyder att de inte behöver använda sig av andra slags diagnoser när de ska motivera ett kejsarsnitt.<sup>161</sup>

Exemplet förlossningsrädsla eller "förlossningsfobi" visar att diagnostiska kategorier inom medicinen inte behöver vara klart definierade i meningen att man skall kunna bestämma vari själva känsloproblemet ligger. I fallet med förlossningsrädslan kan man inte ringa in vari själva rädslan består, utan snarare uttrycker diagnosen förlossningsrädsla flera mänskliga "rädslostilar" när det gäller att förhålla sig till barnafödelse och till att bli förälder. I djurfobier eller i social fobi (specifik eller mera allmän) kan man tala om att reaktionerna riktar sig

---

<sup>160</sup> Ibid., s. 73.

<sup>161</sup> Ibid., s. 84.

mot en viss situation eller ett objekt. Men ifråga om ett område som graviditet, barnafödelse och föräldraskap, som *i sig självt* innehåller ett spektrum av möjliga tänkbara rädslaspekter för en kvinna och hennes partner, kan man inte ens tala om *ett enda sätt att vara rädd på*. Att inte själva förlossningsrädslan kan definieras på ett entydigt sätt betyder inte att diagnosen inte skulle vara välgrundad eller hållbar.

Man kan här iaktta samma typ av förhållningsmönster som jag talade om att man kan urskilja i fråga om transsexualismen. När det var tal om transsexualismen lyfte jag fram diagnosen som en avspeglning av att man inom medicinen vill lindra det livslånga lidande och den meningsförlust i viktiga områden i livet som är en följd av att individerna känner sig vara fångade i fel kön. I fallet förlossningsfruktan verkar det som om diagnosen kan sägas vara en återspeglning av att man inom medicinen vill ge de förlossningsrädda kvinnorna, deras barn och partner, en möjlighet att uppleva en mindre smärtsam och riskfull förlossning och en mer harmonisk period efter förlossningen.

Man kan kanske undra vad en obstetrisk diagnos utträttar i Finland, vilken roll den har, eftersom förlossningsrädslan som fenomen också är känd och psykologisk behandling utan diagnos även ges i Sverige. Enligt Liljeroth motiveras inkluderingen av diagnosen 099.80 i den finländska versionen av ICD-10 av att *"läkarna sägs ha identifierat ett kliniskt problem som krävde en lösning."*<sup>162</sup> Liljeroth menar att den medicinska forskningen om förlossningsrädsla bekräftar att förhållandet mellan obstetrisk vetenskap och praxis är annorlunda än man trott. Det är praxisen som formar den obstetriska vetenskapen och inte tvärtom. Liljeroth påstår vidare att:

Forskningen har visat att kvinnors liv, både gällande normala kroppsfunktioner (i synnerhet gällande kvinnans reproduktiva kapacitet) och avvikande beteende, medikaliseras oftare än männens (Conrad 2005, Riska 2003). Den radikala feministiska kritiken har således sett kvinnor som offer för den patriarkala medicinen och hävdade att den biomedicinska synen på barnafödandet har lett till att reproduktionen allt mer har börjat kontrolleras av andra än kvinnorna själva (Ehrenreich & English 1978, Oakley 1980, 1984, Davies-Floyd 1992, Martin 1992).<sup>163</sup>

Liljeroth säger att man idag anser att förhållandet mellan lekmän och medicinsk expertis är mera komplext än vad den tidiga

---

<sup>162</sup> Ibid., s. 85.

<sup>163</sup> Ibid., s. 69.



medikaliseringsdebatten framställt det som. De stora förändringarna i hälso- och sjukvårdens organisering tillsammans med den (bio)medicinska kunskapsutvecklingen sedan slutet av 1990-talet har haft konsekvenser för synen på medikalisering. Man betraktar inte längre medikaliseringsprocessen som en imperialistisk handling från läkarprofessionens sida utan istället beskrivs den som en smygande och odramatisk process genom vilken mer och mer av livet definieras, kontrolleras och övervakas av ett expertsystem. Enligt Liljeroth behöver läkarprofessionen inte ens vara inblandad i processen och den beskrivs som en interaktiv process där läkarna kan göra maktanspråk. De kan också vara passiva och till och med aktivt motarbeta en medikalisering.<sup>164</sup>

Trots att Liljeroth verkar vara medveten om att man inte behöver se på medikaliseringsprocessen som att det handlar om imperialistiska maktutövanden, utgår hennes undersökning från ett ganska starkt feministiskt socialkonstruktivistiskt perspektiv. Hennes text utstrålar en klar politisk anda eftersom hon utgår från att medicinen är "patriarkal" och att kvinnan därför i och med diagnosen förlossningsrädsla blivit utsatt för medikalisering av ännu ett område av hennes reproduktiva funktioner. Trots den här synen på medicinen nyanserar hon ändå sin diskussion genom att även diskutera kvinnornas egen roll för den ökade användningen av den här diagnosen.<sup>165</sup>

Liljeroth talar om att den sociologiska forskningen bland annat pekar på att kvinnor själva har bidragit till teknologiseringen och medikaliseringen av graviditeten och förlossningsvården till exempel genom att kräva smärtlindring. Liljeroth konstaterar här en viktig sak och det är att medikaliseringen i det här fallet har erbjudit kvinnor en större kontroll över sina egna kroppar.<sup>166</sup> Betydelsen av att införa en obstetrisk diagnos visar i det här fallet hur det kan ge kvinnor en helt annan roll inom vårdetablissemangen än att beskriva dem som maktlösa offer i en patriarkal maktstruktur. Ur ett feministiskt perspektiv kan man därför inte blunda för att diagnosen förlossningsrädsla, i själva verket är ett gott exempel på en diagnos som kan framhäva en persons roll som ett subjekt med en egen vilja och med en möjlighet att ställa krav på förlossningsvården. I en kulturell kontext är den obstetriska diagnosen

---

<sup>164</sup> Ibid., s. 70.

<sup>165</sup> Ibid., s. 88. För vidare läsning se Liljeroths doktorsavhandling: *Rädsla inför förlossningen – ett uppenbart kliniskt problem? – konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori* (Åbo Akademi, 2009).

<sup>166</sup> Liljeroth (2007), s. 70.

beskrivande för hur dels en avtabuisering av själva födandet och dels kvinnors stigande medvetenhet om sig själva och sina rättigheter, har frammanat en situation där kvinnan själv erbjuds en möjlighet att reflektera över vilka risker och fördelar ett kejsarsnitt eller en vaginal förlossning kan ha för just henne.

Jag vill inte säga att det inte kan finnas exempel på sådana medicinska praktiker och diagnoser som faktiskt kan vara uttryck för patriarkala maktstrukturer inom medicinen, utan jag vill understryka att jag inte kan se att Liljeroths feministiska kritik träffar rätt just i det här exemplet. Det har antagligen existerat sådana kvinnliga beteenden och problem som har medikaliserats på orätta och patriarkala grunder genom vår historia och en feministisk kritik har säkert gjort mycket för att medvetandegöra hur och varför man medikaliserar. Men när det är frågan om graviditet, förlossning och den sköra tiden efteråt, är det svårt att förstå varför man vill ifrågasätta en medikalisering. Att helt lämna en människa med sina problem är otänkbart, medikaliseringen igen blir ett uttryck för att man tar dessa upplevelser som hänger ihop med förlossningen på allvar.

Ger jag en för oproblematiserad bild av diagnosen? Vad gäller förlossningar så finns rädslan och problemen där oavsett man ger den en diagnostisk etikett. I Sverige och Finland gör man alltså på olika sätt, det gemensamma är ändå att kvinnan inte lämnas ensam i något av länderna. Att inte vilja diagnostisera födandet kan handla om att försöka undvika diagnosens stigmatiserande sida. Oberoende av om man har diagnos eller inte är det mesta kring födandet ändå medikaliserat. Nästan ända från befruktningsögonblicket är kvinnan i de flesta fall placerad under medicinsk övervakning – allt från blodprov, ultraljudsundersökningar till samtal om vilket läget är med partnern, hemmet och ekonomin. Många kvinnor upplever förmodligen det här som en trygghet. Jag ser därför diagnosen förlossningsrädsla som en ytterligare förlängning av en livsprocess som redan länge har befunnit sig under en omfattande medikalisering. Fördelen med diagnosen förlossningsrädsla är att det kan vara svårare att ifrågasätta en kvinnas upplevelse och rädsla, diagnosen erkänner hennes upplevelse och låter henne själv välja hur hon vill föda sitt barn.

Att kvinnors problem medikaliserar mera än mäns, förmår jag inte uppfatta som ett argument *emot* en medikalisering. Om man inte ser på medikaliseringen som en process som tar ifrån en människa hennes eget ansvar för sitt liv, behöver man inte heller tänka på medikalisering i termer av att det skulle handla om ett intrång i en

persons moraliska sfär, frågor kring livsproblem eller i kroppens naturliga sätt att fungera. Tänker man å andra sidan på män, kan man fråga sig varför det skulle vara så mycket bättre att man inte medikaliserar också deras upplevelser och bekymmer. Till exempel så påpekar psykologen Monika Ålgars i sin doktorsavhandling *Shapes and Sizes: Body Image, Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Relation to Gender and Gender Identity*, att man inom den psykologiska forskningen om ätstörningar inte har gjort så mycket empiriska studier på hur män uppfattar sina kroppar, eftersom man har varit så fokuserad på kvinnor. Därför vet man och förstår mindre om hur män upplever sina kroppar.<sup>167</sup> Det är som om man i vardagen kan tro att män inte kan ha problem med skönhetsideal och att de därför mera sällan upplever sina kroppar som otillräckliga, på samma sätt som kvinnor. Att man låter män "komma undan" genom att låta bli att medikalisera, behöver inte leda till något gott i längden. Det kan leda till att män kan kämpa med ganska motsvarande psykologiska problem som också kvinnor kan och som kan leda till olika typer av ätstörningar med mera.

Jag har i de här avsnitten försökt visa att vårt konkreta vardagsliv kännetecknas av att vi ofta stöter på en mångfald av företeelser som man ibland kan välja att söka medicinsk hjälp för eller att avstå från att söka den, och av sådana bekymmer som ofta rent av kan fordra akut vård. Ibland kan man till och med ställa krav på sjukvården genom att komma med egna önskningar och fordringar. Det är den här mångfalden av sjukdomsfenomen, alltså vardagligt "sjukdomsliv" och hur det här livet möter sjukvården och medicinen som fått nutida sjukdomsteoretiker att börja reflektera över hur man ska dra en tydlig gräns mellan det sjukliga och det friska, det patologiska och det normala.

Å ena sidan är det oundvikligt att man har någon form av definition, som just den allmänna definitionen på en mental störning i DSM-manualerna, som jag tidigare har diskuterat. Eller listan på olika symptom, som varje diagnos består av. Det här är också en slags definition. Psykiatriker behöver ha vissa regler att gå efter när de ska ställa diagnoser. Det är också möjligt att utveckla och förbättra den allmänna definitionen på en mental störning i DSM, precis som man också kan förändra vilka kriterier som en enskild diagnos ska bestå av. Man kan alltså utveckla sjukdomsdefinitioner som kan vara till hjälp i olika diagnostiska situationer. Men strävan efter att klarlägga själva

---

<sup>167</sup> M. Ålgars: *Shapes and Sizes: Body Image, Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Relation to Gender and Gender Identity* (Åbo: Åbo Akademi, 2012), ss. 19-20.

begreppet sjukdom genom en objektiv och exakt definition har ändå en gräns.

Det är till exempel inte möjligt att arbeta fram en oföränderlig, objektiv definition som skall gälla inom psykiatrin och som fångar upp den variation av beteenden som en människa kan ha i olika omständigheter. Viljan att nå en objektiv definition, som hos till exempel Horwitz och Wakefield, som skall göra det möjligt att skilja sjukdom från annat beteende är begriplig. Horwitz definition på en mental störning var ju, om vi återkallar det i minnet, att de är socialt olämpliga psykologiska dysfunktioner, vilka antingen har uppstått oberoende av sociala faktorer eller om de kvarstår med oproportionerlig kraft och blir kvar efter att de sociala händelserna har försvunnit.

Men hur beaktar man den oändliga variationen av beteenden och reaktioner hos en människa? En som har fallenhet för depression kan bli deprimerad av vardagliga små motgångar, som att inte ha råd att köpa kakel. Den psykiskt sjuka reagerar ofta sjukligt på världen, men gör det inte varje gång eller enligt vissa mönster. Ibland kan depression härledas till biologi, ibland är det en reaktion på omständigheter i kombination med biologiska dispositioner. Just oberäkneligheten i vissa sjukdomar gör dem dessutom svårbeskrivbara, också om de av sjukdomsteoretiker utarbetade definitionerna pekar åt rätt håll och exaktare kan fånga upp olika slags kunskap om beteendemönster som förekommer allmänt. Om man ser på ätstörningsdiagnoser så märker man snabbt att de som finns ofta går in i varandra. Personer kan ha drag av de olika diagnoserna eller visa upp ett beteende som i brist på bättre begrepp beskrivs som "obestämbart". Det stora problemet är ändå att kunna peka på vad i ett beteende som har biologiska orsaker och vad som orsakas av sociala eller andra sammanhang. Eller ta skillnaden mellan sjukdomsupplevelsen och orsakerna. En depression kan ha orsakats eller utlösts av en yttre händelse, som av arbetslöshet till exempel. Men när personen får ett nytt jobb, kan det hända att hen ännu är deprimerad. De känslor som arbetslösheten orsakade: känslor av otillräcklighet, bristande självförtroende, tomhet och så vidare, förblir trots allt en konstituerande del av vad depressionen betyder för personen och en del av hans livssituation. Det praktiska problemet för den drabbade blir inte vad sjukdomen ifrågasätts orsakades av utan vad man skall göra när de känslor som konstituerar sjukdomen förblir kvar som en plågsam och handikappande del av livssammanhanget.

När anhöriga och vården står inför en situation, där man inte kan göra någonting annat än att medicinera, är det ganska troligt att man också går den vägen. Om man tänker på Elins historia, låg tragiken just i att kliniker och hennes mamma nog försökte göra någonting: man försökte vårda men det var inte tillräckligt. Oavsett förhållandena kring Elins insjuknande, kan man i hennes situation se det etiska kravet på att hjälpa och lindra – och det är då som medicinerna kommer med i bilden som en nästan oundviklig del. Vad skulle alltså psykiatriker ens kunna göra med en exakt definition som skulle svara mot vetenskapliga krav på klarhet och objektivitet, när vardagen för in människor som de anhöriga inte kan hjälpa på några andra sätt? När man hör om Elins svåra kamp mot anorexin, förstår man hur mycket hon led. Det är *förståelsen av hur hjälplöst hon led och hur svårbemästrad hela situationen var*, inte vilka faktorer som kan ha orsakat det inom henne, som förklarar hur vi känner medlidande och hur vi söker efter metoder att hjälpa – med mediciner och andra medicinska åtgärder.

I dessa två avsnitt har jag velat visa att det inte är möjligt att enbart genom en begreppslig utredning av själva sjukdomsbegreppet (detsamma kan sägas om hälsobegreppet) forma en normativ uppfattning av hur sjukvården i sin helhet borde bedrivas. Man kan säga att alla de bekymmer, önskingar och fordringar som vi för till vår sjukvård och som utgör grunden för den här praxisen idag, bidrar till att sjukdomsbegreppet ensamt inte kan stå för en definition av hur sjukvården borde utvecklas och vilka mål den borde ha. En fråga som ofta brukar sammanblandas med gränsdragningsfrågor är vad allt som sjukvården *borde* behandla och kureras. Frågan om vad som kännetecknar det sjukliga och det friska har en begreppslig dimension, medan frågan om hur sjukvården ska organiseras figurerar på en politisk nivå. Det handlar om att fatta beslut kring vilka slags fenomen som inte direkt kan kallas för sjukdomar, men som också kan kräva ingripanden från vårdens sida, och vilka resurser man ger till allt sådant.

Man kan även säga att problemet med att utarbeta en allmängiltig sjukdomsteori (och hälsoteori) ligger i att man därmed *fixerar* vår sjukdomskultur så att vår sjukdomsförståelse inte har en möjlighet att utvecklas, förändras och fördjupas. Den diskussion som vi för inom ramarna för vår egen kultur om sjukdom skulle tystna eller få en annan form. Man skulle inte mera känna igen sig i sin egen kultur. En sådan sjukdomsdefinition skulle även kunna begränsa de möjligheter som teknologiseringen av sjukvården bidragit till. Med psykiatrin som exempel och med Elins sjukdomsfall i tankarna, kan man förstå hur man

ibland kan stå inför ett läge där ingenting annat kan göras, förutom att medicinera. Trots alla försök till generella, objektiva och vetenskapligt klara sjukdomsdefinitioner, kan man ibland stå inför situationer där ingen definition är en lösning på ett hjälplöst psykiatriskt lidande.

### 3.3 Den medicinska modellen för sjukdom

Jag kommer att fortsätta kapitlet med att rikta uppmärksamheten mot själva sjukdomsteorierna och mot den (bio)medicinska modellen för sjukdom. Den moderna vetenskapliga sjukdoms- och hälsolitteraturen består vid det här laget av en komplex väv av olika teorier om hur våra sjukdoms- och hälsobegrepp ska definieras. Eftersom litteraturen är så omfattande kommer jag enbart att ge en överblick över de sjukdomsteorier som är relevanta för de ämnen jag diskuterar.

En del skribenter talar om att det i huvudsak finns två tankeströmningar gällande de här begreppen. Exempelvis medicinfilosofen Lennart Nordenfelt säger att företrädare för den ena riktningen brukar kallas naturalister och att anhängare av den andra kallas normativister. Naturalisterna har en naturvetenskaplig förankring och anser att hälsobegreppet samt alla de andra sjukdomsbegreppen, även skada och defekt, kan definieras i vetenskapliga termer, främst i biologiska men även i psykologiska och statistiska. Normativisterna förnekar den här reduktionen eftersom de menar att alla sjukdoms- och hälsobegrepp innehåller ett normativt element. I den mest renodlade formen av normativism definieras hälsa rätt och slätt som ett *gott* kropps- och själstillstånd, skriver Nordenfelt.<sup>168</sup>

Ett litet annat sätt att karakterisera sjukdomsdebatten är att som Brülde och Tengland dela in sjukdomsteorierna i tre olika huvudkategorier. Dels har vi de teorier som utgår från att vetenskapen kan ge oss en definition på vad sjukdom är. De här teorierna tar sin utgångspunkt i biologin och uppfattar sig vara beskrivande, objektiva och värdeneutrala. Den här riktningen brukar man kalla den medicinska modellen eller apparatfelsmodellen för sjukdom och den har blivit kritiserad för att vara reduktionistisk, eftersom den inte fokuserar på personen som helhet utan på personens organ- eller delfunktioner. Enligt Brülde och Tengland har psykiatern och medicinfilosofen Lawrie Reznek kallat den här biologiska grundsynen för den medicinska modellens "begreppsliga tes".<sup>169</sup> I den andra ändan av spektret förnekar man att

---

<sup>168</sup> L. Nordenfelt: "Om hälsa och naturliga funktioner." *Filosofisk Tidskrift* 4 (2001), s. 35.

<sup>169</sup> Se Brülde & Tengland, s. 63.

vetenskapen kan ge oss en definition på vad sjukdom är och utgår ifrån att sjukdomar är tillstånd som har bedömts som icke önskvärda ur individens eller samhällets synvinkel. Enligt det här perspektivet finns det ingenting som förenar fysiska eller psykiska sjukdomstillstånd utom att de på något sätt bedöms vara av ondo eftersom de orsakar lidande, funktionsnedsättning eller död. Brülde och Tengland skriver att den senare typen av teori är ovanlig i sin renodlade form.<sup>170</sup> Men det finns även ett antal teorier mellan de här två ytterligheterna som försöker förena de här positionerna. De här teorierna kräver att det i definitionen av "sjukdom" måste finnas både en "deskriptiv" komponent, till exempel en dysfunktion på organnivå, men också en värderande komponent – det vill säga att tillståndet på något sätt bedöms som dåligt för individen: exempelvis som ett lidande av något slag.<sup>171</sup>

Det är ingen överdrift att säga att den filosofiska hälso- och sjukdomslitteraturen är svår att överblicka och inte blir det heller enklare när man tittar närmare på den biomedicinska modellen eller den så kallade apparatfelsmodellen för sjukdom. Den här modellen säger att individen är sjuk om hon har en fysisk eller psykisk dysfunktion men det är inte helt klart hur man ska förstå den här teorin. Enligt Brülde och Tengland beror den exakta förståelsen på vad man anser att en dysfunktion *är*, till exempel om man menar att det är en biostatistisk avvikelse eller en reducerad naturlig funktion.

Den äldsta versionen av apparatfelsmodellen går ut på att sjukdom är en anatomisk skada i organismen. I slutet av 1800-talet hade den medicinska vetenskapen (patologisk anatomi och histologi) avancerat så pass mycket att man kunde bevisa att många sjukdomar åtföljdes av anatomiska eller strukturella skador inom individen, både på en övergripande och på en mikroskopisk nivå. Här tänker man sig alltså att sjukdom konstitueras av en fysisk skada i anatomisk eller strukturell bemärkelse. Men det finns även en modernare tanke som framför att sjuklighet konstitueras av dysfunktion på delfunktionsnivå. Den här tanken kan man precisera på åtminstone tre olika sätt helt beroende på vad man menar med "dysfunktion". För det första kan man utgå från att en dysfunktion är det samma som en statistisk abnormalitet, för det andra att en dysfunktion är någonting som ger upphov till biologisk nackdel och för det tredje att en dysfunktion är detsamma som en störning av en naturlig funktion.<sup>172</sup>

---

<sup>170</sup> Ibid., s. 63.

<sup>171</sup> Ibid., ss. 63-64.

<sup>172</sup> Ibid., ss. 67-69.

Som vi redan har sett ledde framstegen i den anatomiska kunskapen till att sjukdomar uppfattades som anatomiska skador. Som Brülde och Tengland beskriver det, ökade kunskapen inom patologi, fysiologi och biokemi i början av 1900-talet. I och med den här utvecklingen började man alltmer att identifiera sjukdom med inre fysiologiska förändringar (abnormala processer). Det "biologiska" sjukdomsbegreppet kom därför att inbegripa både strukturell skada samt fysiologiska och biokemiska abnormaliteter. Att betrakta sjukdom som statistisk avvikelse bygger på tanken att en dysfunktion är detsamma som en statistisk avvikelse ifrån det normala i något organ eller någon organfunktion. Här ser man på det sjuka som en mätbar avvikelse på organ- eller delfunktionsnivå och man tänker att man med statistiska metoder kan avgöra vilka tillstånd som är sjukliga. Det här gäller både anatomiska eller strukturella skador och biokemiska eller fysiologiska förändringar eller störningar.<sup>173</sup>

På 1960-talet utformade läkaren John Guyett Scadding (1967) en idé om att man måste komplettera det statistiska betraktelsesättet med ett evolutionärt kriterium som betyder att sjukdom utgör eller orsakar *biologisk nackdel*. Men Scadding preciserade inte vad man skulle förstå med att ett tillstånd är eller leder till biologisk nackdel och det blev istället flera andra, bl.a. Kendell och Boorse som gjorde det. De här teorierna påstår att biologisk nackdel innebär minskad överlevnads- och reproduktionsförmåga. Det man utgår ifrån i det här tänkandet är evolutionsteorin och Brülde och Tengland beskriver den här teorin så här:

Den innebär att människan, liksom alla andra organismer, genom årtusenden formats i samspel med den miljö hon levtt i. Grundantaganden för denna teori i modern tappning är att det sker dels en genetisk variation vid reproduktionen, vilket betyder att individer av samma art skiljer sig åt, och dels en selektion, då några av dessa individer begåvats med särdrag som visar sig vara gynnsamma ur överlevnads- och reproduktionshänseende givet den miljö de lever i. De gynnsamma drag som individerna burit på har på så sätt selekterats och förts vidare till nästa generation.<sup>174</sup>

Konklusionen är att människans organ och organfunktioner är evolutionärt skapade på det sätt som krävdes för den miljö i vilken hen ursprungligen uppkom. Vissa teoretiker menar att organ och

---

<sup>173</sup> Ibid., ss. 69-70.

<sup>174</sup> Ibid., s. 74.



organsystemen ännu fungerar utifrån sina ursprungliga funktioner trots att miljön har förändrats. Det är utifrån den här idén som man försöker skilja på det sjuka och det friska hos dagens människor.<sup>175</sup>

När man alltså kombinerar de två villkoren för sjukdom – en biostatistisk avvikelse och biologisk nackdel – tänker man sig att sjukdom ska förstås som en statistisk abnormalitet i någon funktion som är typisk för arten vilken reducerar individens överlevnads- och reproduktionsförmåga. Det här kallas för den biostatistiska teorin om sjukdom.<sup>176</sup> Den mest omtalade och kritiserade medicinteoretikern som förespråkar den här sjukdomsteorin är Christopher Boorse.<sup>177</sup> Den vanligaste synen som ideligen speglas i den filosofiska litteraturen är att den biostatistiska teorin enligt Boorse fångar mycket av hur man tänker på sjukdom inom medicinen.<sup>178</sup> Man kan tillägga att enligt den biostatistiska modellen definieras hälsa som frånvaro av sjukdom och sjukdom som avvikelse från det statistiskt normala. Världshälsoorganisationen definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt eller socialt välmående, inte bara frånvaro av sjukdom och åkommor.<sup>179</sup>

Vidare har även Jerome Wakefield introducerat en annan idé om vad en dysfunktion innebär. Den här tanken har han utvecklat i och med att han försökt att formulera en teori om vad en "störning" ("disorder") är.<sup>180</sup> Också Wakefield tar sin utgångspunkt i evolutionstanken och för honom innebär en dysfunktion i ett organ (eller organsystem) att organet inte kan uppfylla den eller de *naturliga funktioner* som det av evolutionen är "skapat" att uppfylla. Han menar även att "funktion" inte ska tolkas för snävt, till exempel som organfunktion. Wakefield refererar till "interna mekanismer" och med det här menar han både fysiska och mentala funktioner (och dispositioner). Även motivationella, lingvistiska, kognitiva, affektiva och perceptuella mekanismer utgör alltså naturliga funktioner. För Wakefield är ett organs (eller en kroppslig eller mental mekanisms) naturliga

---

<sup>175</sup> Ibid., ss. 74-75.

<sup>176</sup> Ibid., s. 77.

<sup>177</sup> Se t.ex. I. Pörn: "Vad är hälsa?" i *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård* Red. K. Klockars och B. Österman (Stockholm: Liber, 1995), s. 22.

<sup>178</sup> Se L. Nordenfelt: *Health, Science, and Ordinary Language* (Amsterdam: New York, 2001), eller boken *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Red. K. Klockars & B. Österman (Stockholm: Liber, 1995) s. 10.

<sup>179</sup> Se WHO:s definition på hälsa: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>.

<sup>180</sup> Jag tar upp Wakefields definition på en mental störning i kapitel 2.

funktion en effekt av organet (eller mekanismen) som finns med när man ska förklara organets existens, mekanism, struktur eller aktivitet. Till exempel är hjärtats naturliga funktion att pumpa blod runt i kroppen. Och förklaringen till att hjärtat finns är att det har den här funktionen och därför bidrar till att individen överlever. Men för att någonting ska kunna kallas för en störning kräver Wakefield förutom en dysfunktion i meningen minskad naturlig funktion, även att det ska vara skadligt för en individ.<sup>181</sup>

Det är också viktigt att lägga märke till, som även Brülde och Tengland gör, att de flesta dysfunktionsteoretiker anser att deras teorier även kan appliceras på psykiska tillstånd. Ibland har till och med poängen varit att konstruera en begreppslogisk teori som skulle visa att det finns psykiska sjukdomar i lika hög grad som fysiska. När det gäller just psykisk sjukdom finns det två olika sätt att diskutera sjukligheten i dysfunktionstermer på, dels en somatisk variant och dels en "funktionell variant". Man framför ofta i den moderna psykiatridiskussionen att allt fler psykiska störningar har en organisk eller genetisk grund. Med det här menar man att psykiska sjukdomar är neurologiska störningar på mikronivå. Enligt Brülde och Tengland har Tommy Svensson kallat det här för den somatiska varianten av den traditionella medicinska modellen för psykisk sjukdom.<sup>182</sup> Enligt det här synsättet kan man identifiera psykisk sjukdom på mikronivå (t.ex. genetisk, neurofysiologisk, neuroanatomisk eller endokrinologisk) och psykiska problem som ångest, depression, vanföreställningar och sexuella avvikelser är då symptom som orsakas av de här inre störningarna. Som Brülde och Tengland nämner, har man ofta framhållit att specifika mentala störningar orsakas av eller åtminstone är korrelerade med, en onormal förändring eller process i hjärnan. Ett exempel är när man hävdar att depression är orsakad av avvikande nivåer av 5-hydroxytryptamin, noradrenalin eller dopamin. Eller när man har diskuterat om schizofreni är korrelerat med cerebellär förtvining, förtjockning av corpus callosum, ökad elektrisk aktivitet i hjärnan eller reducerat blodflöde i frontalloberna.

Om man alltså tänker enligt den somatiska dysfunktionsteorin måste så skilda störningar som bipolär sjukdom, olika ångestsyndrom, schizofreni och personlighetsstörningar, alla ha inre identifierbara somatiska mikroorsaker för att kunna kallas sjukdomar. Störningarna på beteendenivån betraktas då som symptom på de

---

<sup>181</sup> Brülde & Tengland, ss. 78-79.

<sup>182</sup> Ibid., se s. 82.

underliggande patologiska tillstånden och är inte i sig tillräckliga för att något ska vara ett sjukligt tillstånd. Ifall den här idén skulle stämma så kunde man enligt Brülde och Tengland hävda att det vi kallar psykisk sjukdom i själva verket är somatiska sjukdomar. Med andra ord, om man upptäcker en neuroanatomisk skada som man kan förklara de typiska psykiska symptomen med, brukar man, som Brülde och Tengland också framhåller, uppfatta sjukdomen som somatisk snarare än psykisk.<sup>183</sup>

Slutligen handlar den andra dysfunktionsteorin om att psykiska sjukdomar är genuint psykiska eller mentala dysfunktioner, vilket betyder att den eventuella underliggande biokemiska processen eller den anatomiska patologin inte är relevant definitionsmässigt. Det finns två olika sätt att beskriva mentala dysfunktioner på. I det ena sättet utgår man från att våra perceptioner, kognitioner, emotioner och motivationella tillstånd kan vara avvikande eller störda. Till exempel så nämner Brülde och Tengland att både Boorse och Wakefield, har menat att våra perceptioner, kognitioner, motivationer, emotioner och språkförmåga kan drabbas av störningar.<sup>184</sup> I den andra varianten ser man psykiska störningar som bakomliggande psykopatologiska tillstånd som orsakar rubbningar till exempel i minne, kognition, emotion eller beteenden. Ett exempel på det här är Freuds teori.<sup>185</sup>

För att summera kan man alltså säga att det i huvudsak är två typer av förslag på nödvändiga villkor för sjukdom som har reflekterats i litteraturen. Det handlar dels om ett biologiskt eller psykologiskt kriterium där man tänker sig att sjukdom konstitueras i en fysiologisk/biologisk förändring i kroppen (eller i hjärnan) eller i en dysfunktion i psyket, och dels handlar det om tillstånd som bedöms vara av ondo för individen och som är utplockat på värdegrunder. De här två huvudkriterierna har var för sig utpekats som tillräckliga för ett sjukdomstillstånd, men ofta förekommer de tillsammans. Olika teoretiker formulerar de här kriterierna på skilda sätt men det vanliga är att man tänker sig att sjukdom handlar om en bakomliggande patologi (på mikro- eller organnivå) som manifesterar sig i olika symptom som är skadliga för individen. Wakefields kriterium "skadlig dysfunktion" är ett uttryck för det här sättet att tänka på sjukdom. Att någonting är "skadligt" betyder att ett tillstånd bedöms vara dåligt eller icke önskvärt för en individ och

---

<sup>183</sup> Ibid., ss. 81-82.

<sup>184</sup> Ibid., se s. 83.

<sup>185</sup> Ibid., ss. 83-84.

dysfunktionsbegreppet försöker skilja ut de delfunktioner som är nedsatta från de välfungerande.<sup>186</sup>

De biomedicinska teorierna har kritiserats grundligt av många medicinfilosofer och teoretiker, speciellt av dem som förespråkar ett holistiskt sätt att se på sjukdom och hälsa, och framförallt Boorses biostatistiska teori har blivit ifrågasatt genom tiderna.<sup>187</sup> Eftersom mitt syfte med avhandlingen är att fokusera på själva diagnostiseringens karaktär och på diagnosens kontextuella roller, och eftersom uttömmande kritiska resonemang har förts förut, vill jag här endast kort ta upp bristerna med den biostatistiska modellen för sjukdom. När man vill försöka definiera sjukdom som en statistisk avvikelse från det normala i något organ eller någon organfunktion, kan man säga att det inte finns någonting i själva definitionen som skulle förklara varför och hur vi skiljer mellan det sjuka och det friska i en vardaglig kontext. Det är inte genom statistiska metoder som vi har kommit fram till att anorexi, depression eller diabetes är sjukdomar. *Begreppet* avvikelse behöver en samhällelig, kulturell och mellanmänsklig kontext för att få mening för oss.

Den statistiska teorin har dessutom flera andra problematiska drag. Den statistiska idén om normalvärden är bekymmersam eftersom det inte finns ett sådant värde då man beaktar hur människan ständigt är aktiv på olika sätt. Dels är en person ständigt sysselsatt med olika aktiviteter som inverkar på kroppens funktioner och dels kan hen röra sig i olika miljöer som t.ex. i kallt eller varmt klimat. Enligt den statistiska synen borde man alltså fastställa normalvärden för olika aktiviteter och miljöer. En betydelsefull invändning är att teorin inte skiljer mellan positiv, neutral och negativ avvikelse. Om man till exempel mäter någon organfunktion kommer det i normalfördelningskurvan att finnas ett mindre antal individer som är avvikande i båda ändarna av kurvan. Här är problemet att personen i den ena ändan av kurvan ofta kan vara sjuk medan personen i andra ändan är frisk. Egenskaper som

---

<sup>186</sup> Ibid., ss. 63-64.

<sup>187</sup> En kort genomgång av de biomedicinska teoriernas fördelar och nackdelar ger boken *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning* och en klar beskrivning av Boorses biostatistiska teori hittar man i Svenaeus doktorsavhandling *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*. L. Nordenfelts *Health, Science, and Ordinary Language* (Amsterdam: New York, 2001) ger en noggrann beskrivning och kritik av Boorses teori. Även Emma Wester har i sin pro gradu avhandling i filosofi med titeln *Sjukdom och hälsa som medicinska begrepp – En filosofisk analys av hälsobegreppens betydelse inom medicin och patientens roll för förståelsen av begreppen* (Åbo Akademi, 2007), klagörande beskrivit och kritiserat Boorses biostatistiska teori.

hög intelligens eller låg vilopuls kan därför enligt det statistiska kriteriet betraktas som sjukdomar. När man diskuterar problemen med den statistiska teorin i sjukdomslitteraturen brukar Björn Borg ibland komma på tal, eftersom han lär ha haft en extremt låg vilopuls. En annan följd av den statistiska tanken är problemet med "global sjukdom", alltså att en majoritet av jordens befolkning enligt den inte kan ha en sjukdom.<sup>188</sup>

Granskar man å andra sidan teorin om biologisk nackdel märker man att det är oklart vad en minskad överlevnads- och reproduktionsförmåga innebär. Är det här till exempel en förmåga man bär med sig och som man kan bedöma om man ägt först i livets slutskede? Ifall man utgår från att det här är en "förmåga" som kan fastställas efter att en person levt sitt liv, blir frågan hur man ska definiera "överlevnad" och "reproduktion". Räcker det exempelvis med att ha uppnått en ålder på 60 år och ha producerat ett barn, eller borde man ha levat ännu längre och fått flera barn (och barnbarn) för att kunna kallas fullt frisk? Som Brülde och Tengland skriver så träffar teorin rätt när det gäller många sjukdomar som bland annat aids eller cancer, men det finns även många sjukdomar som faller utanför den här modellen som psoriasis, dövhet och vissa fobier. Vidare faller barn och gamla människor helt utanför idén om minskad reproduktionsförmåga och dessutom är det många infektionssjukdomar som inte leder till någon minskad överlevnads- eller reproduktionsförmåga överhuvudtaget. I själva verket ökar många infektionssjukdomar individens överlevnadsförmåga eftersom de försvarsreaktioner som kroppen mobiliserar bidrar till detta.<sup>189</sup>

När man förenar dessa två villkor för sjukdom ur vilka den biostatistiska teorin för sjukdom utkristalliseras, kan man konstatera att följderna av den här modellen kvarstår som besynnerliga. Om man tar hela jordens befolkning som statistisk referensgrupp innebär det här att man måste betrakta hela populationer som sjuka endast på grund av att de är statistiskt avvikande på något sätt. Det är fullt möjligt att man kunde hitta isolerade kulturgrupper som dels har någon kroppsfunction som är statistiskt avvikande och dels har en kortare medellivslängd än andra grupper eller reproducerar sig mindre. Den problematiska följden av den biostatistiska definitionen är därför att en hel befolkningsgrupp kan komma att betraktas som sjuk. Utöver det här har vi även kvar

---

<sup>188</sup> Brülde och Tenglands bok diskuterar de problematiska aspekterna med den statistiska teorin och ger just Björn Borg och problemet med "global sjukdom" som exempel, ss. 70-74.

<sup>189</sup> Se Brülde & Tengland, ss. 75-76.

problemet med att en majoritet av jordens befolkning inte kan ha en sjukdom.<sup>190</sup>

Den här diskussionen avslöjar att den biostatistiska teorin om sjukdom ger sken av att vara deskriptiv och värderingsfri medan den i själva verket innehåller ett mänskligt element. Det är inte genom statistiska metoder vi har slutit oss till att vissa symptom och beteenden kan kallas för sjukdomar, det är för att vi reagerar moraliskt och med ett ansvar på smärta och på vissa problematiska beteenden, genom att vi har en förståelse för vilka följder de kan få för någons liv. Min diskussion av transsexualismen och förlossningsrädslan visar att det inte är begripligt att säga att en läkare skulle diagnostisera utifrån en förståelse av sjukdom som ett inre patologiskt "tillstånd" av något slag, utan läkaren har en hel livsförståelse för vad vissa problem kan leda till. En läkare behöver sin biomedicinska kunskap och den kan sägas vara en del av hans dagliga arbetsroll, men den kan inte ensam stå som en förklaring för vad vi menar med våra sjukdomsord i vardagen och i medicinen. Det här betyder dock inte att jag skulle vilja avfärda ett sjukdomsbegrepp som bygger på statistik som helt irrelevant. Till exempel kan ett sådant sjukdomsbegrepp ha en användning i de kliniska sammanhang där man exempelvis försöker tillverka och förbättra olika läkemedel.

Med de här sjukdomsteorierna i bakgrunden kan vi nu stiga in i den kliniska praktiken, vilket ska bli temat för följande avsnitt.

### 3.4 Den kliniska blicken

Läkaren Anna-Karin Furhoff skriver i Svenaeus bok *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*,<sup>191</sup> att det tidigare och under en lång tid, framförallt inom läkarprofessionen, har funnits en dominerande åsikt om att de biologiska kunskaperna och de tekniska färdigheterna var de enda som behövdes, såväl inom utbildningen som inom läkarens praktiska arbete. Från 1800-talets mitt och framåt gjorde medicinen stora framsteg: vaccinationer, antibiotika och narkosens framväxt innebar nya diagnostiska och terapeutiska möjligheter som tidigare generationer knappast hade haft någon tanke om. Det är som Furhoff konstaterar inte så märkligt att idealet blev en objektiv, naturvetenskaplig professionell yrkesutövare, och att de andra mer vårdande och emotionella delarna av vårddyrket hamnade i skymundan.

---

<sup>190</sup> Ibid., ss. 77-78.

<sup>191</sup> F. Svenaeus: *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik* (Stockholm: Natur och Kultur, 2003).

Men det fanns ändå hela tiden störande moment som innebar att man inte kunde hålla ihop bilden av att den naturvetenskapliga medicinen kommer att segra över alla sjukdomar. Det fanns sådana sjukdomar som inte på ett enkelt sätt kunde inordnas i det biomedicinska konceptet. Just på grund av att man under de senaste femtio åren har börjat inse vilka de negativa konsekvenserna är med en alltför biologiskt inriktad vård, har allt fler i och utanför vården börjat reagera med att man bör lyfta fram de vårdande begreppen inom medicinen: som exempelvis vad det innebär för kontakten mellan läkare och patient att man lyssnar empatiskt på patienten. Som Furhoff säger, har man börjat betona att det inte räcker med att tillgodose patientens medicinskt-biologiska behov – man måste *se hela den sjuka människan* med alla hennes sociala, intellektuella, emotionella och andliga behov.<sup>192</sup>

Ett intressant exempel på hur man har försökt utveckla nya tankemodeller för sjukvården eftersom det ofta anses att läkare och annan sjukvårdspersonal löper en risk att förhålla sig till sina patienter som till objekt istället för att se dem som individer i en livssituation, är Svenaeus bok *Sjukdomens mening*. Om den moderna medicinska vetenskapliga utvecklingen sedan 1800-talet, som långsamt vann ökade insikter om de biologiska processernas natur, skriver Svenaeus att:

I takt med att den biologiska forskningen avancerade och visade sig ha potential för medicinsk behandling, bredde ett förhållningssätt ut sig som *identifierade* medicin och vård med biologi i en tillämpad form. Framför allt läkarna, men även företrädare för andra yrkesgrupper i den moderna hälso- och sjukvården, kom att betraktas som naturvetenskapsmän som undersökte och behandlade kroppar med hjälp av en arsenal av biologiska och tekniska hjälpmedel.<sup>193</sup>

Rötterna till den här attitydförändringen finner Svenaeus i hur den moderna medicinska vetenskapen uppstod i Paris och på andra platser kring sekelskiftet 1800. Med utgångspunkt i Foucaults bok *Klinikens födelse* beskriver Svenaeus hur den medicinska verksamheten förändras i och med att utbildningsväsendet tar form i den franska revolutionens Paris. När undervisning börjar bedrivas på sjukhusen flyttas läkarna närmare sina patienter. Man börjar göra systematiska jämförelser eftersom man kan samla och bokföra patienterna. Symptom som hostningar och utslag studeras och antecknas i journalerna – för att kunna

---

<sup>192</sup> Ibid., ss. 10-11.

<sup>193</sup> Ibid., s. 22.

användas efter att döden inträtt, när kroppen öppnas i sökandet efter de sjukliga förändringar som kan länkas till journalerna. Enligt Svenaeus är Foucaults poäng att:

... två företeelser som varit i bruk under förhållandevis lång tid – systematisk journalföring och patologisk anatomi – här möts och att detta möte utgör den moderna medicinens födelse. De symtom och tecken som patienten uppvisade när han var i livet får mening genom att kopplas till de spår som sjukdomen lämnat i hans döda kropp. En ny vetenskaplig, klinisk *blick* framträder och därigenom ett nytt sätt att förstå sjukdomens natur. Sjukdomen byter plats: från att ha varit något som har sitt säte i patientens suckar, hostningar, klåda och frossbrytningar blir den något som har sin verkliga plats i djupet av hans kropp.<sup>194</sup>

Baksidan av det biologiska förhållningssättet inom medicinen som under de senaste hundra åren producerat otaliga framsteg och resultat är enligt Svenaeus att själva mötet med den sjuka *människan*, som sedan Hippokrates dagar utgjort kärnan i den kliniska praktiken sattes åt sidan till förmån för kropps- och laboratorieundersökningar. Slutresultatet av den moderna medicinens genomslagskraft och framgång var att det inte längre var *samtalet* som styrde det medicinska mötet utan vägen till förståelsen av sjukdomen gick via röntgenbilder och provrör.<sup>195</sup> Och även om det biomedicinska förhållningssättet inte alltid behövde leda till "omänsklig" behandling av patienten så innebar den en reell risk. Om den här faran skriver Svenaeus: "När patienten inte längre först och främst är en person, utan ett stycke biologi och en diagnos, riskerar hon också att behandlas på ett okänsligt och ibland grymt sätt".<sup>196</sup>

Enligt Svenaeus uppfattning lever avarter av biologiseringen av medicinen ännu kvar i vår hälso- och sjukvård idag. Han framhäver att biologiseringen av medicinen har utsatts för häftig kritik och att man har försökt att modifiera den på olika sätt. Men dessa modifikationer har enligt Svenaeus inte haft som mål att reducera det biologiska inslaget i medicinen, utan man har velat tilldela biologin dess rätta plats, så att man inte förlorar insikten om alla andra viktiga komponenter när det gäller mötet med den sjuka människan.

Enligt Svenaeus framställning *har* det således skett en förändring av idealen inom hälso- och sjukvården under de senaste

---

<sup>194</sup> Ibid., s. 21.

<sup>195</sup> Ibid., s. 22.

<sup>196</sup> Ibid., s. 23.



femtio åren. Han säger att dessa förändringar av de inommedicinska idealen hänger ihop med att våra kulturella värderingar har förändrats i och med att vi alltmer i olika samhälleliga kontexter lyfter fram individen och hennes rättigheter. Ett exempel är när vi nuförtiden upprörs av tvångssteriliseringar och medicinska experiment med personer med utvecklingsstörning, vilket inte tidigare generationer gjorde. Svenaeus lyfter fram begrepp som "patientautonomi" och "paternalism", och menar att ordet patientautonomi har blivit ett hedersord inom vården, medan man med paternalismbegreppet pekar ut all den vård som blivit föråldrad – en vård där patienten tiger och lyder order.

Liksom Furhoff understryker även Svenaeus att man nuförtiden inom hälso- och sjukvården ofta betonar nödvändigheten av att se "hela människan" och inte bara hennes biologi. Det här behovet är en konsekvens av att vårt kulturella sjukdomspanorama har förändrats. Idag spelar bland annat kroniska sjukdomar och sjukdomar där man inte hittat några bakomliggande biologiska orsaker som till exempel fibromyalgi eller kroniskt trötthetssyndrom, en allt större roll på den kliniska arenan. Det här betyder att mötet med den sjuka kommer att kännetecknas av livsfrågor på ett helt annat sätt än då man behandlar ett bakterieangrepp.<sup>197</sup>

De tankar som menar att modern medicin lider brist på hermeneutisk tolkningskompetens, som ofta framförs som en allmän kritik både inom en vetenskaplig och också en kulturell kontext har, enligt min uppfattning, delvis sin bakgrund i tidigare samhällsvetenskaplig samt humanistisk teoribildning kring hur relationen formats mellan läkare och patient sedan den moderna medicinska vetenskapen utvecklades under 1700-talet och framåt. Man har från många skilda vetenskapsdiscipliner, till exempel medicinsk antropologi och medicinsk sociologi, forskat kring relationen mellan läkarens och patientens roller. Betydande teoretiker inom det här forskningsfältet är antropologen och psykiatern Arthur Kleinman och sociologen Talcott Parsons. Enligt Riving är det ändå sociologen Nicholas D. Jewson och Foucault som kan anses som särskilt betydelsefulla inom det här området. Båda lyfte fram hur framväxten av den kliniska medicinen på ett genomgripande sätt förändrade relationen mellan läkare och patient. De betonade att läkarvetenskapen förändrades dramatiskt i början av 1800-talet i och med att man introducerade den kliniska

---

<sup>197</sup> Ibid., ss. 23-25.

observationen. Den sjukas egen berättelse hamnade härigenom i skuggan av den kliniska granskningen.<sup>198</sup>

Trots att man kan säga att läkare och andra kliniker säkert kan dra nytta av att reflektera kring det medicinska mötet och kring den hermeneutiska processen som uppstår här, är det svårt att föreställa sig att kliniker enbart skulle betrakta hjälpsökande personer som rena fysiska objekt eller som ett "knippe biologi". Man kan fråga sig vad det i praktiken skulle innebära ifall en läkare verkligen skulle tänka på sjukdom och på den sjuka människan som att det sjuka konstitueras av en dysfunktion eller störning i hennes biologiska funktioner. Det skulle innebära att en läkare till exempel inte skulle förstå att skriva ut medicin mot smärta ifall man inte hittar några fel i röntgenbilder eller i provrör. Om alla kliniker inom sjukvården verkligen skulle handla enligt "det biomedicinska konceptet" eller agera utifrån ett biologiskt sjukdomsbegrepp skulle de i så fall förstå att försöka hjälpa personer som vill ha behandling för så skilda problem som för vårtor, kroppsliga defekter eller borttagning av födelsemärken?

Ifall den omfattande biologiseringen av medicinen verkligen skulle ha haft som följd att det inte mera finns plats för samtal inom medicinsk praktik, skulle inte den här verksamheten ens vara möjlig vare sig inom den somatiska eller psykiatriska medicinen. Vägen till en diagnos går ändå primärt genom ett samtal om och genom en kroppslig undersökning av de symptom en person känner av. Resursbrister inom sjukvården kan säkert bidra till att läkare kanske inte *har tid* att samtala så mycket som det skulle behövas. Jag vill betona att det nog kan finnas sådana läkare som *kan* ha en biologisk grundsyn på sjukdom och behandling inom den somatiska medicinen eller psykiatrin. Men jag skulle säga att många läkares problem med att tolka och förstå en sjuk människa istället för att ha att göra med en biomedicinsk inställning, kan handla om en personlig oförmåga att visa omsorg och förståelse för den som har någon form av sjukdom. Det här innebär någonting annat än att

---

<sup>198</sup> Se Riving, ss. 33-37. Se också ss. 17-40 för en kort men belysande genomgång av teoribildningar inom den psykiatrihistoriska forskningen. Enligt Riving skrevs den tidiga psykiatrihistorien av skråets egna medlemmar och på ett sätt där man betonade vetenskaplig kunskapsutveckling och ökad humanisering av sinnessjukvården. Men efter 1960-talet övertogs historieskrivningen av ämnesdiscipliner inom samhällsvetenskap och humaniora. Historieskrivningen blev nu samhällskritisk och vänsterpolitisk. Foucault är en förgrundsgestalt när det gäller det här slaget av historieskrivning. När hans bok *Vansinnets historia under den klassiska epoken* utgavs, innebar det startpunkten för en analys av psykiatrin och sinnessjukvården som maktredskap för normalisering och disciplinering.

det skulle handla om att *alla* läkare har en generell biomedicinsk attityd till vad det är att förstå, bota och behandla sjukdom och sjuka människor. Inom ramen för en individuell förståelsehorisont för vad det är att leva med kronisk smärta eller någon form av kronisk sjukdom så spelar säkert den fenomenologiska och hermeneutiska infallsvinkeln en stor roll. Eftersom det finns en reell risk med att medicinen har utvecklats mot ett naturvetenskapligt håll, kan det många gånger finnas en grund för den kritik som är vanlig inom medicinsk humaniora. Det *är* också möjligt att många läkare kan påverkas i sitt sätt att bemöta patienter. Därför ser jag ett värde i att man som Svenaeus vill försöka öka den fenomenologiska och hermeneutiska lyssnandekompetensen inom medicinen.

Vad jag vill kritisera är föreställningen om att en naturvetenskaplig grundsyn skulle ha tagit över en så stor del av det kliniska mötet, som man nu antar att det har: att läkare och andra kliniker har och agerar efter en *rent* biologisk inställning till den hjälpsökande människan. En läkares "blick" på en patient kan inte vara helt och hållet tömd på hermeneutisk och moralisk förståelse eftersom det sammanhang där själva mötet mellan en patient och en läkare äger rum, förutsätter att klinikern nog vet att hen har konfronterats med en människa som har kommit för att söka hjälp för sina symptom. För att ta ett särskilt exempel: även om en kirurg behöver sitt biomedicinska specialkunnande, kan man inte skala av läkaren den moraliska dimensionen i situationen, alltså vetenskapen om att det är en människa hen ska skära och operera i. Det man inom den humanistiska medicinen talar om som den medikaliserade eller kliniska blicken kan aldrig därför bli helt avmoraliserad, utan den kan bättre förstås som att de biomedicinska elementen som den innehåller varvas med moraliska och hermeneutiska förståelser.

Jag har sålunda infört inte en empirisk utan en *begreppslig* poäng angående idén om den kliniska blicken, så som den har presenterats genom Svenaeus. Vad jag reagerar emot och kritiserar är vad man har velat påstå att den kliniska blicken omfattar – att den kan säga någonting generellt om hur alla läkare och all kliniskt arbetande vårdpersonal förhåller sig till sina patienter. Jag vill ändå vara tydlig med att jag uppfattar avigsidorna med att dagens medicin, förutom att den innehåller moralisk insikt om vad sjukdomar betyder i det mänskliga livet, också står stadigt på en biomedicinsk grund. Man kan lätt tänka ut exempel på när läkare ibland kan förblindas av sitt biomedicinska kunnande. Att bryskt skicka hem en patient som lider av ihållande ledsmärta på grund av att personen inte passar in i en diagnos är ett exempel på när det biomedicinska inslaget tar över det kliniska

omdömet. Men det finns även bra exempel på när läkare inte agerar som rena "biomedicinska maskiner". Ett sådant exempel är när en läkare skriver ut kortison och behandlar ett barns kontinuerliga hostande som astmatisk hosta, trots att hen inte genom några tester har kunnat diagnostisera hostandet som astmatiskt. Genom det levda livet kan man konstatera att man ibland råkar ut för läkare som hanterar sjukdomssymptom som om de skulle vara avtrubbade av sitt biomedicinska vetande och ibland möter man en helt annan sorts läkare. En läkare kan också säga att hen har en biologisk grundsyn på sjukdom, men ändå *bemöta* patienter utifrån sin livsförståelse om smärta och lidande.

Jag ser avigsidorna med det biomedicinska inslaget i medicinen – det finns patienter som inte passar in i någon gångbar diagnos och som riskerar att behandlas som inbillningssjuka eller någonting liknande. Eftersom jag också uppfattar behovet av ett mer hermeneutiskt lyssnande ifråga om kroniska sjukdomar, vill jag därför betona att jag förstår värdet av att utveckla den moraliska och den hermeneutiska dimensionen i det kliniska omdömet och ställer mig positiv till de försök i denna riktning som gjorts och görs inom all humanistisk vetenskap. Filosofiska och humanistiska perspektiv på mötet mellan läkare och patient som Svenaeus bok *Sjukdomens mening* eller litteraturvetaren och författaren Merete Mazzarellas bok *Den goda beröringen*<sup>199</sup> är viktiga bidrag som lyfter fram och synar den moraliska dimensionen i den kliniska kunskapen.

Man måste ändå komma ihåg att inte lägga allt ansvar inför den sjukas symptom på läkarna eftersom frågor om vem som ska få vård, hur vården borde organiseras och vilka resurser det ges till sjukvården, också avgörs på ett politiskt plan. Den slags hermeneutiska och empatiska förmåga att läsa av människans situation som Svenaeus talar om, ligger som jag uppfattar det, ganska nära den slags människoförståelse som även en klinisk psykolog arbetar med. Exempelvis så visar en färsk doktorsavhandling från Karolinska institutet att behandling med kognitiv beteendeterapi över internet, har gett goda resultat när barn har smärtor i magen.<sup>200</sup> En öppning inom medicinskt och politiskt tänkande mot alternativa behandlingsmetoder eller mot olika

---

<sup>199</sup> Se M. Mazzarella: *Den goda beröringen. Om kropp, hälsa, vård och litteratur* (Helsingfors: Söderströms, 2005). I detta sammanhang kan man även nämna Ahlzéns doktorsavhandling *Why should physicians read? Understanding clinical judgement and its relation to literary experience*.

<sup>200</sup> Se M. Lalouni: *Guts over fear – internet therapy for abdominal pain in children* (Stockholm: Karolinska institutet, 2018).

psykologiska behandlingsmodeller skulle, tillsammans med att man även utvecklar läkares fenomenologiska och hermeneutiska förmågor, kunna erbjuda den sjuka eller den diagnoslösa en lättnad när hen står inför sjukvårdens oförmåga att bota, lindra eller behandla hans symptom.

Med hjälp av två citat av Svenaeus vill jag slutligen avrunda min precisering av min begreppsliga poäng om den kliniska blicken:

Det biologiska perspektivet kan aldrig, hur detaljerat och insiktsrikt det än blir, ersätta det fenomenologiska perspektivet som tar sin utgångspunkt i det mellanmännsliga mötet med patienten i omvärlden. Orsaken är att det fenomenologiska perspektivet bygger på en annan attityd till patienten, en attityd som utgår från hennes meningsfyllda värld och inte från hennes biologi. Att förstå och hjälpa en människa inbegriper alltid ett möte med den värld där sjukdomen upplevs och antar mening. Alla sjukdomar rymmer ett upplevelseperspektiv, eftersom sjukdomen på ett mer eller mindre kraftfullt sätt bryter in i och förändrar vår erfarenhetsvärld. Patienten är alltid först och främst en sjuk *människa*. Sjukdomen har alltid sitt centrum i en levd erfarenhet, och det är viktigt att aldrig glömma det när fokus förskjuts från erfarenhet till bakomliggande biologi.<sup>201</sup>

Svenaeus säger vidare att:

Men det ena perspektivet behöver naturligtvis inte utesluta det andra. De två olika attityderna till patienten är i själva verket nödvändigt förenade i den goda kliniska verksamheten... Hur mycket av det biologiska och hur mycket av det fenomenologiska perspektivet som krävs i den kliniska verksamheten varierar naturligtvis med sjukdomstyp och patient. Om den psykiskt sjuke befinner sig i ena änden av spektrumet, hittar vi det brutna fingret och halsflussen i den andra.<sup>202</sup>

Vad min poäng om den kliniska blicken kan klargöra är att det är ett *misstag* att tänka sig att man kan tala om två helt skilda attityder inom medicinen – den rent biologiska/naturvetenskapliga och den fenomenologiska/hermeneutiska attityden. I själva verket finns det moraliska eller det hermeneutiska inslaget redan oupplösligt invirat i det som man talar om som "det biomedicinska eller naturvetenskapliga förhållningssättet". När man idag betraktar modern medicin som något

---

<sup>201</sup> Svenaeus (2003), s. 55.

<sup>202</sup> Ibid., s. 55.

som har utvecklats eller är på god väg att transformeras till en rent naturvetenskaplig disciplin, är detta inte en bärkraftig syn på medicinen. Modern medicin – sådan som den är idag – har begreppsligt sett en grund som består av både biomedicinska och moraliska inslag. De moraliska och de biologiska inslagen är inflätade i varandra, men det är den moraliska aspekten som utgör det nödvändiga villkoret för förståelsen av hur vårt sjukvårds- och diagnosystem överhuvudtaget har kunnat växa fram. Detta kommer jag att diskutera närmare i de följande kapitlen.

Vad jag ifrågasätter genom min undersökning och beskrivning av diagnosbegreppets användning, är själva uppfattningen att medicinen kan utvecklas till en rent naturvetenskaplig disciplin, när det gäller förståelsen av den hjälpsökande eller sjuka människan. Min undersökning ligger väldigt nära Svenaeus synsätt på medicinen eftersom han betonar att klinisk medicin i första hand måste förstås som en praktik och inte som en vetenskaplig teori. Han menar att medicinsk praxis primärt måste förstås som ett tolkande möte mellan vårdpersonal och patient och inte exempelvis som en praktik där man tillämpar teorier om sjukdom.<sup>203</sup> Det finns många andra likheter mellan Svenaeus sätt att arbeta med filosofiska frågor och mig. Bland annat är även Svenaeus intresserad av de begreppsliga frågeställningar som kan uppstå kring mötet mellan läkare och deras patienter. På samma sätt som Svenaeus, vill även jag visa hur begreppsliga idéer kan vara relevanta och få en tillämpning inom den medicinska kliniska verksamheten. En skillnad mellan oss är att Svenaeus betonar förstapersonsperspektivet, medan min undersökning ser individens, omvärldens, de anhörigas upplevelser och de praktiska konsekvenserna i den sjukas liv som konstituerande delar av sjukdomen.

### **3.5 Skillnaden mellan den wittgensteinska förståelsen av sjukdom och den fenomenologiska**

Jag vill tänka kring begreppet sjukdom ur ett perspektiv som inte tar ställning för vare sig naturalismen eller socialkonstruktivismen. I mitt sätt att förhålla mig till sjukdomsfrågorna kommer jag ändå nära den fenomenologiska traditionen som Svenaeus tillhör. Det är samtidigt viktigt att inte blanda ihop en wittgensteinsk förståelse av sjukdomsbegreppet med den inställning till sjukdom som fenomenologer

---

<sup>203</sup> Se Svenaeus, (1999), ss. 14-15.

intar. Det är fråga om två i grunden olika sätt att förhålla sig till sjukdom trots att de också korsar och överlappar varandra i mångt och mycket, inte minst i att bägge vill ta patienten och hens lidande på allvar och fördjupa förståelsen för hur livet förändras när någon blir sjuk.

Termen "fenomenologi" har ingen entydig innebörd idag, klargör Svenaeus. Begreppet förstås på olika sätt beroende på vilken disciplin man talar om.<sup>204</sup> Inom medicin och vård handlar det om tre huvudsakliga betydelser, säger han. För det första försöker fenomenologer tränga in i och detaljerat beskriva människans *upplevelse* av sjukdom. Det vill säga, det är individen som är utgångspunkten för studierna. Utifrån hur sjukdomen upplevs genom den *levda* kroppen tillsammans med det psykiska måendet, undersöks det hur hela människan erfar och växelverkan med omgivningen (livsvärlden). Eftersom kroppen alltid är bunden till kulturen betonar Svenaeus att den levda kroppen är meningsbärande på ett helt annat sätt än den biologiska med alla sina inre fysiologiska processer. Det är därför som det är viktigt att undersöka hur kroppen förändras, känns och upplevs i samband med all slags sjukdom, vare sig den är kroppslig eller psykisk.<sup>205</sup>

För det andra är fenomenologin en kvalitativ metod inom medicinen som används för att studera ett empiriskt material. Här betonas de undersökta personernas upplevelser och erfarenheter i kontrast till förutfattade meningar och teorier. För det tredje försöker fenomenologin besvara klassiska filosofiska frågor som: Vad är medicin?, Vad är klinisk kunskap?, Vad är hälsa?, Vad är sjukdom?, Vad är lidande? och Vad är död? Det fenomenologiska synsättet kan därför, som Svenaeus beskriver det, sägas vara en filosofisk teori eller en ontologi (lära om det varande) i en mycket vid mening.<sup>206</sup>

Så som Svenaeus beskriver fenomenologin, kan man se att synsättet innebär en integrerad förståelse av all slags sjukdom. Det här betyder att trots att fenomenologin lyfter fram människans upplevelse som det närmaste man kan komma själva sjukdomens natur eller kärna, skalar den inte bort dimensionerna biologi eller kultur från själva sjukdomsbegreppet. "Det är egentligen bara här som sjukdomen 'finns' i den påtagliga bemärkelsen att någon person lider av den", skriver han.<sup>207</sup> Sjukdom består alltså, med Svenaeus ord, av det biologiskt fysiologiska, det upplevelsebaserade fenomenologiska och det språkligt kulturella:

---

<sup>204</sup> Svenaeus, (2003), s. 43.

<sup>205</sup> Ibid., ss. 43-65.

<sup>206</sup> Ibid., s. 44.

<sup>207</sup> Ibid., s. 41.

“De tre dimensionerna kan inte skiljas åt”.<sup>208</sup> Som jag förklarade i introduktionen är min huvudsakliga moraliska tes *för*medicinsk. Jag integrerar inte en biologisk grundsyn med ett existentiellt verklighetsbegrepp eller med den begreppsligt moraliska idén om ansvarsfulla reaktioner. Jag ser ansvaret som den första ansatsen till att vi överhuvudtaget har börjat söka efter biologiska orsaksförklaringar och använda diagnoser som adhd eller autism. För min del räcker inte själva upplevelsen till för att förklara hur det kommer sig att vi behöver vårda psykiska eller fysiska problem. Varför skulle själva *upplevelsen* av fysisk smärta eller stark ångest ge upphov till tanken hos någon annan att det här är en människa som måste vårdas? Svenaeus försöker förklara hur kroppslig och psykisk sjukdom kan avgränsas och särskiljas från alla andra former av vanliga lidanden som arbetslöshet, fattigdom eller sorg. Han talar här om hur kroppsliga smärtor, antingen skilda från eller i en kombination med den psykiska ångesten, skapar ett avbrott i hur individen vanligen upplever sig själv i förhållande till omvärlden. Sjukdom är en form av *hemlöshet* i världen.<sup>209</sup> Beskrivningen är träffande när det gäller många fysiska och psykiska sjukdomar. Är man till exempel mycket deprimerad upplever man andra och omvärlden på just ett hemlöst sätt. Det är svårt att känna igen sig själv i sina reaktioner och i hur kroppen känns. Ändå finns det många psykiska sjukdomar där individen inte nödvändigtvis upplever att hen fungerar annorlunda än förr eller att hen behöver vård. Den psykotiske vet inte själv att hen är sjuk. En människa som har problem med blyghet eller ångest i sociala situationer som kan leda till social fobi, behöver inte i stunden uppleva att någonting skulle vara fel. Ångesten och förlamningen i sociala situationer har blivit en del av personens värld. Nervositeten kan senare visa sig ha lett till dåliga val i livet och så vidare. Istället för att gå in i de debatter inom filosofi och humaniora där det förgäves söks efter universella definitioner på sjukdom och hälsa, försöker jag argumentera genom det som Wittgenstein skulle ha kallat en *livsform*.<sup>210</sup> Diagnoserna beskriver ett handlingsmönster, en kulturell aktivitet eller praktik. Som vi såg i exemplet förlossningsrädsla kan den medicinska situationen variera beroende på vilket land vi talar om. Det här beror på att olika länder kan göra preciseringar och tillägg i sina nationella versioner av ICD-10 och ICD-11.<sup>211</sup> Den moraliska förståelsen av de problem som kategoriseras

---

<sup>208</sup> Ibid., s. 34.

<sup>209</sup> Ibid., ss. 60-61.

<sup>210</sup> Wittgenstein, § 23, s. 21.

<sup>211</sup> Liljeroth (2007), s. 67.



som sjukdomar kan variera mellan länder. Inte heller en moralisk förståelse för mänskliga livsfrågor och problem kan vara absolut. Den måste vara öppen och varierande för att kunna djupna. Ett bra exempel på hur en hel kulturs förståelse för vad det innebär att vara människa kan genomgå stora förändringar är frågor kring kön. I vår kultur har synen på kvinnor förändrats radikalt under de senaste årtiondena.

Att jag säger att förståelsen för mänskliga frågor måste hållas öppen, betyder inte att jag talar för relativism. Man kan inte förlänga sjukdomsbegreppet i all oändlighet – mot nyare och nyare förståelser. Det finns inte någonting utanför själva sjukvårdspraxisen som skulle visa vad vi egentligen *borde* mena med sjukdom. Det kan naturligtvis ske misstag inom sjukvården och hela sjukvårdstraditioner kan visa sig vara baserade på falska antaganden. Men det är *inom ramen för sjukvård som mänsklig livsform* som misstag och falska antaganden kan visas vara oriktiga. Våra sjukdomsbegrepp ser jag som direkt bundna till våra vardagliga liv, relationer till varandra och också hur vi umgås. Innebörden av ett samtal, att vi försöker förstå och nå varandra, är densamma både i en vardaglig situation som i ett medicinskt sammanhang.

En kulturs förändrade syn på mänskliga frågor hänger samman med de mellanmänskliga möten där en förståelse för varandra djupnar. En allmän bild av etiken är att den försöker formulera ett svar på vad man ska göra i konfliktfyllda situationer, reflekterar kring ens principer med mera. Att fånga in alla aspekter av etik är inte möjligt här, men för att understryka min egen position vill jag istället lyfta fram betydelsen av det *personliga* i etiken. Filosofen Raimond Gaita skriver i sin text "The Personal in Ethics":

Much moral thinking is not thinking *what* to do and, even when it is, it is also an attempt to understand the significance of what one would be doing, which rarely means thinking of empirical consequences of what one would do, or of how one's principles stand in relation to those consequences and to one another. It is, most often, an attempt to achieve a deepened understanding of the meaning of one's actions.<sup>212</sup>

Diagnosernas för- och nackdelar är ofta ämne för diskussion inom forskningen men också i offentligheten och det finns en moralisk

---

<sup>212</sup> R. Gaita: "The Personal in Ethics" i *Wittgenstein: Attention to Particulars*. Red. D.Z. Phillips och P. Winch (Southampton: The Macmillan Press Ltd. 1989), s. 133.

laddning i dessa samtal. I mötet med den sjuka kommer olika moraliska begrepp in, beroende på det unika i varje situation. Frågor som: "Kan jag förlåta personen?", "Borde jag stanna med dig över natten?", "Jag borde ha gjort mer för dig", "Kunde vi som familj ha gjort det på ett annat sätt?" reser sig ur de konkreta, mänskliga relationerna och är frågor som egentligen inte behöver ha något svar. Själva frågandet är ett sätt att uppmärksamma en annan människas situation, uttrycker ens egen sorg eller maktlöshet – allt det här är exempel på en moralisk inställning där man försöker bli klar över den helhet man delar med andra människor. Frågorna kanske man brottas med i hela sitt liv med en strävan att just, som Gaita skriver, fördjupa en förståelse och se mening i det man gör, upplever, misslyckas med att göra och vad allt det betyder för relationen till en annan människa. I den meningen är etiken personlig, ingen annan kan göra arbetet för en. Däremot kan man alltid lära sig av varandra genom att uppmärksamma de olika betydelsespektrum som olika begrepp kan öppna för en. Att i mötet med en annan människa se hens skuld eller ånger kan vara något som också innebär att man ser sin egen roll i relationen. Till exempel att man bättre ser sin besvikelse över något, man ser den i ett nytt ljus eller kanske rentav så att den tappar sin kraft.

Mitt sätt att se på sjukdom är inte beroende av att vetenskapen säger sig kunna rättfärdiga symptom genom objektiva tester. Jag ser på biologi och medicinsk teknologi som en nödvändig del av medicinsk vetenskap och vård, men inte som en nödvändig del av hur våra sjukdomsord *alls* får sina betydelser. Det här bjuder in till att ta en människas symptom på allvar, även om läkare inte har hittat några fel i provtagningar eller det inte ens existerar en legitim diagnos för problemen. Den fenomenologiska positionen tar också ett kroppsligt lidande som det inte existerar någon diagnos för på allvar, eftersom man som Svenaeus uppmanar läkare att lyssna och bemöta den lidande människan med empati och omsorg. Men ändå är Svenaeus mer benägen än vad jag skulle vara att varna för att läkare överdiagnostiserar vanliga livsproblem och svårigheter. Det är realistiskt att anta att det existerar en viss överdiagnostisering i samhället, som kan variera beroende på vad det handlar om för diagnos. Läkemedlens starka närvaro kan tänkas locka en att tolka sig själv i termer av sjukdom och bot. Men ändå ser jag det inte som min filosofiska uppgift att gå in och bedöma exakt vad det är som läkare diagnostiserar. Det anser jag mig inte heller kunna.

Att frågan om överdiagnostisering diskuteras såpass mycket är begripligt i ett vetenskapligt, medicinskt sammanhang där idétrådarna kan spåras till frågor som "Vad är sjukdom?". Att kategorisera

sjukdomen, att skilja det sjuka från det friska, är en logisk del av ett sådant frågande. Då vi sedan står inför otaliga kategorier av sjukdomar och en patient kommer in på en mottagning så uppfattas ofta läkarens roll vara att para ihop symptom med rätt sjukdom, vilket också är fallet i en hel del fall. Har man mässling är det viktigt att inte få fel diagnos och ineffektiv medicinering.

Jag har ändå velat visa att våra sjukdomsbegrepp springer ur etiska reaktioner, snarare än ur en biologisk grundsyn. Fenomenologer vill, naturligtvis, också bryta mot en sådan sjukdomsuppfattning. Men då jag läser Svenaeus kan jag inte undgå att tänka att han ägnar en hel del uppmärksamhet åt den här samtida frågan om huruvida vi idag diagnostiserar för mycket. Som jag senare kommer att diskutera ytterligare, så använder han sig av en bild där de verkliga sjukdomarna har ett slags biologisk kärna och han vill beskriva skillnaden mellan riktig sjukdom och sådana beteenden som nog är värda att ta på allvar men som inte ändå ska definieras som sjukdom.<sup>213</sup> Patientens upplevelse finns alltid där i grunden för honom, men det som skiljer vad jag vill visa från Svenaeus tänkande är att varken biologi eller någon annan kategori kan ha en grundläggande roll för våra sjukdomsbegrepp. Igen, det är ur de levda sammanhangen och våra ansvarsreaktioner på varandra i väldigt varierande sammanhang som sjukdomsbegreppen uppstår. För att igen förtydliga: utan dessa reaktioner skulle tanken om att söka i biologin inte uppkomma och sökandet just *där* uttrycker den teknologiskt avancerade kultur som vi lever i. Det biologiska letandet kan logiskt ses som en ansvarshandling, men kan naturligtvis också växa ur sin kostym och överskugga andra praktiker och förståelser.

Då man talar om sjukdom på ett så bestämt sätt som man ofta gör inom forskningen, ger det en känsla av att det finns ett objektvt sätt se ut över vår kultur och vårdinstitutionerna och från sidan avgöra om något som diagnostiseras handlar om sjukdom eller inte. Då jag talar om ansvar så vill jag förtydliga att jag inte försöker beskriva en normativ modell för människor att använda och leva efter. Jag säger inte hur vi *borde* reagera på sjukdom. En begreppslig undersökning om sjukdom handlar om att klargöra olika betydelser som sjukdom kan ha. Ett väldigt allmänt sjukdomsbegrepp fångar inte in det unika i någon viss sjukdomssituation. Sjukdom visar sig i allt som en människa gör, i hur den griper tag om hela livet oberoende av vad som orsakat sjukdomen. Orkar man jobba, ta hand om sina barn, sig själv och andra relationer? Tvingas man skjuta upp projekt man hoppats förverkliga? Ändrar man

---

<sup>213</sup> Se kapitel 5.

inriktning på sitt liv och förstår man kanske andra människor ur nya perspektiv? Genom att diskutera vad sjukdom betyder för alla de inblandade så vill jag alltså betona att en uppsjö av andra frågor än "Vad är x?" dyker upp. Dessa frågor innebär inte att "Vad är x?" är en meningslös fråga att ställa, men nog att sjukdomsförståelsen inte bör låsas vid enbart vissa sätt att fråga.

Den begreppsliga idén om ansvaret leder inte per automatik till de sjukdomsbegrepp som vi tillämpar idag. Diagnoserna uttrycker olika former av vetande och praktiker inom en viss kultur i en viss tidsperiod, men ett nätverk av logiska handlingar och mönster där ansvar för en människas tillstånd är tänkbart också utan de samtida sjukdomsbegreppen. Tänk till exempel på hur man tidigare i historien har hanterat sjukdomssymptom med förböner. Samma ansvarsreaktion kan alltså leda till olika kulturella praktiker. Men det gör dock inte diagnoserna eller sjukdomarna relativa.

Samtidens debatt om psykiatriska diagnoser är tidvis laddad. Bör vi diagnostisera? Diagnostiserar vi rätt eller fel? Skulle människan må bättre av att diagnoserna slopades? Alla de här frågorna kan betraktas som diskussioner som uttrycker ett värnande om människors väl, en medvetenhet om maktmissbrukets risker – men samtidigt också en kultur som ofta förväntar sig att man tydligt tar ställning i de offentliga samtalen. Jag har genomgående försökt att undvika att sälla mig till något visst läger, inte av feighet, utan eftersom mitt sätt att se på frågorna inte tillåter mig att göra det. I filosofen Peter Winchs essä *Att förstå ett primitivt samhälle* beskriver han betydelsen av att försöka se mening i mänskliga liv som helhet, mera konkret i den magi som azandefolket tillämpade:

Vad vi kan lära oss genom att studera andra kulturer är inte bara möjligheter till andra handlingssätt, andra tekniska lösningar. Än viktigare är att vi kan lära oss andra sätt att se mening i mänskligt liv, andra idéer om hur utförandet av vissa verksamheter kan framstå som viktiga för en människa som försöker tänka över sitt liv som helhet.<sup>214</sup>

I samma anda vill jag både se och beskriva innebörden av vår diagnostiserande kultur. Man skall heller inte blanda ihop ett kritiskt förhållningssätt till diagnostiken med oförmågan att se mening i densamma. Ett *för* kritiskt förhållningssätt kan ändå skygga ens förmåga

---

<sup>214</sup> P. Winch: *Samhällsvetenskapens idé och dess relation till filosofin jämte fyra essäer* (Stockholm: Thales, 1994), s.188.

att se hur en människa förstår sig själv och sina problem och den betydelse som en diagnos kan ha haft i ett liv som helhet. Hur man än förhåller sig till diagnoserna så är det oundvikligen så att de, men också andra biomedicinska definitioner på sjukdom, logiskt hör ihop med de sammanhang där vi uttrycker smärta, ångest och lidande. För min del är det dessa samband jag velat klarlägga. Men dessa biologiska definitionsförsök är inte lika *viktiga* att förstå som de omhändertagande och vårdande impulser som ligger till grund för hälsovården. Det är inom ramen för denna omsorgspraktik som diagnosen kan förstås som ett *praktiskt* hjälpmedel.

I fenomenologin ligger det en vilja att kunna förbättra själva kvaliteten på vården. Då den så starkt engagerar sig i hur sjukdomen upplevs kroppsligt och känslomässigt, bidrar den med en mer grundlig förståelse av sjukdom, speciellt för en medicinsk praktik som sägs vara för biologiskt inriktad. Till exempel den amerikanska medicinfilosofen och fenomenologen Kay Toombs har, som även Svenaeus framhåller, i flera artiklar och böcker hävdat att läkare är alltför biologiskt fastlåsta och att de därför inte får syn på patienternas sjukdomsupplevelser.<sup>215</sup> Också andra betydande fenomenologer kan nämnas i sammanhanget som medicinfilosoferna Kevin Aho eller Havi Carel. Carel beskriver lyhört hur patientens upplevelse av tid kan vara något som vårdaren misslyckas med att beakta. Att vänta på ett telefonsamtal, vänta på att få träffa läkaren, vänta på att medicinen skall börja verka, vänta på nästa läkarbesök eller vad det betyder att ha smärta under en lång tid är alla viktiga frågor för en patient. "These different experiences of time contribute to the fundamental disparity between the objectively perceived, naturalistic model of disease and the lived experience of illness".<sup>216</sup> Att patienten här sätts i centrum måste ses som ovärderligt och står heller inte i konflikt med mitt arbete. Där fenomenologin ägnar stor uppmärksamhet åt patientens kroppsliga upplevelse och hur det kommer till uttryck i olika vårdsituationer, vill jag å min sida starkt betona hur de mänskliga relationerna är konstituerande för sjukdom. Det förefaller som om det, trots likheter, finns en skillnad i betoning här. Svenaeus beskriver fenomenologins huvudteman i medicinen och hälsovården hittills som

---

<sup>215</sup> Svenaeus (2003), s. 102.

<sup>216</sup> H. Carel: *Illness – The Cry of the Flesh* (Stevenage, Hertfordshire: Acumen Publishing Limited, 2013), s. 101.

"bodily experiences – experiences such as illness, pain, disability, giving birth, and dying".<sup>217</sup>

En brist i fenomenologin som filosofisk teori och med tanke på de teman den oftast undersöker är att den *inte* verkar ta på allvar – eller se det som en central filosofisk fråga – att undersöka vad sjukdom kan betyda för också de människor som delar värld med den sjuka. Trots det anser jag ändå att exempelvis Svenaeus angreppssätt både är intressant och viktigt, bland annat för att han för fram *lyssnandets* roll inom medicinen. Jag kan se att mitt sätt att föra fram den existentiella upplevelsen av sjukdom går att förena med Svenaeus fokusering på individens upplevelse av sig själv och omvärlden. Människans upplevelse av sin kropp och alla hennes känslor är en konstituerande del av vad sjukdomen kan betyda. Men, och här går jag vidare och bort från fenomenologin, sjukdomen konstitueras också av hur någon annan reagerar på den som är sjuk. Det wittgensteinska förståelseperspektivet och fenomenologin reser därför olika frågeställningar för medicinsk filosofi, psykiatri och vård. Ser man att den anhörigas reaktioner är en konstituerande del av begreppet psykisk sjukdom kan man inte längre bara tala om mötet mellan läkare och patient. Det blir svårt att ignorera betydelsen av en vård som integrerar också de anhöriga. Jag anser ändå att dessa båda angreppssätt inte motarbetar, snarare kompletterar varandra i försöken att beskriva vad sjukdom handlar om. Man kanske kan säga att bägge synsätten är färger som behövs för att täcka hela den duk som våra olika sjukdomsberättelser och upplevelser består i.

### 3.6 Sammanfattning

Diagnostiserar man rätt? Denna fråga har man kunnat finna i hjärtat av den medicinska verksamheten på olika sätt ända sedan antiken. De sätt som man har klassificerat sjukdomar på, har hängt samman med de behandlingar som antingen erbjudits eller inte kunnat erbjudas.

Inom litteraturen om sjukdoms- och hälsoteorier är det främst två nödvändiga villkor för sjukdom som ständigt återges; dels ett biologiskt eller psykologiskt kriterium där man tänker sig att sjukdom konstitueras i en fysiologisk/biologisk förändring i kroppen (eller i hjärnan) eller i en dysfunktion i psyket, dels handlar det om tillstånd som bedöms vara skadliga för individen och som är utplockade på värdegrunder. I kapitlet har jag visat att man behöver se på och

---

<sup>217</sup> F. Svenaeus: *Phenomenological Bioethics – Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive* (New York: Routledge, 2018), s. 2.

undersöka olika sammanhang för att förstå begreppet avvikelse, som i sig självt inte kan hjälpa en att förstå vad vi menar med sjukdom, genom att enbart rikta blicken in i kroppen eller i psyket.

Överdiagnostisering har betraktats som ett modernt problem, något som har fått många medicinteoretiker att reagera med att försöka skapa sjukdomsdefinitioner. Det är svårt att tänka sig att man inte skulle försöka arbeta fram teorier om och definitioner på sjukdom som också bygger på statistiska och objektiva metoder, och jag förnekar inte att sådana försök kan vara användbara i olika kliniska forskningssammanhang, till exempel i försöken att framställa mediciner. Men jag vill understryka att en biologisk grundsyn på sjukdom inte kan ge en generell förståelse av vilka olika betydelser sjukdom kan få i de sammanhang där människor får problem som de och omgivningen upplever att de inte kan hantera eller lösa. Eftersom modern medicin ofta anses stå stadigt på en biomedicinsk grund, så kan man konstatera att kritiken mot en biologisering av medicinen har fått ett starkt fotfäste i vår kultur. Exempelvis begreppet "den kliniska blicken", beskriver i litteraturen ett naturvetenskapligt och avhumaniserat förhållningssätt till den lidande människan. Begreppet förekommer ofta i kritiska försök att beskriva hur läkaren med hjälp av statistik och annan medicinsk teknologi bemöter patienten, på bekostnad av det mänskliga och lyhörda mötet mellan läkare och patient.

Genom att undersöka två förhållandevis färska diagnoser – transsexualism och förlossningsrädsla, har jag velat beskriva de filosofiska svårigheter som uppkommer om sjukdomsteorierna förmodas spegla de verkliga problem och upplevelser en människa kan ha. I en transsexuell människas kropp kan man exempelvis inte peka på någon fysiologisk dysfunktion, som är ett sätt att försöka definiera sjukdomar. Det är friska kroppar man opererar i. Med exemplet har jag velat belysa hur våra sjukdomsbegrepp uppstår i vardagliga situationer och hur de reflekterar värden som är viktiga i en viss kultur och samhälle. Könskorrigering kan då handla om en förståelse för en människas helhetssituation; att vilja ge dessa människor en möjlighet att kunna leva ett autentiskt liv, att förändra sina liv och kunna bli sig själva.

Förlossningsrädsla är en diagnos där läkare identifierade ett problem som krävde en lösning. Genom diagnosen kunde man förbättra livskvaliteten hos föräldern och det nyfödda barnet. Diagnosen har ansetts vara problematisk bland annat eftersom läkare inte har kunnat enas om hur man ska definiera rädslan. I detta kapitel har jag velat visa att kravet på en rädslodefinition inte är nödvändig för diagnosens

användbarhet. De olika sätt som föderskan kan uppleva rädslan kan inte samlas upp i ett enda rädslobegrepp, utan det gäller att förstå de olika former av rädsla som den blivande modern kan uppleva i relation till barnet, sin kropp, till partnern och framtiden. Också i denna diagnos möts teknologisk kunskap och kraven på att förstå en människas situation.

Jag vill betona att vad det är att behandla något, är att själv vara delaktig i en människas liv. Det här kapitlets viktigaste uppgift har varit att klargöra att varken enbart en biologisk/naturvetenskaplig eller å det andra en humanistisk/moralisk förståelse för den medicinska verksamheten är tillräcklig. Medicinsk praktik handlar varken om att antingen ha en biologisk/klinisk syn på sjukdom eller en där det enbart skulle handla om ett mänskligt eller tolkande möte. Idag framförs det ofta att en läkare intar någon av dessa två inställningar till vad det är att behandla sjukdom, vilket är ett missförstånd enligt min förståelse.

Jag vill istället lyfta fram att det ligger en moralisk reaktion som grund för att förstå också klinikernas verksamhet, vilket inte betyder att behandlingarna och mötena på institutionerna inte skulle kunna granskas kritiskt. Jag vänder mig emot idén om att begreppet "den kliniska blicken" skulle kunna ge en helhetsförståelse för hur man arbetar på sjukhusen och hälsovårdscentralerna. Min poäng är att det moraliska eller det hermeneutiska inslaget redan finns oupplösligt invirat i det som man talar om som "det biomedicinska eller naturvetenskapliga förhållningssättet". Utan en livsförståelse för mänsklig smärta och lidande som grund skulle det vara mycket svårt att förstå uppkomsten och behovet av ett biologiskt sjukdomsbegrepp. Biologi och moral är två sidor som är invävd i den praktik som medicinen är idag.



## 4 Diagnosens roll inom medicinen

### 4.1 Diagnosens fyra olika syften inom den kliniska praktiken och några allmänna mål för diagnostiska system

Enligt Brülde och Tengland är anledningen till att man klassificerar sjukdom i första hand praktisk. Man vill hitta en klassifikation som kan användas i kliniska sammanhang, administrativa sammanhang eller i forskningssammanhang. De väletablerade nosologiska system som finns idag, till exempel ICD eller DSM, skapade man primärt för statistiskt-administrativa syften.<sup>218</sup> Som jag tidigare har diskuterat beskriver också Svenaeus några viktiga orsaker till att den dynamiska neuromodellens terminologi fick ge vika för en diagnostisk psykiatri i USA på 1980-talet. Han nämner bland annat att psykiatrin blev tvungen att anpassa sig till den moderna medicinens vetenskapsideal som bygger på kontrollerade experiment och läkemedelsstudier, den antipsykiatriska rörelsen samt framväxten av ett sjukförsäkringssystem. Men kan vi förstå bättre varför läkare använder diagnoser i sitt arbete, genom att de måste rapportera till olika samhällliga instanser såsom till folkpensionsanstalten och myndigheterna vilken diagnos en person har fått? Min tanke i detta kapitel är att det inte är de administrativa och samhällliga anledningarna som ensamma kan förklara varför läkare behöver diagnoser inom medicinen. Det är istället genom att undersöka vilken roll en diagnos har i samspelet mellan läkaren, patienten och de nära anhöriga som vi kan få en klarare förståelse av själva ursprunget till att vi har diagnostiska system.

För att få en bättre uppfattning om vilken funktion en diagnos har inom den medicinska diagnostiken kan man skilja mellan fyra olika syften eller innebörder en diagnos kan ha inom den här verksamheten. Fulford, Thornton & Graham anser att man genom att klarlägga vilken funktion den medicinska diagnostiseringen har, lättare kan förstå varför de diagnostiska klassifikationerna har utvecklats som de har inom den somatiska medicinen. Man får en klarare bild av varför de i en viss mening är annorlunda inom psykiatrin och varför filosofin kan ha en viktig roll när det gäller att utveckla framtida klassifikationer inte bara inom psykiatrin utan också inom den somatiska medicinen.<sup>219</sup>

---

<sup>218</sup> Brülde & Tengland, s. 127.

<sup>219</sup> Fulford, Thornton & Graham, s. 33.

Enligt Fulford, Thornton & Graham har varje diagnos inom medicinen såsom diabetes, migrän, vanlig förkylning och röda hund fyra olika syften. De här ändamålen är *deskriptiva*, *etiologiska*, *terapeutiska* och *prognostiska*. Den *deskriptiva* funktionen innebär att den diagnostiska etiketten ger en summarisk beskrivning av en patients symptom. Den här beskrivningen är viktig för kommunikationen samt för alla andra medicinska beslut som tas om patienten. Den *etiologiska* funktionen innebär att diagnoser, speciellt inom specialiserade områden inom den somatiska medicinen, baseras på information om etiologi. Med etiologi menas alla de faktorer som man tänker sig att sjukdomen kan orsakas av. Den *terapeutiska* funktionen baseras på kunskap om symptom och etiologi vilka utgör grunden för beslut om vilken behandling som skall ges. I den *prognostiska* funktionen ger symptom och etiologi tillsammans med reaktionen på behandlingen, en uppskattning på en prognos.

De här fyra diagnostiska funktionerna fungerar på olika sätt i fråga om olika diagnostiska kategorier. Diagnosen "migrän" ger definitiv information om patientens symptom och en prognos men den ger inte så många behandlingsvariationer och den säger oss nästan ingenting om etiologin. Medan diagnosen "diabetes" fungerar på ett motsatt sätt. Den här diagnosen ger definitiv information om etiologi, den föreslår specifika och effektiva behandlingsmöjligheter och den ger en prognos, men eftersom det här tillståndets kliniska symptom-bild varierar ger den ingen definitiv information om patientens symptom.

Psykiatrins status som en del av medicinen har varit omtvistad och rötterna till den här striden hittas i de skillnader som finns mellan psykiatri och somatisk medicin. De här skillnaderna kommer fram speciellt inom klassificering och diagnostik. Den mest betydelsefulla skillnaden mellan psykiatrisk och somatisk medicin är att de diagnostiska kategorierna inom psykiatrin oftare definieras *deskriptivt*, alltså i termer av symptom, istället för etiologiskt. Den information som de diagnostiska kategorierna inom psykiatrin ger, liknar därför mer migrän än diabetes. Men både den deskriptiva och den etiologiska kategoriseringsmodellen bär med sig viktig information om etiologi, behandling och prognos.<sup>220</sup>

Man skulle kunna säga att en aspekt av diagnosens roll inom medicinen är att definiera en problematik. Tillsammans med symptom-bilden, etiologin och hur patienten reagerar på en behandling, ska den också kunna ge en prognos. Man vill kunna slå fast en problematik för att kunna bidra med behandlingsmöjligheter och utsagor om hur det kommer att gå för patienten. Kommer patienten att bli frisk

---

<sup>220</sup> Ibid., ss. 33-34.

eller är sjukdomen kronisk? Och vad kan man *göra*? Som Svenaeus påpekar ingår det i det medicinska mötet en förväntning på att en läkare ska *göra* någonting.<sup>221</sup>

Brülde och Tengland poängterar att vad det innebär att ett nosologiskt eller diagnostiskt system är kliniskt användbart, i första hand är att det hjälper kliniker att ställa prognos och att besluta sig för vilken behandling som skall användas. De skriver också att ett tecken på att ett diagnostiskt system är kliniskt användbart, är att det kan göra det lättare att förklara varför någon enskild person har blivit sjuk. Det hjälper också till att förebygga framtida sjukdom och att som till exempel inom psykiatrin, *bemöta* patienten på ett lämpligt sätt.<sup>222</sup> Här kan det vara viktigt att märka att det även finns risker med diagnoser inom medicinen eftersom de kan bidra till att klinikers lyhördhet och förståelse för en patients problem kan blockeras.<sup>223</sup>

Att en sjukdomsklassifikation är användbar i administrativa sammanhang innebär bland annat enligt dessa filosofer att den är viktig för "health management purposes". Med det här menar man att den kan hjälpa sjukvårdspolitiker och administratörer att planera olika typer av folkhälso- eller sjukvårdsinsatser. Till exempel att besluta vilket behov det kan finnas av personal med en viss utbildning eller att fördela resurser mellan olika verksamheter rättvist och effektivt. För att en sjukdomsklassifikation ska vara effektiv i administrativa sammanhang måste den göra det möjligt att föra *statistik* över sådant som livslängd, dödsorsaker, sjuklighet och arbetsskador. Dessa statistiska fakta kan sedan användas för att förebygga sjukdomar, bekämpa epidemier och liknande saker. Den här målsättningen är klart uttalad i både ICD och DSM, skriver Brülde och Tengland.

Brülde och Tengland ställer upp två olika sätt på vilket en sjukdomsklassifikation kan vara användbar för vetenskapliga ändamål. Den kan utgöra grunden för statistiska sammanställningar, till exempel internationella jämförelser, som spelar en avgörande roll i epidemiologisk forskning. Det här slagets forskning är viktig för att man ska kunna få kunskap om vilka miljö- eller livsstilsfaktorer som kan orsaka sjukdom. En bra klassifikation av sjukdomar underlättar för det andra, forskningen om sjukdomars orsaker, förlopp och prognos eller klinisk forskning om de effekter som olika behandlingsformer kan ha på olika sjukdomar. Eftersom medicinsk forskning kan karakteriseras som ett internationellt

---

<sup>221</sup> Svenaeus (2003), s. 18.

<sup>222</sup> Brülde & Tengland, s. 130.

<sup>223</sup> Brülde och Tengland noterar det här på s. 158.

samarbetsprojekt är sjukdomsklassifikationer nödvändiga för att man ska kunna kommunicera och förmedla sina forskningsresultat till andra forskare. Genom att de diagnostiska systemen strukturerar forskningen och kunskapsutvecklingen på många olika sätt kan detta i sin tur hjälpa till med att förebygga och bota sjukdom.<sup>224</sup>

Brülde och Tengland lyfter fram att för att ett diagnostiskt system ska kunna vara kliniskt användbart, måste det kombineras med empirisk kunskap om de olika sjukdomskategoriernas orsaker och förlopp. Dessutom förutsätter den kliniska användbarheten att läkaren ställer rätt diagnos, så att inte den valda behandlingsformen förvärrar patientens tillstånd. Som även dessa teoretiker påpekar, så är kopplingen mellan diagnos och behandling ibland ganska svag. Två patienter med olika diagnoser kan få samma behandling och ibland kan en läkare behandla symptom utan tillgång till någon säker diagnos. Den tekniskt rationella syn man har som säger att man först ska observera och göra olika tester, därefter ställa diagnos och efter det här besluta om behandling, har en begränsad räckvidd.<sup>225</sup>

Genom min framställning ovanför är det lätt att se att diagnoser och sjukdomsklassifikationer fyller oundgängliga kliniska, administrativa och vetenskapliga funktioner. Men är det exempelvis för de samhällseliga, statistiska analyserna som läkaren och patienten behöver en diagnos? Vad jag alltså reagerar på är att alla dessa användningar av de diagnostiska systemen, inte förmår ge en tillräckligt klargörande bild av vad som är själva kärnan i medicinen, alltså *samtalet* mellan läkaren och patienten. Ett samtal mellan en läkare och en patient kan inte beskrivas som vilket samtal som helst, som att till exempel gå till en klädaffär och med expediten samtala om vilken blus som bäst passar till de nyinköpta byxorna. Ett läkarpatientsamtal är av en särskild sort. Situationen innebär att läkaren är existentiellt medveten om att hen har framför sig en människa som har kommit för att söka hjälp för sina problem. Sådana problem som personen kanske inte har vågat ta upp med de anhöriga eller med sina andra nära relationer. Patienten är orolig för sin hälsa. Vissa slags frågor kommer upp i en sådan situation. Kommer läkaren att kunna hjälpa patienten? Vad är det som den här människan har drabbats av? Hur ska man lindra, läka eller bota de här problemen? Vad är det mer specifikt som händer när en läkare och patient samtalar om fysiska smärtor och skador och om psykiska svårigheter och hur kommer det sig

---

<sup>224</sup> Ibid., ss. 130-132.

<sup>225</sup> Ibid., s. 130. För en beskrivning av nosologins moderna historia både inom somatisk medicin och inom psykiatri, se ss. 139-144.

att en diagnos behövs för denna dialog? Det är där man bör stanna upp och reflektera. Då får man en bättre uppfattning om hur den kroppsliga och den psykiatriska medicinen har kunnat få en början. Man kan också säga att läkekonsten föregår medicinen som vetenskap.

## 4.2 Diagnostiken börjar i förståelse

I boken *Moral Theory and Medical Practice* karakteriserar Fulford diagnostiseringen som en klinisk process där man försöker besluta vad det är som är på tok (*wrong with*) med någon eller vad någon felas. Han menar att diagnostisering både inom den psykologiska och inom den somatiska medicinen är en tvåstegs- process. Det handlar om att genom en empirisk undersökning, försöka klargöra vilka symptom någon har och att sedan identifiera dem med en eller flera av de olika sjukdomstillstånden i de officiella klassifikationerna.<sup>226</sup>

Enligt min läsning av Fulford menar han att de båda begreppen "disease" och "illness" är värdeladdade begrepp. Men att det är begreppet *illness* – att *känna sig sjuk*, som är det mer fundamentala inom kroppslig och psykiatrisk medicin. Trots att läkare har en basal vetenskaplig kännedom om vilka sjukdomstillstånd patienterna kan ha (*disease*), är det själva känslan av att vara sjuk, som först kommer att föras på tal när en patient möter sin läkare. Enligt Fulford kan sjukdom karakteriseras som en form av förlust av handlingsförmåga. Han talar om att upplevelsen av sjukdom (*illness*) härrör från ett slags "action failure":

Specifically, its logical origins are to be found in the experience of failure of "ordinary" doing in the perceived absence of obstruction/or opposition – "action failure" for short. It is in terms of these origins that the logical properties "illness", and hence indirectly also of "disease" and other related concepts are to be understood.<sup>227</sup>

Brülde och Tengland beskriver Fulfords begrepp "action failure" som att det är vagt vad han menar eftersom de framför att man kan tolka tesen på två olika sätt. Refererar Fulfords "ordinary doing" till de handlingar som en person själv anser att hen borde kunna utföra, eller handlar den förlorade handlingskraften om de vardagliga saker som människor i allmänhet kan göra utan några större svårigheter?

---

<sup>226</sup> Fulford, s. 182.

<sup>227</sup> *Ibid.*, s. 263.

Fulford menar att den nedsatta handlingsförmågan inte kan definieras eftersom de situationer där sjukdom uppkommer är så olika varandra. En önskan om att definiera "action failure" visar alltså att man inte har förstått begreppet. Man kan inte ge en enhetlig empirisk beskrivning av alla de situationer i livet där människor får symptom och insjuknar. Man kan tänka på Fulfords idé om en sänkt handlingsförmåga som att det finns en gränslös mängd situationer där en människa kan uppleva att hen inte kan göra vad hen vanligtvis kan, eller att hen inte klarar av någonting som omgivningen kräver och där olika diagnoser kan komma på tal. Att plötsligt inte kunna stiga upp ur sängen, att inte kunna hålla ett föredrag eller att ha en för skev kroppsuppfattning kombinerat med bantning etcetera.

När jag gjorde mina intervjuer om anorexi, var det intressant att se hur varierande situationer de unga kvinnorna hade insjuknat i. Från vårdens sida beskrev de Elins insjuknande som att det var en följd av ett posttraumatiskt stressyndrom. Hon hade reagerat med anorexi på en svår skilsmässa. I Elins berättelse utgjordes en stor del av sammanhanget av att hennes mamma Susanne fick kämpa ganska ensam med vården. Man kan se en "action failure" i Susannes bristande förmåga att hjälpa sin dotter. Hon försökte verkligen, men det lyckades inte just för att Elin var så sjuk. För Rebecka var det istället idrotten som utgjorde en stor del av den kontext som hon insjuknade i. Vilka de utlösande empiriska orsaksfaktorerna än hade varit, var hon tvungen att sluta med idrotten för att kunna tillfriskna. Så även om de som drabbas av anorexi har många gemensamma svårigheter eller nedsatta handlingsförmågor, kan den sänkta handlingsförmågan betyda olika saker beroende på de intressen och mål som är viktiga för en person. Genom att idén om minskad handlingsförmåga inte behöver preciseras kommer den ganska nära min tanke om det etiska sjukdomsbegreppet.

Det är riktigt som Fulford skriver att diagnostiseringen är en process där man kartlägger symptomen och identifierar dem med någon av de officiella diagnoserna. Men jag vill försöka komma ännu närmare det som händer mellan läkaren och patienten, och därför vill jag återkomma till vad Rhees säger om förståelsebegreppet, medkänslan och den hjälp som följer. Det är förståelsen av en människas livssituation som gör att vi kan känna äkta och genuint medlidande och att den hjälp som vi ger blir mer helhjärtad då. Jag har i det förra kapitlet diskuterat två olika exempel – transsexualismen och förlossningsrädslan, där man kunde se hur en läkare, istället för att se på sjukdom som ett "tillstånd" hos individen och där man tänker sig att tillståndet har sin omedelbara

orsak i någon form av fysiologisk eller psykologisk dysfunktion, har en förståelse för vad allt en människa kan behöva ur ett långtidsperspektiv på livet.

I *Filosofiska undersökningar* reflekterar Wittgenstein över om man kan föreställa sig ett sådant språk, han kallar detta för ett *privat språk*, där det bara är den enskilda individen som vet vad hen menar med sina ord för känslor, tankar och andra inre upplevelser:

En människa kan uppmuntra sig själv, befalla, lyda, tadla, bestraffa sig själv, ställa en fråga till sig själv och besvara den. Man kunde alltså tänka sig människor som bara talade i monologer; som beledsagade sina aktiviteter med att tala till sig själva... Men kunde man också tänka sig ett språk vari någon för eget bruk kunde skriva upp eller uttala sina inre upplevelser – sina känslor, stämningar, etc...? – Ja, kan vi inte göra det i vårt vanliga språk? – Nej, det är inte så jag menar. Orden i detta språk skall referera sig till det som endast den talande kan veta något om, hans omedelbara, privata förmimmelser. En annan kan alltså inte förstå detta språk.<sup>228</sup>

Vad Wittgenstein vill visa är att hela idén om ett privat språk inte är begriplig. Vi kan inte tänka oss ett språk där orden bara skulle referera till den talande personens inre sensationer. Som filosofen Camilla Kronqvist beskriver det i sin doktorsavhandling *What We Talk About When We Talk About Love* saknar hela tanken om ett privat språk innehåll, eftersom vi, när vi försöker beskriva vad ett sådant individuellt språk skulle innebära, redan är bundna till att använda det språk som vi delar med andra.<sup>229</sup>

Ett språk är någonting som vi delar socialt: när någon säger att hen har ont någonstans i kroppen, måste vi inte gå via smärtans inre fysiologiska processer för att förstå vad personen menar. För att förstå att en människa har ont behöver vi heller inte ha en exakt uppfattning av hennes inre smärtprocesser, alltså känna samma sak. Den här bilden leder oss fel. Det är genom hur vi delar ett liv med andra, då vi *i språket* och genom beteenden i olika situationer, förstår vad smärta betyder. Att vi bemöter varandra på olika sätt, reagerar med omsorg av olika grad, ger våra begrepp som smärta mening. En uppmärksam reaktion på en svår situation kan uttrycka att man förstår smärtans fullhet – hur den känns eller vad den kan innebära för en människa ur ett längre tidsperspektiv.

---

<sup>228</sup> Wittgenstein, § 243, ss. 104-105. Se även § 244-315 på ss. 105-122.

<sup>229</sup> C. Kronqvist: *What We Talk About When We Talk About Love* (Åbo: Åbo Akademi, 2008), ss. 5-6.

De flesta av oss har någon gång fallit och slagit upp ett knä, plåstrats om, fått omsorg och upplevt att smärtan inte var så farlig. Men då man diskuterar psykopatologi så verkar utmaningen att kunna relatera till en människas problem vara större än vid vardagliga smärtupplevelser eller övergående kroppsliga sjukdomar. Bilden om att det enda sättet att kunna förstå en annan människas upplevelse går via att själv ha upplevt någonting liknande hänger ändå delvis kvar. Om jag saknar erfarenheter av fattigdom, kan jag förstå den fattige på djupet? Om jag aldrig har upplevt mentalsjukdom, hur kan jag då veta att jag förstår den mentalt sjuka? Dessa frågor har både en existentiell och moralisk sida, som säger något om en förståelsesvårighet då det gäller mänskligt lidande. Simone Weil talar i *Tyngden och nåden* om barmhärtigheten som ett under, eftersom hon anser att ren uppmärksamhet förekommer så sällan.<sup>230</sup> Här handlar det egentligen om två saker; svårigheten att rent läsa av en situation (vilket är en liknande utmaning som finns i mitt etiska sjukdomsbegrepp), men också den insikt som kan komma då förståelsen för en annan människas olycka och lidande öppnar sig för en. Man förstår till exempel hur allvarligt sjuk en människa kan vara och att det att man ser det här förbinder en vid personen, samtidigt som man förstår att man inte har en aning om hur man skall kunna handla för att lyfta personen upp mot ytan. Att själv ha upplevt en mentalsjukdom kan säkert underlätta förståelsen och också allvaret i situationen, utmaningen som man kan stå inför.

Men problemet är inte enbart moraliskt, det är också begreppsligt. Hur bemöter vi utmaningen i att se sjukdom som ett tillstånd, som något "inre" som mer eller mindre är oåtkomligt? Läger man till att man historiskt dessutom har förknippat mentalsjukdom med icke-förnuft – till exempel schizofreni har ansetts vara omöjligt att förstå. Det wittgensteinska privatspråksargumentet visar att vi inte behöver kartlägga en annan människas inre för att kunna förstå personen. Wittgenstein skriver att medlidande kan sägas vara en "övertygelse om att den andra har smärtor".<sup>231</sup> Det är i språket som vi kan få syn på förståelsen, i en läkares eller medmänniskas förhållningssätt känner den sjuka sig förstådd. Frågan om sjukdomens förmodade "inre" upplöses i en sådan situation. Mina anorexiintervjuer ger exempel på hur ett berättande om vad man har upplevt och hur det har påverkat omgivningen, kan ge djupa insikter om vad sådant som smärta, fysisk eller psykisk sjukdom kan betyda i människors liv. När exempelvis Elin

---

<sup>230</sup> Weil, ss. 46-47.

<sup>231</sup> Wittgenstein, § 287, s. 115.



berättar om att hon drack frätande propplösarvätska, förstår man hur mycket hon led av ångesten och vad lidandet gjorde med familjen. Man kan säga att berättelserna och de inre upplevelserna är begreppsligt sammanbundna.

Man kan också använda vad Wittgenstein säger om ett privat språk på medicinen. Det är inte för att läkare har bildat sig en uppfattning om hur de ska definiera smärta, kroppsliga eller psykiska sjukdomar, som de kan diagnostisera och vårda sjuka människor. Att medicinen har kunnat uppstå beror på att också läkare utifrån sin livsförståelse av smärta har reagerat moraliskt, alltså med ansvar när de har träffat patienter med olika kroppsliga symptom och skador. Men medan det är lättare att förstå hur den somatiska medicinen har kunnat bli så framgångsrik, verkar det vara svårare att förstå psykiatrin.

Jag vill formulera en wittgensteinsk tanke också om den psykiatriska diagnostiseringen. Att psykiatrin har kunnat få en början och senare kunnat expandera mer och mer, beror på att människor har reagerat med att *känna igen sig själva* i de termer och begrepp som läkare har använt sig av, när de har beskrivit patienternas problem. När en läkare möter en patient inom psykiatrin, kan patienten ofta reagera på de termer som används och så småningom på diagnosen, som att läkaren har förstått hen. De begrepp som läkaren använder är en del av patientens livsförståelse och lidanden. Jag menar inte att alla patienter reagerar positivt på en läkares beskrivningar, utan snarare att det här är själva *målet* för en läkare inom psykiatrin eller för en terapeutisk process.

Men hjälp av min läkarintervju vill jag illustrera en läkares förståelse för de olika livssvårigheter som är bundna vid någon viss diagnos:

Intervjuaren: När en människa kommer till dig vad är det första som du gör – vad händer helt enkelt?

Läkaren: Jo, jag tänker så att det allra viktigaste är att börja upprätta ett förhållande, alltså ett vårdförhållande. Och det betyder att kunna förmedla en trygghet, förståelse och en tillåtande atmosfär. Att här är det möjligt att prata om allting. Och sedan å andra sidan, via mitt sätt att vara och ställa frågor, att också visa att jag känner till det här med ätstörningar. Att jag vet vad det är fråga om. För det är ju väldigt vanligt ännu inom vårdapparaten att många av olika professioner tycker att det här är någonting svårt och att de inte riktigt vet och så där och det tror jag att väldigt lätt återspeglas på situationen. För nästan alla som kommer och söker hjälp så är det en konfliktfylld situation. Dels så har man kanske äntligen – om man

tänker nu – är det unga vuxna du tänker på? För det är litet beroende på åldern hur situationen är. Är man yngre så betyder ju det att det oftast är någon annan som har sagt att du måste komma. Är du äldre så är du kanske mera själv... (läkaren tar emot ett telefonsamtal).

Intervjuaren: Jo, vi kan ta som exempel just unga vuxna.

Läkaren: Så då är det ofta fråga om det att de kanske en längre tid haft och på något sätt nog själva har en känsla av att det här fixar jag inte. De flesta har i något skede nog kanske tänkt att: "Jå, att jag ska nu bara några kilo banta och sen är det bra!" Och sedan när de kommer ner till det så märker de först att: "Oj, vad bra det gick och jag mådde ju så bra!" Och att: "Det här var ju en fin grej!" Och så fortsätter de och så där och sedan i något skede så börjar de flesta tycka att: "Oj nej, nu börjar jag ju må sämre!" Det kommer olika kroppssymptom och trötthet och ångest och sömnsvårigheter och koncentrationssvårigheter. Och många har försökt då att ändra det där men så märker de att inte klarar de ju av det heller, att börja äta mera. Så då har de både en känsla av att de skulle måsta få hjälp för att de inte fixar det men å andra sidan är de jätterädda för att göra några förändringar. De är jätterädda för att bli friska. De är rädda för att de ska bli friska för snabbt, de är rädda för att kroppen ska bli frisk men inte tankarna och huvudet, som de säger. Så det är därför som det är en ganska delikat situation när man kommer och söker hjälp. Därför är det ytterst, ytterst viktigt med bemötandet och stämningen som man skapar kring hela det där.

Intervjuaren: Varför är det viktigt med vårdförhållandet och bemötandet och att du kan skapa en trygg stämning när du möter patienter? Är det för att de kan berätta om sina problem mera öppet då så att du får veta hur du ska gå till väga för att hjälpa dem?

Läkaren: Jo, för att ätstörningar som sjukdomar eller störningar, hur vi vill säga, har många liknande drag. Men så har var och en på sitt eget sätt. Och vi måste alltid få reda på hur just den här personen är drabbad och vad är den här personens historia och vem är den här. Jag tänker alltid först att: "Vem är den här personen på riktigt utan sin sjukdom?" Och sedan, hon är ju i första hand en ung människa med en viss personlighet, en historia, familj, vänner, intressen, arbete, studier och sedan i andra hand har hon drabbats av en ätstörning, som vi också behöver se på vilket slag det är. Det är ganska mycket som vi egentligen behöver veta men man kan ju inte ta reda på allting första gången. Men jag skulle vilja att när de går

från det första besöket så tänker de: "Oj, vad skönt, äntligen kom jag till ett ställe där man visste vad det är frågan om!". Och att: "Här kan jag gå!". För mig är det också väldigt viktigt med respekten mot den här människan som söker hjälp. Därför att ätstörningar inte är någonting som man skriver ut medicin eller säger att gör så här och så är det färdigt utan det är fråga om ett samarbete. Och då är det viktigt att den här människan som söker hjälp också blir på något sätt en aktiv aktör. Man kan inte vara ett objekt för vård och åtgärder och tro att man ska bli frisk på det sättet för det blir man inte från en ätstörning. Man måste själv aktivt på något sätt komma. En del människor har väldigt traumatiska historier, har kanske drag av personlighetsstörningar, är inte alls vana att lita på människor. Vuxna har hela livet liksom gjort dem besvikna eller inte funnits där för dem när det har behövts. Och ibland kan det kräva ett jättelångt arbete för att få förtroendet så att man tillsammans kan börja bygga upp samarbetet. Men de flesta har ju tack och lov inte så traumatiska historier så då går det lättare att komma igång.

Psykiatern talar inte bara om hur viktigt det är med ett känsligt och lyhört lyssnande och ett frågande som förmedlar en förståelse för patientens situation och livssvårigheter, utan också om hur avgörande det kan vara att en läkare kan visa att hen har *kunskap* om vilken sjukdom det är som patienten lider av. Det finns som jag vill visa, en omhändertagande etisk blick inom psykiatrin. Denna blick förmedlar en förståelse för mänskliga svårigheter och lidanden i olika områden av livet men också klinisk kunskap om de specifika problem som varje sjukdomsdiagnos uttrycker. Det är en kunskap som ger patienten en lugnande känsla av att svårigheterna går att behandla och att hen kan få hjälp.

Om man tänker på att varje anorexipatient kan reagera på och kan känna igen sig i en psykiatrikers ord och frågor, kan man bättre märka hur varje diagnos bär med sig en specifik förståelse för hur problemen har blivit hämmande för en patient. I min intervju säger läkaren att:

... i vissa fall kan man inte säga direkt att har de anorexi eller har de bulimi utan de har en ätstörning med drag av det där ena och det andra, speciellt om det inte är så riktigt allvarligt ännu. Och då brukar jag säga åt dem, när de frågar om jag har det eller det, att jag är övertygad om att du har en ätstörning men i det här fallet kan man inte säga om det är anorexi eller bulimi. Jag tänker alltid att ätstörningen är den där huvudrubriken. För den innefattar hemskt mycket gemensamma tankesätt och handlingsmodeller och hur

viktigt det här med kroppen, vikten, kroppsformen och viktfohin är. Det sätter patienten i en viss kategori: det är ungefär de här sakerna som bestämmer den här människans liv.

När psykiatern talar om att ätstörningen är huvudrubriken som "sätter patienten i en viss kategori", kan man tänka att varje diagnos uttrycker att någon kan ha specifika problemområden i livet som har börjat begränsa en för mycket. Av den här anledningen är det till exempel inte möjligt att byta ut anorexidiagnosen mot de bipolära svårigheterna eller mot autismen. När man som jag nämnde i avhandlingens första del, i kulturella debatter diskuterar frågor kring om någon enskild person har fått rätt diagnos, kan man förstå att man anser att det är angelägna frågor att diskutera, eftersom en feldiagnostisering uttrycker att det är en *förståelse för en persons liv* som har fallit bort eller blivit fel. Det är begripligt att man reagerar ifall man har fått fel diagnos eller fått en diagnos när problemen bättre kan förstås på andra sätt – man har inte blivit uppmärksammas tillräckligt och förstådd på rätt sätt. Frågan om en diagnos har blivit "rätt ställd", diskuterar man ibland inom kulturella diskussioner ungefär som att det skulle ha handlat om ett "tekniskt" misstag. Att det allvarligaste misstaget skulle ha varit att patienten till exempel då har fått en psykiatrisk etikett, som kan ge vissa begränsningar i arbetslivet eller andra motsvarande praktiska hinder.<sup>232</sup> Det här är visserligen också viktiga aspekter. Men uttrycket "rätt diagnos" handlar egentligen om och syftar på en hel livsförståelse för vad det för en människa kan betyda att ha sådana svårigheter som hen inte kan hantera.

När psykiatern säger att det är viktigt att visa att man har kunskap om vilka svårigheter sjukdomen handlar om, beskriver hen därför en mycket betydelsefull del av psykiatrin. I varje diagnos har man samlat erfarenheter och kunskaper om vilka slags problem en människa kan lida av och som varken hen själv eller de närstående kan göra någonting åt. Om man tänker på olika slags diagnoser, kan det vara möjligt att någon kan ta sig ur sina problem på egen hand, som vid social fobi. Det finns också andra former av diagnoser där man kan föreställa sig att en person kan ta sig ur problemen eller växa ur dem som vid adhd eller kliniska depressioner av olika svårighetsgrad. Men i regel är det svårt att bryta sig lös ur beteenden, när de väl har utvecklats till sjukdomar.

Vi kan föreställa oss fall när någon inte har fått rätt diagnos. Man har kanske ställt en för lindrig diagnos, "depression" till exempel,

---

<sup>232</sup> Se <https://sverigesradio.se/sida/avsnitt/800449?programid=1272>.

när personen kan ha någon form av personlighetsstörning, vilket kan medföra svårigheter med att knyta an till sina närmaste. I sådana exempel uttrycker en för lindrig diagnos att man har inte sett varken den sjukas riktiga lidanden och inte heller hur de anhöriga har varit tvungna att anpassa sig till sjukdomen. Den sjuka har förlorat rätt slags förståelse för sina långvariga problem, hen har gått miste om en *självförståelse*: varför hen har haft det så svårt med relationer, där andra inte alls har behövt kämpa eller åtminstone inte på samma sätt. Den anhöriga kan uppleva att alla problem som har funnits tillsammans med den sjuka inte har uppmärksammats. Som jag skrev i början av avhandlingen, visar det etiska sjukdomsbegreppet hur en psykiatrisk sjukdom också kan drabba en anhörig på olika sätt. Hur en psykisk sjukdom påverkar de anhöriga i form av att det kan uppstå olika konflikter med den som är sjuk, är en del av vad en psykisk sjukdom består av eller handlar om, såväl för den sjuka som för de anhöriga. Sjukhusintagningar kan förmodligen ge lindring för den sjuka och avlastning för de anhöriga, men inte några verktyg för att kunna hantera hur sjukdomen betar sig omkring de andra i vardagliga situationer. Att vi har psykiatriska diagnoser uttrycker att det finns en förståelse för den här typen av mänskliga problem och att det finns en kunskap som utvecklas mer och mer om hur man kan behandla. Det här innebär inte att psykiatrin skulle vara fullt utvecklad idag, men nog på väg mot bättre och mer kunniga förståelser av medicinering och behandlingsmöjligheter, individuella samt familjeinriktade.

#### **4.3 Några begreppsliga skillnader mellan somatisk och psykiatrisk diagnostisering. En psykiatrisk diagnos som ett redskap för samarbete, kommunikation och förändring**

Av min diskussion kring hur en psykiatriker genom samtalet försöker finna en väg till en gemensam förståelse kring vad det är som är patientens problem, kan man få syn på några begreppsliga distinktioner mellan somatisk och psykiatrisk diagnostik. När man går till läkaren med ett kroppsligt problem, vi kan tänka oss att någon har fått axeln ur led, har en läkare och en patient vanligtvis inga svårigheter med att tala om och förstå vad problemet är. Patienten klagat på smärtor i axeln och läkaren kanske skickar patienten till röntgen. Man kan enkelt formulera i ord vad problemet handlar om och läkaren kan ganska snabbt ge en prognos och skriva ut medicinering för värk, remittera till fysioterapi med mera. I sådana här sammanhang krävs det vanligtvis inte några

djupare insikter i patientens livssituation. Läkaren kanske skriver ut några dagars sjukledighet, som ett uttryck för att hen förstår patientens situation. Beroende på sjukdomen eller skadan, är det möjligt att bli frisk ganska snabbt i dessa lägen. För att tillfriskna kroppsligt behöver inte patienten arbeta med sig själv – personen behöver inte *gå i dialog med läkaren eller sin diagnos i flera år* för att kunna bli frisk. I det föregående kapitlet konstaterade jag att det finns sjukdomar, till exempel reumatiska sjukdomar där smärtan kan bli en kronisk del av patientens liv, där det kan krävas en mer insatt förståelse och empati för en persons hela livssammanhang. Men nu talar jag om de situationer som inte kräver några djupare empatiska insatser.

När det blir tal om kliniska vårdsituationer inom psykiatrin förändras sammanhanget ganska genomgripande. Här måste en läkare på ett helt annat sätt försöka nå fram till patienten genom att försöka skapa en tillitsfull relation. Här kommer det in en intressant skillnad mellan den fysiska och psykiatriska vården. När man inom den kroppsliga vården oftast inte behöver göra ett arbete för att kunna mötas om vilka problem patienten har, är det arbetsamma inom psykiatrin just att finna en väg till en *gemensam förståelse* av patientens problem. Men som jag tidigare nämnde: att man *kan* förenas kring en förståelse av vilka problemen är, är beskrivande för hur psykiatrin har kunnat bli en värdefull del av kulturen.

En psykiatrisk diagnos har därför några dimensioner som inte en somatisk diagnos omfattar på samma sätt. En psykiatrisk diagnos kan beskrivas som ett verktyg eller hjälpmedel för en persons förmåga att förändra sitt tänkande och genom det att kunna hantera sitt liv bättre och förändra det. Min intervjuade läkare beskriver anorexidiagnosens roll inom psykiatrin:

Intervjuaren: Varför behöver du diagnoser som läkare?

Läkaren: Om man tänker rent administrativt så behöver jag dem som läkare just för sjukberättelserna och för kommunikationen till folkpensionsanstalten och myndigheterna kräver att få veta vad det är. Men diagnosen är också någonting som blir till ett redskap i arbetet mellan mig och patienten. Att: "Nu är det en ätstörning du har, och din ätstörning tar sig uttryck så här att du har de här och de här sakerna som är väldigt vanliga med en ätstörning och sedan har du lite de här personliga dragen som inte alla har". Och så är det ofta så att en ätstörning, om man tänker på anorexi, en del har det mera förbundet med depression, andra med mera tvångsproblematik, någon annan med mera ångest. Jag tycker

många gånger med dom här flickorna, vi har ganska många 14,15 och 16 åringar här också på dagavdelningen, att vi tillsammans funderar att: "Ja, att din anorexi är förbunden med det här och det betyder det här och det här i din vardag."

Intervjuaren: Okej, så fast du har de här diagnoserna som på ett sätt ger dig en definition eller en beskrivning på ett visst sjukligt beteende, så behöver du förstå själva människan/individens bakom sjukdomen för att kunna använda diagnosen som ett redskap?

Läkaren: Jo, diagnoser är mera som ytfenomen kan man tänka, men vi jobbar mera på ett djupare plan. För annars tror jag inte att man får någonting till stånd.

Intervjuaren: Jo, det är en spännande tanke att diagnoser mera är som ytfenomen. Varför behöver ni då diagnoser inom ätstörningsvården?

Läkaren: Jag tror nog att det är jätteviktigt därför att många som kommer i vård har en känsla av att: "Jag är kanske inte tillräckligt sjuk!" och "Jag borde inte vara här, någon annan behöver mera den här platsen!". Ätstörningen är ju, och speciellt anorexin, är egocytton, alltså den blir *ett med jaget*. Och då är *jag* dålig och *jag* klarar inte av det ena och det andra. Och har vi inte en diagnos på det så är det jättesvårt att börja diskutera det här. Att: "Du är inte det här, du är den du är, du är den och den flickan och sedan har du *drabbats* av en ätstörning. Och det gör att du tänker och handlar på det här sättet. Och det första i vården är alltid att få igång ett moment av psykoedukation, att de får lära sig saker kring det. Och sedan det andra, att få det här lilla ifrågasättandet: "Jaa, jag tänker så här men tänk om det inte är så, tänk om det finns andra sätt att tänka." Och att på det sättet börja litet luckra upp det där strikta systemet som de har fastnat i.

Intervjuaren: Så kan man säga att diagnosen blir som ett redskap för dig när du försöker få individen att öppna upp sitt tänkande på sig själv och på världen? Ett sätt att öppna upp flexibiliteten?

Läkaren: Jo. Och vi pratar ofta om det här att när man har ätstörning så har man ätstörningsglasögon på. Man ser på allting via ätstörningen. I min värld av någon anledning, så tänker de alltid i orange, de ser allting i orange. Sen senare när de är friskare kan de berätta att de märker att nu kan de se på ett annat sätt på samma sak

som de tidigare bara såg med ätstörda ögon. Det präglar hela ens sätt att se på sig själv och omvärlden.

Intervjuaren: Och varför tycker du det är viktigt att ge någon en ätstörningsdiagnos ifall den personen kommer till dig?

Läkaren: Just för att få igång det här samarbetet och förståelsen. Ett redskap.

En diagnos behövs inom psykiatrin, inte enbart för sjukberättelserna eller för att läkare och vårdpersonal ska kunna kommunicera kring patienternas problem, utan för att få igång ett flerårigt samarbete som ska leda till att patienten får en mer självständig och flexibel personlighet. Inte så att patienten borde utvecklas till någon helt annan, utan personen kommer att få lära sig att tänka på ett annat sätt vilket kan leda till en livsförändring. Det här är en nödvändig dimension inom psykiatrin som man kan säga att inte behövs på samma sätt eller är väldigt nedtonad inom den kroppsliga vården. Man behöver inte utesluta att man kunde hitta exempel på sådana kroppsliga sjukdomar, där det kan krävas mer av ett samarbete och en förståelse kring vad patienten kan behöva förändra i sitt tänkande, som vid kronisk fysisk smärta. Men generellt är det inom psykiatrin som begreppen *samarbete*, *självförståelse* och *kommunikation* har en så stor betydelse för själva *tillfrisknandet*. Jag menar inte heller att alla psykiatriska sjukdomar skulle vara botbara genom just dialogen med läkarna och vårdarna och därigenom med den reflekterande, transformerande självförståelsen. Betraktar man dialogen närmare så kunde man säga att den dels kan hjälpa att identifiera sjukdomsbilden och vari en människas problem består, men även om sjukdomen är dialogberoende är det inte sagt att den kan botas med hjälp av dialog.

Vissa former av psykiska sjukdomar kanske inte är så behandlingsbara med olika terapimetoder och kan kräva att man medicinerar. Att man använder begreppet *kroniker* inom psykiatrin är en följd av att man inte alltid lyckas hjälpa någon. Vad jag istället vill peka på är att många psykiatriska sjukdomar kräver ett annat förståelsearbete inte bara med den egna personligheten utan också inom en familj eller med nära relationer, än de kroppsliga. När jag intervjuade kvinnorna som hade insjuknat i anorexi och några av deras föräldrar märkte jag att diagnosen ofta också inom familjerna fick en kommunikativ roll. Till exempel Rebecka som insjuknade när hon var kring 16 år, säger:



Intervjuaren: Vi har redan litet gått in i det här med hur din familj och vänner har förhållit sig till dig efter att du fick din diagnos. Kan du berätta mera om på vilket sätt din anorexidiagnos har påverkat din relation till din familj och dina vänner?

Rebecka: Ja, jag tycker nog att jag har kommit väldigt mycket närmare min familj framförallt. Det känns som om vi har fått mycket mer förståelse för varandra och vi kan prata om känslor litet lättare. Vi har ju gått i familjeterapi också och det har hjälpt väldigt mycket. Jag tror det skulle ha varit väldigt svårt för mina föräldrar annars att sätta sig in i min sjukdom. För det är inte heller så lätt att förklara objektivt när man själv är drabbad, så det tycker jag absolut har hjälpt. Och att också få deras syn på hur de ser saker och upplever saker med mig. Och det känns som om vi är mera måna om varandra och att vi uppmärksammar varandra om någon är nere och om att vi mår bra och sådana grejer. Och litet samma med mina kompisar. Det känns som att vi kan prata lättare om betydelsefulla saker nu. Att inte bara hålla på och skoja och flamsa alltid, hela tiden, utan att vi verkligen bryr oss om hur vi mår också. Så, det tycker jag att ha varit positivt.

I citatet ovanför exemplifieras de förståelseresurser som finns inom psykiatrin. Förutom att psykiatrin har kunskap om hur man bemöter, behandlar och förstår en sjuk människa, kan en diagnos också ge en kunskap om hur man kan gå till väga för att avlasta och hjälpa en hel familj där någon har stora psykiatriska svårigheter. Det är som Rebecka säger väldigt svårt att som sjuk, kunna se på sina problem objektivt och med ett avstånd. Det måste vara mycket smärtsamt för en psykiatrisk patient som haft livslånga problem att ens tänka på hur sjukdomen har påverkat de närstående. Att det finns tillräckligt med psykiatriska vårdmodeller som involverar också de anhöriga skulle innebära att man har sett och uppmärksammat omfattningen av det lidande som en psykiatrisk sjukdom kan leda till.

#### **4.4 Diagnosen som ett moraliskt omdöme om en människas situation**

Vi har redan sett att de två mer vanliga förklaringarna inom forskningslitteraturen är att psykiatriska diagnoser antingen ska förstås och definieras som naturliga sorter eller sociala konstruktioner. I intervjun formulerar dock läkaren en annorlunda – en *moralisk* syn på den psykiatriska diagnosens natur:

Intervjuaren: Vad är en diagnos enligt din uppfattning?

Läkaren: Det är en bedömning av patientens symptom och undersökningsresultat. Och nyttan är den, både för patienten, att man får ett namn – vad är det jag har? Och sedan kan det ha betydelse – vid ätstörningar är det kanske inte lika mycket, men vid andra sjukdomar har det ju betydelse – för vården, vilken vård den behöver och sedan för prognosen. Att veta litet hur det går. Men som sagt, det är kanske litet tydligare för andra sjukdomar än för ätstörningar, det här med vård och prognos. På det sättet har det att man vet, vi har jättegodt vårdresultat, över 80 % är helt friska efter fem år. Så jag säger åt mina patienter att det är ätstörning och att det är en allvarlig sjukdom och att man kan bli frisk. Men att det är jättesvårt att veta hur lång tid det tar.

Intervjuaren: Så en diagnos är inte enbart en beskrivning på ett sjukt ätbeteende? Och inte heller t.ex. en definition på sjukdom, om man exempelvis skulle tänka sig att en ätstörning i grunden handlar om att jag har en felfunktion i biokemin i min hjärna? Utan som du ser det handlar en diagnos först och främst om en *bedömning* av en patients situation?

Läkaren: Ja, en bedömning av en patients symptom och undersökningsresultat. Om man tänker sig, som vid ätstörningar, om vi håller oss till det, att man bara skulle följa diagnoskriterier, så då skulle du bara kunna fråga folk att har du det och det. Och kruxa för och få en diagnos. Men det säger ju alla att det är inte tillräckligt utan sedan måste man i andra hand göra en intervju. Där kommer den andra aspekten med. Och i vissa fall kan man inte säga direkt att har de anorexi eller har de bulimi utan de har en ätstörning med drag av det där ena och det andra, speciellt om det inte är så riktigt allvarligt ännu. Och då brukar jag säga åt dem, när de frågar om jag har det eller det, att jag är övertygad om att du har en ätstörning men i det här fallet kan man inte säga om det är anorexi eller bulimi. Jag tänker alltid att ätstörningen är den där huvudrubriken. För den innefattar hemskt mycket gemensamma tankesätt och handlingsmodeller och hur viktigt det här med kroppen, vikten, kroppsformen och viktfohin är. Det sätter patienten i en viss kategori: det är ungefär de här sakerna som bestämmer den här människans liv.

Skulle jag ha intervjuat fler psykiatriker skulle jag förmodligen ha kunnat få andra synsätt på diagnoserna. Men i den här intervjun kommer läkaren ganska nära mitt etiska sjukdomsbegrepp. En diagnos kan i sista hand

beskrivas som ett moraliskt omdöme om hur en människa har blivit begränsad av sina beteenden och hur svårigheterna förminskar hennes möjligheter i livet på lång sikt. Ifall man återvänder till Fulfords tanke om att sjukdom kan beskrivas som en handlingsförlust, kan man se att hans syn kommer ganska nära den centrala moraliska idén om ansvarsfulla reaktioner. Med den skillnaden att när Fulford talar om handlingar skulle jag säga att man inte alltid kan urskilja rena handlingar, utan sjukdomen har exempelvis lett till att relationerna inom en familj har blivit "störda" eller osunda, föräldraskapet har blivit lidande eller att man inte har lyckats skapa sig den karriär som man skulle ha önskat.

Som läkaren säger i det föregående avsnittet är människan som söker hjälp en aktör inom vården. Diagnosens frukter i det enskilda läget beror inte bara på vården eller på diagnosen, utan också på patientens vilja och förmåga att ta till sig vård och att kunna förändra sitt tänkande. Så även om en läkare kan ha reagerat moraliskt på en människas problem, hen har alltså förstått hur problemen hämmar personen – diagnosen är moraliskt välgrundad, behöver inte det här leda till att diagnosen också blir välgörande för patienten. Vilken roll diagnosen kommer att få kan bero på många yttre faktorer. Till exempel hur man hanterar diagnosen inom en familj, skola eller arbetsplats och vilken vård och vilka behandlingar patienten får för att kunna hantera sina svårigheter. Man kan säga att det är en läkares ansvar att ställa en så korrekt diagnos/korrekta diagnoser som möjligt. Men man tänker sig också att man alltid kan ge ett svar på om diagnosen blev rätt eller inte, när det gäller hur det gick för personen efteråt. Men i moraliska frågor är det inte alltid så att man kan ge ett korrekt svar eller att det skulle finnas bara en enda handling som är den rätta. Man vet inte alltid vad en handling eller situation leder till i slutändan. Så här kan man tänka också på frågan om en diagnos blev rätt eller fel för en person – det kanske inte alltid finns ett entydigt svar.

I mitt intervju-utdrag i det tidigare avsnittet uttrycker läkaren också hur viktigt det är att vården gör så gott den kan för att visa att man känner till patientens problem och att man tar emot personen när hen vill ha hjälp. Läkaren formulerar som jag ser det, ett av vårdens mer fundamentala begrepp: att visa omvårdnad, ta emot patienter och göra sitt bästa för att hjälpa. Ibland måste vården konstatera att man inte kan göra mer, men då har man åtminstone försökt att om inte bota, så åtminstone lindra och avhjälpa. Man har då visat att man har uppmärksammat och sett patientens och de anhörigas situation. En sak som inte nämns så ofta i litteraturen är att det ur en anhörigs synvinkel

också är viktigt att vården kan hjälpa till med att väcka patientens ansvar för sitt liv. Många gånger är det frågor kring personens eget ansvar som kommer upp för de anhöriga, när någon har mentala problem eller insjuknar. Att man exempelvis inte inom familjen har lyckats väcka den deprimerades upplevelse av ansvar för det egna livet, bildar det meningssammanhang där man kan förstå varför det överhuvudtaget har uppkommit någonting sådant som ett sjukvårdssystem. I situationer där omgivningen inte omedelbart ser några utvägar till att väcka ett slocknat ansvar kommer frågor kring sjukvårdens möjliga uppgifter in. Vad ska psykiatrisk omvårdnad sist och slutligen handla om? Räcker det med psykiatriska sjukhus och frågor kring hur man ska strukturera den vård som finns där? Är det tillräckligt med att medicinera eller ska samhället se till att de mentalt sjuka kan bo för sig själva men ge dem hjälp i deras hem? Hur ska familjerna eller de personer som står de insjuknade nära gemensamt med psykiatrin, kunna återuppväcka det personliga ansvaret, livsglädjen och viljan att leva? Hur gör man det här på bästa tänkbara sätt?

#### **4.5 Sammanfattning**

I mina intervjustudier märkte jag hur olika de sammanhang var som kvinnorna hade insjuknat i. Det kunde handla om att som ung flicka försöka bearbeta en kaotisk livssituation på grund av föräldrarnas skilsmässa eller att kunna veta om ett idrottsligt sammanhang är ens rätta val och mål för tillfället. I detta kapitel har jag diskuterat dessa varierande kontexter mot de sjukdomsteoretiska försöken att formulera en objektiv definition på sjukdom.

Diagnosens roll inom medicinen har ofta ansetts handla om att beskriva patientens symptom, något som är viktigt för själva vården och kommunikationen om sjukdomen. Diagnosen behövs också för att skapa sig en bild av vad sjukdomens orsaker är, hur den skall behandlas och för prognoser om tillfrisknandet. Man kan säga att det handlar om att definiera en problematik. Kunskapen om diagnoser har setts vara till hjälp både för att kunna bemöta patienter och förklara varför någon har insjuknat. Vetenskapligt kan allmänna slutsatser dras ur denna samlade kunskap, men i kapitlet har jag frågat mig om dessa fördelar ändå lyckas fånga kärnan av vad som står på spel – det som sker i mötet mellan läkare och patient. Det måste naturligtvis finnas något som skiljer sjukdom från icke-sjukdom. K.W.M. Fulford talar exempelvis om en så kallad "action failure", att sjukdom skall ses som brist på handlingskraft.

Trots att ett insjuknande säkerligen omfattar den aspekten, så har jag genom Rush Rhees diskussion om förståelse, velat lyfta fram hur en läkares öppna blick för de speciella områden i livet som en människa har problem med och som har blivit begränsande, är viktig för att få syn på sjukdomens mening eller betydelse för en viss person. Jag ser denna etiska blick, som förutom att den förmedlar en förståelse för patientens livssituation också förmedlar klinisk, biologisk kunskap om olika sjukdomstillstånd, som en central del av diagnostiken och i mötet mellan läkare och patient. Och jag vill uppmärksamma den mer än allmänna sjukdomsdefinitioner. I min läkarintervju betonas också den här förståelsen som en central del av det lyckade mötet med en patient. Genom det här lyhörda lyssnandet handlar "en rätt diagnos" om att förstå en människas helhetssituation, snarare än att enbart lyckas kartlägga ett exakt biologiskt tillstånd.

Jag har också diskuterat vad det kan betyda för en patient att inte få rätt diagnos, på vilket sätt det kan beröva hen på en självförståelse som är viktig för att exempelvis kunna skapa tillräckligt meningsfulla och varaktiga relationer. Sjukdomssituationerna omfattar ändå inte bara patienten själv utan ofta också personens anhöriga eller andra relationer. Genom att i synnerhet se på familjesammanhangen har jag diskuterat vad diagnoserna, eller bristen på dem, kan betyda för de berörda människorna. Jag har framhållit att det finns begreppsliga skillnader mellan den somatiska och psykiatriska medicinen. För att kunna bli bättre eller tillfriskna från en psykisk sjukdom eller någon annan psykiatrisk diagnos, krävs det vanligtvis att patienten får en bättre självkänedom, vilket förutsätter kommunikation och samarbete med vårdarna. En psykiatrisk sjukdom kan därför beskrivas som dialogberoende, i första hand med vården men dialogen kan även inbegripa anhöriga. I psykiatriska eller mentala sjukdomssammanhang är begrepp som självkänedom, kommunikation och samarbete centrala på ett mer genomgripande sätt än vid de kroppsliga.

I kapitlet har jag lyft fram att en diagnos kan förstås som ett moraliskt omdöme om en människas livssituation. Jag ifrågasätter inte att de allmänna sjukdomsdefinitionerna, statistik och samlad kunskap har en roll inom medicinen. Jag anser ändå att förståelsen för verksamheten som moralisk i grunden, är betydelsefull i strävan att ge en så god vård som möjligt, som kan vara såväl individuell som familjecentrerad. Risker att patienternas upplevelser inte passar in i de empiriska sjukdomsmodellerna finns om inte lyhördheten ges en central roll i förståelsen för den medicinska praktiken.

## 5 Diagnosens roll inom samhället

### 5.1 En vanlig fråga: hur uppstår diagnoser?

Många teoretiker från olika vetenskapsområden reflekterar idag kring frågor om på vilket sätt olika och nya sjukdomsdiagnoser uppstår i vårt samhälle.<sup>233</sup> När det gäller de psykiatriska diagnoserna är det vanligt att man poängterar att samhällseliga faktorer såsom media, läkemedelsföretag och patientföreningar tillsammans med den diagnostiska psykiatrin skapar den diagnostiska kultur som vi har.

Trots den här tendensen kan man tänka, som även Svenaeus gör, att det vanligaste sättet att föreställa sig sjukdom på, är att betrakta det som någonting som alltid har existerat och att tänka sig att när den medicinska vetenskapen utvecklas hittar forskarna förklaringsmodeller och ibland effektiva läkemedel mot dem.<sup>234</sup> Men är det alltid så att en sjukdom redan existerar innan man finner en medicinsk förklaring till den, som vid cancer eller diabetes? Eller uppstår nya diagnoser på grund av att nya läkemedel framställs? Exempelvis skriver Svenaeus att de nya antidepressiva läkemedlen, de så kallade SSRI-preparaten, som nuförtiden kan ge lindring för en mängd olika typer av symptom såsom för ångestbesvär, depression, pms och anorexi, är diagnosdrivande eftersom de "stjäl" sjuka från andra diagnoser av såväl psykisk som kroppslig typ. Diagnosen depression har, menar han, under de sista femton åren gått från att ha varit en relativt liten diagnos till att omfatta en stor del av den svenska befolkningen.<sup>235</sup> De nya antidepressiva medicinerna, SSRI-läkemedlen (Cipramil, Seroxat, Efexor osv), är i USA mera kända under namnet Prozac. De började säljas under 1990-talet i Sverige och nuförtiden äter omkring sex procent av den svenska befolkningen antidepressiv medicin. SSRI-läkemedlen har mindre biverkningar än de tricykliska preparaten och MAO-hämmarna och de antas fungera genom att öka signalsubstansen serotonin i hjärnans synapser.<sup>236</sup>

Enligt Svenaeus är det inte alltid så att en sjukdom redan existerar när man finner en medicinsk förklaring till den. Han menar att en sjukdom ibland föds genom att den medicinska vetenskapen får oss att se på vardagliga tillstånd och beteenden med nya ögon. Under

---

<sup>233</sup> Se t.ex. Horwitz, Svenaeus, Hacking, Brante eller Johannisson.

<sup>234</sup> Se Svenaeus, (2008), s. 27.

<sup>235</sup> Ibid., s. 28.

<sup>236</sup> Ibid., s. 14

nittonhundratalet slog till exempel mätningen av blodtrycket igenom med identifierandet av för höga och för låga värden. Samma fenomen handlar det om när ett läkemedel gör det möjligt att förändra en kroppsfunction utan att man förstår hur bristerna i funktionen kan kopplas ihop med en sjukdom. Ett läkemedel kan enligt Svenaeus börja producera en stor skara sjuka och botbara människor. Men för att det här ska vara möjligt måste människorna som ska behandlas *lida* av sitt tillstånd på något sätt. Men att lidandet tidigare betraktades som något som berodde på sjukdom är inte självklart och det är inte heller säkert att behandlingen kommer att begränsas till den grupp man ursprungligen hade identifierat, skriver han. Svenaeus anser att urskiljningsprocesserna för vad som räknas som sjukdomar när det gäller de psykiatriska diagnoserna huvudsakligen följt den sistnämnda modellen:

Det har visserligen alltid funnits en relativt stor grupp av människor som betraktats som psykiskt sjuka, men exakt hur stor gruppen har varit och hur man valt att klassificera de olika typerna av psykisk sjukdom, har varierat kraftigt och berott på de teorier man använt sig av för att sortera avvikande beteende och lidande. Sedan 1950-talet, när moderna psykofarmaka började användas, har också indelningen av patienter i olika diagnoser i mångt och mycket följt ett mönster som speglat hur olika typer av preparat har haft effekt på olika typer av symptom.<sup>237</sup>

Det är sant som Svenaeus skriver att läkemedel ibland kan börja skapa sjukdomar och diagnoser i den meningen att medikaliseringsprocessen förändrar det sätt som man betraktar vardagliga beteenden och lidanden på. Psykiatriska diagnoser växelverkar ofta med individer på ett sådant sätt att man kan börja betrakta sitt eget beteende i ljuset av en diagnos. Diagnoser är som Hacking skriver, *interaktiva kategorier*,<sup>238</sup> vilket bland annat betyder att man börjar tolka sitt eget eller andras beteenden genom diagnosens lins. Ifall man i en viss situation upplever panikkänslor och tror att man ska svimma, kanske diagnosen panikstörning kan fungera som en förklaring på vad som håller på att hända. Som Svenaeus skriver så börjar vi betrakta vår oro och ångest med nya ögon när vi får höra talas om att det finns ett tillstånd som kallas panikattack. Man kanske säger som Svenaeus uttrycker det: "Jaså, det var en panikattack, det förstod jag

---

<sup>237</sup> Ibid., s. 28.

<sup>238</sup> Hacking (1999), ss. 141-142. Jag beskriver mer grundligt vad Hacking menar med interaktiva kategorier i kapitel 9, i min diskussion om hur Elin beskrevs som en kroniker av den lokala sjukvården.

inte när det hände”, ”Det här känns fruktansvärt, det måste vara en panikattack”, och så vidare.<sup>239</sup> Själva *namnet* ”panikstörning” eller ”panikattack” öppnar upp för en ny förståelse av ett fenomen. Svenaeus beskriver panikattacker och depressioner som utmärkta exempel på det som Hacking talar om som interaktiva kategorier. Svenaeus skriver:

Interaktiva kategorier är namn och avgränsningar i språket som, när de sprider sig, påverkar människors upplevelser och erfarenheter. De berörda människorna samverkar med kategorin i den sortering av verkligheten som äger rum när kategorin tillämpas.[...] Det innebär inte att det som diagnoserna pekar ut inte finns – att det uteslutande skulle vara fråga om en social konstruktion (upppfinning) – men det innebär att människor spelar en avgörande roll i själva utpekandet och avgränsandet av de underliggande biologiska tillstånden.<sup>240</sup>

Som Svenaeus skriver så är anledningen till att psykiatriska diagnoser kan öka nämnvärt i ett samhälle just den att de är interaktiva kategorier. Människor som söker hjälp för diffus nedstämdhet, oro och ångest och läkare som möter de här upplevelserna, får en medicinsk benämning och en förklaring på dessa sinnesstämningar. Medikaliseringen innebär alltså att vanliga beteenden genom medicinsk utveckling kan komma att betraktas på ett nytt sätt, vilket i sin tur kan innebära en accelererande diagnostisering av psykologiska problem. Men det är inte bara den enskilda individen som omedvetet eller självmedvetet växelverkar med en ny diagnos. Också grupper av människor kan formas och påverkas av någon viss kategori, menar Hacking. När en kategori har blivit inbäddad i en viss kultur med speciella sedvänjor och institutioner, kommer människor att utveckla nya kollektiva beteendemönster utifrån de kategorier man använt sig av, vilket i sin tur kan ge upphov till nya sätt att kategorisera samma grupp av människor.<sup>241</sup> Hacking poängterar alltså diagnosernas rörlighet över tid. Eftersom människors beteenden kan förändras av hur de har beskrivits kan dessa förändrade beteendemönster i sin tur påverka själva kategorin: den kan förändras eller bytas ut.<sup>242</sup>

Men medikaliseringen som fenomen har väl inte uppstått ur tomma intet eller i ett kulturellt vakuum. Att mediciner överhuvudtaget någonsin har börjat framställas och att utvecklingen har gått framåt måste

---

<sup>239</sup> Svenaeus (2008), s. 115.

<sup>240</sup> Ibid., s. 115.

<sup>241</sup> Hacking (1999), s. 155.

<sup>242</sup> Ibid., s. 140.



väl bero på någonting? Här kan man ställa sig frågan varför vi överhuvudtaget har en sådan verksamhet som medicinsk diagnostisering i vårt samhälle och vad den här verksamheten säger om vårt levnadssätt. Om man föreställer sig ett samhälle där man inte skulle ha några diagnoser eller några sjukdomsbegrepp och där man inte skulle känna till ord som depression, migrän, reumatism, schizofreni eller bipolär sjukdom, så hur skulle man reagera på ett beteende som ter sig ovanligt, underligt eller extremt bisarrt eller på kroppslig smärta och kroppsliga symptom. Skulle man inte reagera alls eftersom det inte skulle finnas några sjukdomsbegrepp? Skulle man inte reagera ifall en anhörig skulle klaga på kroppsliga symptom? Hur skulle man reagera ifall någon blev så handlingsförlamad att hen inte kom upp ur sin säng eller om någon var övertygad om att hen är förföljd och avlyssnad genom radio och TV? Skulle man inte reagera med att någonting borde göras eller försöka förklara det här beteendet på något sätt? Det är med andra ord omöjligt att föreställa sig att man skulle reagera med likgiltighet. Riving beskriver avvikarens (den mentalt sjukas) roll så här:

I konfrontationen med det okända viker de flesta undan i misstro och förskräckelse. Ändå har avvikaren alltid befunnit sig i samhället, rört sig i samma miljöer och vardagliga sammanhang som alla andra. Mitt i gemenskapen, integrerad och delaktig – och samtidigt ställd vid sidan av, utesluten och förskjuten. Den psykiskt sjuka har varit en bland alla andra – en älskad familjemedlem, en respekterad granne, en god vän – men samtidigt också någon helt utanför, förvandlad och förfrämligad. Avvikarens roll har varit komplex, väckt medkänsla och sorg likaväl som förakt och rädsla.<sup>243</sup>

Riving sätter fingret på den dubbelhet som är karakteristisk när det gäller mental sjukdom och psykisk avvikelse. Förutom att den mentalt sjuka får en roll som en avvikare och som "en som inte är som vi andra" är hen med oss hela tiden i form av att personen ofta kan vara en älskad familjemedlem – en far, en syster, en kusin eller en god vän. Man har ofta en nära relation till den som har psykiska problem eller har någon diagnos. Att den psykiatriska medicinen överhuvudtaget har kunnat gå framåt kan betraktas som ett svar på att människor genom tiderna lidit av psykiska problem som ångest och depression, uttryckt det här för sina anhöriga och berättat det för sina läkare och terapeuter. Om människor aldrig någonsin i sina relationer till varandra skulle ha reagerat på

---

<sup>243</sup> Riving, s. 119.

varandras kroppsliga eller mentala sjukdomsuttryck och *förhållit* sig till de här som någonting som borde behandlas och som kräver vård, istället för andra åtgärder, är det svårt att föreställa sig att den medicinska verksamhet som vi har idag skulle ha uppstått.

Även om det var först vid mitten av 1800-talet som psykiatrin etablerade sig som en vetenskaplig specialitet, går teorierna om psykisk sjukdom och försöken att bota "galenskap" och "vansinne" tillbaka ända till Hippokrates tid.<sup>244</sup> Man kan säga att även om själva inställningen till det bisarra och extremt konstiga beteendet kan variera mellan tidsperioder och mellan olika kulturer så väcker det som vi kallar "onormalt", "avvikande" eller "sjukt" reaktioner hos oss. Ett exempel på behovet av att skapa förklarings- eller tolkningsmönster för det vi kallar sjukt är att man i vissa kulturer förklarar mental sjukdom med "onda ögat" och man försöker bota de här tillstånden genom andeutdrivning eller schamanism. I sin bok *Vansinnets historia under den klassiska epoken* skriver den franska filosofen och idéhistorikern Michel Foucault:

En ny företeelse dök upp under renässansens fantasivärld och skulle snart inta en framträdande plats. Det var dårskeppet, en underlig och drucken farkost som glider längs Rhenlandets floder och de flamländska kanalerna.<sup>245</sup>

Dårskeppen förekom bland annat i diktverk som *Das Narrenschiff* av Sebastian Brant (1457-1521) och i en av Hieronymus Boschs (1450-1516) målningar (Dårskeppet). Foucault framställer dårarnas skepp som reellt existerande: "De har verkligen existerat, dessa båtar som förde sin vanvettiga last från en stad till en annan."<sup>246</sup> Oavsett vilken innebörd dårskeppen, genom konstens språk, avspeglade under senmedeltiden, kan dessa skepp för nutidsmänniskan symbolisera det ultimata utanförskapet. Lika suggestivt som Foucault beskriver hur medeltidens dårar kördes ut från städerna och sattes ut på en segling med dubbel innebörd: "Dessa färder innebär på samma gång den strängaste avskildhet och den mest absoluta frihet att färdas",<sup>247</sup> lika suggestivt frammanar bilden av dårskeppet, åtminstone för mig, den stora skrällen för galenskapen. En fruktan som i det här sammanhanget inte enbart uttrycker att man är rädd för att "tappa förståndet" eller att förlora kontakten med verkligheten. Man är medveten om galenskapens kluvena

---

<sup>244</sup> I. Nilsson & H. I. Peterson: *Medicinens idéhistoria* (Borås: SNS förlag, 1998), s. 219.

<sup>245</sup> M. Foucault: *Vansinnets historia under den klassiska epoken* (Lund: Arkiv, 1992), s. 17.

<sup>246</sup> *Ibid.*, s. 18.

<sup>247</sup> *Ibid.*, s. 21.

existens: att finnas till men att ändå inte göra det helt och fullt i och med att man kan bli förskjuten och isolerad. Frågan om dårskeppen existerat eller inte är inte viktig för mitt resonemang, eftersom jag använder dem som en metafor för den reaktion som jag försöker förmedla att kan uppstå inför det som vi kallar vanvettigt och sjukt. Dårskeppen må vara en myt, men den myten kan i så fall tänkas resa sig, igen ur de mänskliga sammanhang, där den psykiska sjukdomen väcker upp en mångfald av tankar och känslor: rädsla, aggression och förakt. Likväl en förståelse för att engagemang i den sjuka riskerar dra in en själv i sjukdomen, ett stigma som riskerar färga av sig, men också sorg och känslor av omsorg.

Om en bävan för den psykiska sjukdomens konsekvenser kan man läsa om i Michael Greenbergs bok *Den dagen min dotter blev galen*, där han skildrar sin dotters kamp mot bipolär sjukdom. I ett skede när alla familjemedlemmar slutligen tvingas medge att Sallys avvikande beteenden är symptom på en psykos utmålar hennes bror något av det meningssammanhang som den som lider av den här typen av sjukdomar kan leva i:

Sally är psykiskt sjuk, pappa. En del kommer aldrig att se henne som annat än psykiskt sjuk om de får reda på det. De kommer inte att lita på henne. Jag vet hur snacket går, speciellt när det gäller flickor. Det är skoningslöst. De kommer att flina åt henne och skämta om henne. Vi måste se till att det inte kommer ut.<sup>248</sup>

En vanlig reaktion på psykiskt sjukt beteende kan som Greenberg beskriver det vara hån, grymhet, och ett avvisande på ett nästan instinktivt plan.<sup>249</sup> Detta är ett meningssammanhang av isolation: en tysthet som bärs upp av att man inte kan tala om psykisk sjukdom *på något sätt alls* med sin omgivning och av känslor av skuld för det som drabbat en själv eller ens barn och så vidare. Det är inte psykiatrin och inte bara sjukdomarna i sig själva som skapar detta sammanhang. Eftersom många psykiskt sjuka kan bryta mot normer i samhället kan tystnaden många gånger också kretsa kring det. Men det är framförallt på grund av den starka och litet gåtfulla stigmatiseringen som man skäms så mycket att de drabbade familjerna kan fångas in i en kvävande och destruktiv isolation. Att vi använder oss av psykiatriska begrepp och har en vårdapparat som kretsar kring termerna psykos, bipolär sjukdom eller schizofreni är en reaktion på att människor genom historien inte kunnat

---

<sup>248</sup> M. Greenberg: *Den dagen min dotter blev galen* (Stockholm: Bonniers, 2009), s. 153.

<sup>249</sup> *Ibid.*, s. 171.

hantera den ohållbara meningssituation som kan uppstå i en familj eller i ett samhälle på grund av de beteenden som vi kallar för sjukdomar.<sup>250</sup>

Med sin bok *Vansinnets historia under den klassiska epoken* kom Foucault att bli oundviklig för diskussionerna kring mental sjukdom och viktig för de olika former av antipsykiatrisk och socialkonstruktivistisk kritik, som vill se psykiatrin som en social institution vilken försöker kontrollera och förtrycka de mentalt sjuka. Trots sin kritik av förhållandena i de mentala institutionerna och hur människor behandlades är Foucault inte psykiatrikritisk på något enkelt sätt. Genom sin historiska förståelse av hur mentalsjukhusen uppkom, ger han ett perspektiv på att vår förståelse av kärnan i deras verksamhet inte byggde på de vårdidéer vi kanske skulle tro att de gjorde. Han står för en tänkvärd och bred kulturkritik.

Han beskriver på vilket sätt de första mentalsjukhusen (interneringsanstalterna) uppstod i mitten av 1600-talet. Enligt honom övertog mentalsjukhusen en struktur som redan fanns, nämligen spetälskehospitalens. I dessa befintliga sjukhus fanns det gott om plats då spetälskan försvunnit i slutet av medeltiden. De första mentalsjukhusen hade enligt Foucault ingenting med läkarvetenskapliga idéer att göra utan man ville först och främst få bort alla tiggare, vagabonder, arbetslösa och andra dagdrivare från Paris gator. Han menar att "internerandet" eller inspärningen ursprungligen har samma innebörd i hela Europa under 1600-talet: det är en reaktion på en ekonomisk kris som lamslår hela västerlandet. Man fruktade att de fattiga skulle översvämma landet.<sup>251</sup>

Foucault skriver att man under 1700-talet började fästa uppmärksamhet mot alla de olika grupper av avvikare som man hade spärrat in på mentalsjukhusen:

Att de vansinniga gradvis isoleras, att de vansinnigas monotoni uppdelas i rudimentära undergrupperingar – inget medicinskt framsteg, inget humanitärt närmande är orsaken till detta. Det är själva grunden för interneringen som föder fenomenet; det är från den man måste begära redovisning för vad denna nya medvetenhet om vansinnet är.<sup>252</sup>

---

<sup>250</sup> Rivings avhandling belyser hur man även på 1800-talet inom familjen brottades med den ohållbara situation som kunde uppstå när någons beteende spårade ur fullständigt.

<sup>251</sup> Foucault, ss. 49-61.

<sup>252</sup> Ibid., ss. 241-242.

Det var alltså själva interneringen eller inspärningen som gav upphov till att galenskapen sorterades ut som ett objekt för ny klassificering och behandling. Internerandet hängde dessutom samman med borgerliga normer och en religiös värld där synd bestraffades eller korrigerades. Han säger: "För den katolska kyrkan liksom för de protestantiska länderna representerar internerandet i den auktoritära modellens form myten om social lycka..."<sup>253</sup> Praktiken att internera skapade alltså vansinnet och fick stöd av rådande sociala normer och idéer.

Foucaults beskrivning tar också fasta på förnuftets roll, som en del av den kulturella självförståelsen. Han beskriver här att konstituerandet av vansinnet under slutet av 1700-talet bröt den dialog med människan som i någon form funnits dittills. 1600-talet var som han skriver "märkligt gästvänligt mot vanvettet"<sup>254</sup>. Dialogen bröts och likaså kommunikationen mellan dessa två. Att de vansinniga började betraktas som totalt annorlunda, det vill säga obegripliga att förstå, är en nyckel till Foucaults historiska läsning. "Psykiatrins språk, som är förnuftets *monolog rörande galenskapen*, har kunnat uppstå just på grund av denna tystnad."<sup>255</sup> skriver han i bokens förord. I läsningen av Foucault skulle jag vilja lyfta fram att han inte är psykiatrikritisk på ett sätt som skulle innebära att han är kritisk till läkekonsten som sådan. Han kritiserar kulturens sätt att ta avstånd från de vansinniga – att se mentalsjukdom som ett slags oförnuft som det är omöjligt att relatera till. Problemet för honom är att den psykiatri som han beskriver är byggd på makt, på kontroll och idéer som inte har något med omvårdnad eller en vilja att bota och hjälpa att göra.

Man kan säga att även om antipsykiatri förde det positiva med sig att psykiatriker och andra kliniker började reflektera över hur de psykiatriska begreppen användes och över sin kliniska verksamhet<sup>256</sup> kan det mesta från den här "rörelsen", för att låna ett uttryck av Svenaeus, förpassas till den "historiska papperskorgen".<sup>257</sup> Mentalsjukhusens uppkomst på 1600-talet som en politisk maktåtgärd, enligt Foucaults beskrivning, får mig ändå att dröja kvar vid en viktig fråga. Man använde begreppet "sjukhus" om dessa institutioner, signalerar inte det att den här vårdstrukturen hängde ihop med också en idé om vad det är att vårda en sjukdom? De metoder man kallade för "vård" kan säkert ha

---

<sup>253</sup> Ibid., s. 75.

<sup>254</sup> Ibid., s. 48.

<sup>255</sup> Ibid., s. 10.

<sup>256</sup> Se H. R. Wulff, S. A. Pedersen & R. Rosenberg: *Medicinens filosofi* (Göteborg: Daidalos, 1992), s. 136.

<sup>257</sup> Se Svenaeus (2008), s. 107.

varit väldigt brutala under den tid när mentalsjukhusen utvecklades, på samma sätt som de varit det inom den kroppsliga medicinen. Hur legitimerade man då dessa åtgärder för sig själv? Foucault ger själv en ingång i ett möjligt svar:

Läkaren kunde inte utöva sin absoluta auktoritet över anstaltvården annat än i den mån han var *fader* och *domare*, *familj* och *lag*.<sup>258</sup>

Det var genom en religiös, auktoritär och tillrättande etisk självförståelse som patienten, den internerade, skulle ledas tillbaka till en del av en social gemenskap. De renande ritualer, sänkandet ner i vatten, som Foucault också beskriver var såväl metaforiska som konkreta.<sup>259</sup> Då man betraktar dessa historiska moraliskt präglade vårdpraktiker är det enkelt att reagera på dem som brutala och omänskliga. Det finns ändå ofta någonting i mötet med en mentalt sjuk människa, i de relationer där sjukdomen visar sig, som inte har ett omedelbart svar på frågan "Hur skall det här förstås och hanteras?". Man vet inte vad man ska göra. Situationernas och sjukdomarnas unikheter från fall till fall, tvingar fram också moraliska överväganden. Vilka saker är viktiga för den sjuka, vad förlorar hen och hens anhöriga om man inte får grepp om situationen med mera. Att man i sammanhang där det är osäkert hur man ska bemöta sjukdomen tar till redskap som hänger samman med ens världsbild är inte överraskande. I en djupt religiös kontext, som under 1700-talet, finns det ändå en likhet mellan det religiösa styrandet av människan in mot den rätta vägen och den sekulära viljan att ge en människa möjligheter att förverkliga sitt eget liv så gott som det är möjligt. Metoderna avviker naturligtvis oerhört mycket från varandra. Också i de tidiga hospitalen kan man därför se en vårdtanke i botten vilket vittnar om en begynnande insikt om att man kan försöka lindra, behandla och bota psykiska sjukdomar. I ett läge där man enbart vill internera lösdrivare och fattiga, men gör det genom att använda ett ord som hospital eller klinik, så är det ingen slump att man just använder sig av dessa vårdande begrepp. Detta språkbruk andas insikt om att dessa sociala maktåtgärder kanske inte skulle låta sig göras som sådana, men nog under täckmanteln av att visa andra människor omsorg och ge dem vård. Maktaspekten i detta är alltså inte motstridig med vårdtanken. Foucault visar i sin betoning av läkaren som fader, på att relationen mellan denne och patienten just bygger på ett maktförhållande. Detta

---

<sup>258</sup> Foucault, s. 290.

<sup>259</sup> Ibid., s. 183.

förhållande finns kvar idag i relationen mellan patient och läkare i vissa dimensioner av vården, men har också formats om i andra. Patientens autonomi, möjligheterna att välja vård och att ställa krav på den är ett uttryck för det myller av idéer som präglar de samtida vårdstrukturerna.

Som jag har beskrivit i detta kapitel finns det många känsloreaktioner på psykiskt sjukt beteende, därför kan man föreställa sig att de reaktioner som nådde de intagna på den tiden knappast alltid handlade om omsorg, utan kan ha växlat med de personer som tog hand om dem eller hade med dem att göra. Ibland kan en vårdreaktion också vara uppblandad med andra känslor, som rädsla eller förakt. De metoder man använde på de första vårdanstalterna kan om man betraktar dem genom våra moderna ögon, ibland kanske entydigt ha handlat om en vård som t.ex. vila, ibland kan en metod ha innehållit både vård och straff som att sätta patienterna i arbete eller någonting annat och ibland kan man ha använt sig av grymma straff. Frågan om vad det är att "vårda" är alltså inte okomplicerad. Frestelsen att peka ut en vårdare i ett fysiskt brutalt system är stor, men samtidigt kan man kasta en blick mot hur människor har blivit en del av brutala totala strukturer på annat håll, utfört handlingar som soldater i en krigsmakt, som väktare i fängelser – möjligheten att bli en del av strukturen och att inte på djupet ifrågasätta den verkar alltså finnas. Det legitimerar naturligtvis inte vanvård. Man kan också som människa ställas till svars för sin blindhet och roll i ett förtryckande system, till exempel om vanvård av psykiskt sjuka uppdagas.

Frågan om hur de tidiga anstalterna uppkommit är egentligen *inte* avgörande för min idé om ansvarsreaktioner. Också en historisk situation där man institutionaliserat de fattiga för att helt enkelt få bort dem ur byarna och städerna, så kan det tänkas att dessa människor blivit sjuka inom institutionerna, något som i sin tur betyder att tanken på vård av dem kommit in i bilden. Dagens psykiatri ska förstås kritiseras för eventuella brister då dessa förekommer, men den historiska praktiken inom klinikerna är inte som sådan ett argument för att misstänkliggöra tanken bakom hela psykiatrin idag. Människorna som vårdas av den är ofta verkligt sjuka, klarar sig ofta inte ensamma och är i behov av stöd.

Man kan inte tänka på modern diagnostisering, vare sig den somatiska eller den psykiatriska, utan att koppla ihop den med att vi tänker att man kan försöka lindra, förebygga och behandla något problemtillstånd som man inte har kunnat hitta några andra lösningar på. När man försöker lösa vissa beteenden som kriminalitet och olika slags

kränkningar med olika former av böter eller straff, finns det i de här åtgärderna en tanke om att straffet ska kunna ge en effekt – det är möjligt att personen kan ändra sitt beteende genom att börja se sitt eget ansvar. När en människa är mentalt sjuk gör man sällan någonting med ett straff, hen kommer fortsättningsvis att ha svårt att förändra sig själv. Det här är en ganska grov beskrivning. Begreppen vård och straff är inte slutna eller låsta begrepp – ingenting utesluter att man också använder sig av vård i vissa straffrättsliga situationer, såsom vid pedofili. Poängen är bara att diagnosen just visar att man har sett att det finns problem och situationer där ingenting annat hjälper.

Trots den mångfald av känsloreaktioner och möjliga handlingsalternativ som kan uppstå inför det "störda" beteendet vill jag hävda att det faktum att vi reagerar med omtanke, medkänsla och med att ett symptom kräver behandling är ett kulturellt uttryck för att vi upplever ett ansvar för varandra och för omgivningen. I en situation där någon lider kroppsligt eller psykiskt och vi reagerar med att säga: "du behöver behandling" eller "du är sjuk" är reaktionen ett uttryck för ansvarstagande och att man vill hjälpa en person. Det är ett uttryck för att man ser att personen inte kan göra någonting för att hjälpa sig själv. Att *begreppet* sjukdom innehåller en aspekt av att det personliga ansvaret reduceras är därför en reflektion av det sammanhang där *begreppet används*. Jag vill visa att förutsättningarna för hur vår västerländska medicinska värld har skapats bottnar i denna kulturella ansvarsreaktion. Den somatiska och psykiatriska medicinen är en följd av våra inomkulturella vardagliga moraliska reaktioner på de upplevelser som vi talar om som "symptom", därför kan man inte tänka bort dem från den inommedicinska praktiken.

Med tanke på att en aspekt av den inommedicinska användningen av en diagnostisk etikett har en terapeutisk funktion, kan man inte tänka sig att vår västerländska vårdapparat ens skulle ha uppstått ifall inte kliniker någonsin skulle ha reagerat moraliskt på de symptom som vi fört till medicinen. Som jag sade i det föregående kapitlet reagerar läkare moraliskt på människors problem, eftersom de har en hel livsförståelse för vad vissa beteenden kan leda till för en människa i det långa loppet. Det skulle bli problematiskt att förstå hur själva vårdidén har uppstått, om det inte fanns moraliska reaktioner också inom sjukvården. Grunden till att vi överhuvudtaget har nosologiska system och att vi använder diagnoser i vår västerländska kultur är att vi har en särskild livssyn. I vårt sätt att se på tillvaron tänker vi att fysiska och mentala sjukdomar har en viss typ av orsaker. Skulle vi



till exempel tänka att sjukdom ytterst beror på Guds straff eller onda andar skulle det aldrig ha utvecklats några nosologiska system. En diagnos är ett uttryck för vår livssyn, för vilka vi är i *hur* vi hanterar vår sjukdomskultur.

Den bild av psykiatrins diagnoser som stiger fram ur dagens forskningsvärld är att diagnostiseringen på grund av den "medikaliserade blicken" riskerar att avskala människan hennes moraliska värdighet och göra henne till ett objekt eller till ett stycke natur. Tidigare i avhandlingen har jag velat visa att det man i forskningssammanhang menar med den kliniska blicken, inte är en hållbar idé. Trots det har den långt efter Foucault fortsatt att förtrolla hela den medicinska världen samt den humanistiska och samhällsvetenskapliga forskningen om sjukdom.<sup>260</sup> Föreställningen om den kliniska blicken är en för enögd uppfattning om hur läkare och annan vårdpersonal förhåller sig till sina patienter. Som en kontrast till den samtida debatten om medikaliseringens innebörd vill jag därför lyfta fram hur diagnostiseringen till sin natur kan förstås som en *moralisk reaktion* på en människas upplevelser och problem.

## 5.2 Att diagnostisera - ett sätt att reagera moraliskt

En idéhistoriker som reflekterat över på vilket sätt sjukdomar uppstår och över diagnosens funktion i samhället är Karin Johannisson. I kapitlet "Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv" i boken *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande* diskuterar hon de nya diagnoser som har uppstått sedan 1980-talet ur ett samhälleligt-kulturellt perspektiv. Exempel på sådana sjukdomar menar hon är aids, aggressiva streptokocker, klamydia, herpesvirus, borrelia, underliga trötthetstillstånd, kvicksilverförgiftning, el- och bildskärmsallergi, sjuka hussyndrom, multipel kemisk överkänslighet, fibromyalgi, kronisk trötthet, kronisk smärta, whiplash, käkledsspänning och panikångest.<sup>261</sup> Hon skriver:

Anorexi och bulimi tycktes äta på kvinnoemancipationens nya kvinna, liksom vestibulit och självskadebeteende. Också barnen tycks plötsligt sjuka i en slags kultursjuka, en bristande förmåga att koncentrera sig och kommunicera rationellt med omvärlden. Det

---

<sup>260</sup> Se min kritik och diskussion av den kliniska blicken i kapitel 3.

<sup>261</sup> Johannisson (2006), ss. 34-35.

oroliga barnet som tidigare kallats vanartigt eller bråkigt blev (efter en tid som MBD-barn) ett DAMP-, ADHD- eller Aspergerfall.<sup>262</sup>

Hon funderar över diagnosens funktion och hur den process ser ut där en ny diagnos uppstår, namnges och förklaras. Johannisson anser att sjukdomsdiagnoser kan beskrivas som *sociala förlopp* där många aktörer är inblandade såsom patienter, läkare, arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, patientföreningar, media och de kulturella och sociala koder som hela tiden omdefinierar vad som får kallas sjukt. Man uppnår konsensus om en sjukdom genom en *förhandling* mellan alla de här aktörerna. Genom läkarens kunskaper och laboratoriets data skapas sedan "optioner" för en ny sjukdomskategori eller en ny innebörd för en diagnos som redan existerar.<sup>263</sup> Men för att nya diagnoser ska bli framgångsrika i ett samhälle måste de samspela med teman som är kulturellt relevanta och medialt exponerade. På 1980-talet var det hotet från den yttre miljön i form av förgiftning, strålning och farliga ämnen som gjorde oss sjuka, menar Johannisson. Under 90-talet ersattes den här förklaringsmodellen av andra typer av hot: yttre krav, arbetsliv, omänskliga och otrygga arbetsorganisationer.<sup>264</sup>

Det är riktigt att diagnoserna kan bli framgångsrika då de diskuteras och synliggörs genom olika mediala bilder, men det kan ändå inte förklara hur diagnoser som utbrändhet eller anorexi har blivit så vanliga problem för dagens människor. Kulturella teman kan inte förklara varför läkare och patienter behöver en diagnos. Som jag skrev i det förra kapitlet behövs den psykiatriska diagnosen inom vården för att kunna beskriva vad patienten lider av eller har problem med och för att kunna upprätta ett vårdförhållande. Genom dialogen med vårdarna kan patienterna påbörja en förändringsprocess. På vilket sätt diagnoserna får mening i en människas faktiska problem, i hur de kan bli angelägna för någon, är inte i första hand ett resultat av mediernas påverkan.

Att Johannisson talar om omdefinitionen av vad som *får* kallas sjukt visar också på vilken identitetspolitisk betydelse dessa diagnoser har och hur det pågår en ständig och aktiv kamp om dessa begrepp. Min betoning på att vi kan förstå diagnosernas mening i de reaktioner på varandra som uttrycker förståelse för mänskliga problem och lidande styrs ändå inte av kulturpolitiska förhandlingar. En ökad medvetenhet om olika gruppers lidanden eller osynliggöranden kan

---

<sup>262</sup> Ibid., s. 35.

<sup>263</sup> Ibid., s. 37.

<sup>264</sup> Ibid., ss. 34-36.

säkert förfina en moralisk känslighet och förståelse för att något är, eller inte är, en sjukdom. Det är ändå tänkbart att vi reagerar på något, oberoende av politisk överenskommelse. Kanske kan man säga att dessa reaktioner kan ligga som grund också för att något blir en samhällelig fråga, att politiska handlingar följer av vår förståelse för en situation som berör vissa människor. Min idé om förståelse av psykiskt lidande är ändå inte en del av dessa samhällliga förhandlingar och på den punkten skiljer jag mig från den socialkonstruktivistiska förståelsen av sjukdom.

Man kan säga att en sjukdomsdiagnos har konsekvenser för ett helt samhälle och som Johannisson påpekar är många aktörer inblandade när det gäller de samhällliga följderna av att kalla ett visst beteende eller något psykiskt eller kroppsligt syndrom för en sjukdom. En diagnos behövs inom olika instanser i vårt samhälle, för att vi när vi är sjuka eller behöver hjälp ska kunna få sjukledighet, sjukpension och mediciner. I *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen* diskuterar Svenaeus psykiatriska diagnoser, främst depressioner och ångestsyndrom, diagnostiken inom det här området samt de nya antidepressiva medicinerna: SSRI-läkemedlen. Svenaeus anser att psykiatrins sjukdomsbegrepp borde förstås dimensionalt – i kontrast till vad som påstås i DSM-IV och inte kategorialt. För att förklara vad han menar med dimensionalt tar han hjälp av en kometbild:

Psykiatriska diagnoser är som kometer. De kan vara stora eller små och de följs av lysande svansar som består av det stoft som insamlas av kärnans dragningskraft på dess väg genom världsrymden. Ibland korsar kometerorna varandras banor och byter stoft med varandra, ibland stöter de samman och helt nya kärnor uppstår, ibland brinner de upp och förtärs när de störtar ner mot en större himlakropp. Kanske är det så att flera olika kometkärnor för närvarande består av samma sorts sjukdom, kanske ryms i enskilda kometkärnor i några fall olika sjukdomar som klumpats ihop. Vi vet ännu ganska lite om de psykiska sjukdomarnas biologi i relation till deras fenomenologi – det vill säga hur sjukdomarna yttrar sig och upplevs för dem som har dem.<sup>265</sup>

Med denna bild vill han illustrera att depression och panikångest kan förstås som verkliga (biologiska) sjukdomar men att de ändå kan uppvisa en gradvis övergång i vad man kan tala om som normal känslighet och livsbaserat lidande. Ett tecken på det här menar han är att själva ordet "diagnos" när det gäller psykiatriska diagnoser inte längre på ett entydigt

---

<sup>265</sup> Svenaeus (2008), s.120.

sätt verkar vara liktydigt med sjukdom för dem som arbetar med diagnoserna. I tre av hans intervjuer med olika distriktsläkare säger de:

LÄKARE C: Alltså sjukdom och våra diagnosklassificeringssystem. Som jag ser det i alla fall har de ju en praktisk funktion, de är praktiska instrument. De gör ju inte anspråk på att kunna beskriva en total karta, det är inte så man får se diagnoserna. Ett slags hjälpmedel för att liksom säga att nu har vi satt upp vissa gränser, vissa ramar, för det här tillståndet och utifrån det så går vi vidare och försöker förbättra det som patienterna lider av. Det går inte att beskriva allting i det mänskliga utifrån såna ramar, det funkar ju inte.

LÄKARE D: Jag tror de här patienterna med ångestbesvär, ångest, jag gillar inte ordet sjukdom där alltså. Nja, nej, ångestbesvär, lättväckt ångest, det tillhör både personen och livet. Ja, jag använder ju inte ordet sjukdom så ofta egentligen: Nu när du är sjuk, eller sjuklig förändring av din sömn, eller så, du verkar ju sjukligt trött, jag skulle inte använda det. Utbrändhet inte heller, och jag uppfattar egentligen inte de patienterna som sjuka, men de har ju symptom och lidande. Man får sömnstörning och så blir man ju trött och håglös, känner bristande mening, och när det glider iväg då blir depressionen liksom kännbar, särskilt när man börjar nedvärdera sig själv. Att man inte längre tycker om det man brukade gilla hos sig själv, att man, och då blir det djupare, att man tycker att det man gjort inte har varit värt så mycket – jag borde ha gjort någonting annat, jag borde ha gjort mer – det där är oerhört smärtsamt. Kan man bryta det, så är det värdefullt. Jag ser inte något dilemma här, det där med sjukdom är mer de riktiga depressionerna, där kan jag ju ha ett sjukdomsbegrepp, det kan vara värdefullt, det tog vi ju till oss på 70-talet. Kan vara bra att säga för anhöriga: Du måste ha medicin, kanske till och med elbehandling, för det är ju en sjukdom, du hade en sjukdomsperiod, du var sjukligt deprimerad och inte bara tyngd av jobbet. Så det finns, men det är en mycket mindre del, mycket.

LÄKARE E: Alltså, jag brukar säga det idag: Vad gjorde vi innan vi hade SSRI-preparat? Då SSRI kom så var det ju liksom mer för depression, men med åren så har ju indikationen breddats oerhört. Ja, mer fobiker, jag menar de är suveräna för paniksyndromen också, panikångesten. Jag tycker överhuvudtaget att med allmänt knepiga personer vill jag gärna, om de har bekymmer och lider av sin knepighet socialt i familjer och jobb och så vidare, så provar jag gärna.

INTERVJUAREN: Tänker du på det här i termer av diagnoser, att du skriver ut för diagnoser, eller tänker du mer på det som du just nu antyde – att människor har problem med sina liv helt enkelt?

LÄKARE E: Alltså jag måste ju få in en diagnos för att kunna få in dem i burken liksom. Jag måste ju kunna ställa en diagnos och det är många gånger ett stort bekymmer för jag tycker inte att jag har någon vettig diagnos, men jag vet att de skulle må oerhört bra om de fick medicin.<sup>266</sup>

Utan en medicinsk diagnos kan alltså inte en läkare skriva ut den medicin som hen tror skulle kunna hjälpa en patient. Av Svenaeus intervjuer kan man konstatera att en läkare inte alltid behöver betrakta en patient som sjuk "i medicinsk mening" även om hen ställer en psykiatrisk diagnos och skriver ut antidepressiva mediciner. Här finns det kanske två distinktioner. En läkare (tänk på läkarna D och E i intervjun ovan) kanske inte betraktar vissa psykiatriska diagnoser som "riktiga" sjukdomar såsom vid utbrändhet, social fobi eller panikstörning och uppfattar inte sina patienter som sjuka utan som att de har problem i livet, även om hen så att säga ställer de här diagnoserna och skriver ut mediciner. Den här sortens inställning till psykiatriska diagnoser har likheter med den antipsykiatriska debatten som flammade upp på 1960-talet, där portalfigurer som Thomas Szasz menade att mentala sjukdomar inte är medicinska problem utan borde förstås som livsproblem. Men medan Szasz ansåg att alla mentala sjukdomar borde betraktas som livsproblem, verkar läkare D och E i Svenaeus intervju vilja säga, när det gäller ångest- och depressionstillstånd, att det enbart är djupa depressioner som kan kallas för sjukdomstillstånd och att ångestsymptom, ångestsyndrom eller utbrändhet inte borde betraktas ur ett medicinskt perspektiv.

Läkare D:s motvilja att använda begreppet sjukdom också då ett stort, smärtsamt lidande förekommer är intressant. Man kan fråga sig hur de sätt läkaren bemöter och behandlar en person med lidande och som han inte skulle beskriva som sjuk, skiljer sig från de fall där hen går med på att använda termen. Det är förstås att spekulera, men ifall själva bemötandena i båda situationerna handlar om att bryta av ett lidande och hjälpa patienten med de medicinska medel som finns att tillgå, så är det svårt att se att ett sådant handlande i ett sammanhang av läkare och patient, logiskt skulle motivera olika begrepp. Jag får känslan av att oviljan att använda ordet "sjuk" uttrycker hur stigmatiserat det också blivit av de samhälleliga diskussionerna. Det verkar finnas en försiktighet

---

<sup>266</sup> Ibid., ss. 121-122.

eller tvekan att tala om sjukdom i vissa omständigheter, där beteendena också kan handla om sådant som man anser att kommer in som en "naturlig" del av livet.

Svenaesus skriver att den antidepressiva medicineringen ökade i Sverige mellan 1992 och 2007 med 700 procent. Det här betyder att omkring 6 procent av den svenska befolkningen äter antidepressiv medicin och man tror att många fler kommer att göra det i framtiden. I Sverige talar man om depressioner och ångestsyndrom som två nya folksjukdomar.<sup>267</sup> Den utlösande orsaken till den nya depressions- och ångestboomen i vår samtid ser Svenaesus i de nya SSRI-preparaten som tillsammans med politiska och ekonomiska samhällsförändringar har bidragit till den ökade medicineringen och diagnostiseringen. Han menar också att vår egen attityd till depressions- och ångesttillstånd har förändrats genom att vårt förhållningssätt till vad som räknas som ett gott liv har omformats. Den roll som attitydförändringen har spelat för depressions- och ångestdiagnosernas ökning, är att de här tillstånden har blivit mindre skambelagda eftersom man kan behandla dem medicinskt.

På grund av avstigmatiseringen och biologiseringen av depressionstillstånd vågar människor nuförtiden diskutera psykiska problem med sina läkare. Svenaesus beskriver det diagnostiska mönstret i vår kultur som att läkare och patienter talar samma språk: man tolkar onda ryggar, krånglande magar och sömnstörningar i psykiska termer. Det här betyder att diagnoskriterierna för depression har tänjts ut eftersom man rubricerar nya typer av lidanden som "depression". Det som diagnostiseras och medicineras idag handlar enligt Svenaesus *minst lika ofta* om vanlig känslighet och sårbarhet i kombination med en svår livssituation som bärandet av en sjukdom (i meningen psykiskt eller biologiskt funktionsfel).<sup>268</sup>

När Svenaesus beskriver sjukdomen som en komet ger det en bra bild av hur samtalen om diagnoser, hur vi lever och förstår oss själva ser ut. Vi har hört om diagnoser som ätstörningar, utbrändhet och depression, för att nämna några, och när vi använder dem som begrepp försöker vi samtidigt tolka och förstå oss själva. Då vi har ont i magen och ryggen så är steget till att fråga oss om detta är ett uttryck för att vi jobbar för mycket eller för något annat problem kanske kortare än någonsin förr.

Svenaesus kometmetafor verkar måla upp en bild där den verkliga sjukdomen anses bestå i någonting fysiologiskt och ligger i kometens kärna, medan olika former av förståelse över en livssituation

---

<sup>267</sup> Ibid., s. 14.

<sup>268</sup> Ibid., s. 139.

mer eller mindre ligger i det moln som omger kärnan. Den verkliga sjukdomen blir här biologisk och i kometmolnet finns livsproblem som även om de borde tas på allvar, ändå inte kan begripas som sjukdom. Svenaeus skriver inte ut vad han anser att sjukdomens kärna mer exakt består i, genetiska, neurologiska eller biokemiska avvikelser till exempel. Som jag förstår det lämnar han frågan öppen, eftersom han konstaterar att vissa kometer kan ha hårda kärnor och liten svans, som schizofreni. Andra igen kan ha en "mer löslig övergång – mellan den innersta, hårda kärnan och den allt mer porösa stoftmolnsbaserade svans som följer kometen på dess färd framåt", som han skriver.<sup>269</sup> Det är egentligen inte viktigt att kunna precisera vad han menar med kärnan eftersom han ändå söker sig inåt mot kroppens biologi när han talar om den verkliga sjukdomens natur. Vi vet åtminstone att den riktiga sjukdomen inte skall sökas i vissa av våra livssammanhang.

Jag vill lösa upp diskussionen om sjukdom som antingen biologisk eller "annat", i vilka termer detta annat än kan beskrivas. Jag argumenterar för att sjukdomsbegreppet kan förstås i etiska termer. Kometbilden antyder att det finns en skillnad mellan sjukdomsbegreppet och livsproblem och hur dessa begrepp skall förstås och *definieras*. Om man föreställer sig hur en människa reagerar på ett tillstånd, hur tanken om att man kanske har en sjukdom uppstår, så är det svårt att föreställa sig att man söker efter en definition på sjukdom genom att fråga: "Är det en biologisk funktionsstörning eller ett livsproblem?". Jag vill alltså visa att våra sätt att reagera på smärtor i kroppen eller andra svårigheter vi har är mera ursprungliga än så. Då jag frågar mig "Vad är det för fel?" så är det något jag ställer mig mitt i mitt eget liv. Att reducera detta till en fråga om bara biologi beskriver inte den grundläggande sjukdomsreaktionen. När man känner smärta i magen kanske man blir orolig över att förlora hälsan, att inte kunna åka på den inbokade veckoslutskryssningen, att inte kunna avsluta ett viktigt arbetsprojekt med mera. Det paradig som Svenaeus utgår från, är inte avgörande för hur en människa reagerar på ett eget tillstånd. Paradigmens roll kan komma in senare, då man söker efter orsak och vill ställa en prognos. Patienten är orolig över sina symptom. Frågan om biologi eller livsproblem är förstås filosofiskt intressant, men den är inget problem för den som länge har haft ont i magen eller huvudet. Om man går till läkaren är det för att det onda inte verkar försvinna. Oavsett vad som orsakat problemen har de fysiska och psykiska känslorna blivit en konstitutiv del av ens situation, som man kanske inte förmår komma ur.

---

<sup>269</sup> Ibid., s. 120.

Kometen utmanar filosofiskt då den målar upp eller antyder en variation av beteenden – och frågan om man skall kalla något för sjukdom eller livsproblem är helt central i denna bild. Om man tänker på en ond mage – i vilka sammanhang är det överhuvudtaget meningsfullt att tala om den som annat än orsakad av att man exempelvis ätit något dåligt eller att smärtan har en fysisk grund, till exempel blindtarmsinflammation? Då man ser över en patients livssituation kan det hända att det verkligen visar sig vara stressigt på jobbet, patienten har problem med chefen eller är orolig för barnets skolgång. Vid en ond mage, sömnlöshet eller brist på energi kan man tala om att en människa har ångest. Då man uteslutit vissa fysiska förklaringar så kanske man vill förknippa smärtorna med just psykologiska begrepp givet vissa sammanhang och det är i sådana situationer som dessa symptom blir ett slags grund för att alls tala om sjukdom. Detsamma gäller livsproblem, de gånger sammanhanget inte leder tanken mot sjukdom. Ibland kan det finnas sådana sammanhang där magarna är onda eller ryggarna sjuka, men där ingenting i en människas livssammanhang skulle tala för att koppla dessa problem till frågor om sjukdom.

Då man ser på kometens moln och svans så måste man från fall till fall undersöka om en mage eller rygg kan förstås i psykiatriska begrepp eller om man hellre beskriver dem på ett annat sätt. Det kan hjälpa en att se att betydelsen av en sjuk rygg kan variera. Det är genom en sådan begreppslig utredning som man kan skilja mellan sjukdomar, livsproblem med mera, och det filosofiska problemet man tycker sig ha, upphör att vara ett problem. Då kan man ibland gå med på att ett liknande fenomen kan vara ett livsproblem som inte kräver medicinsk behandling, kan vara sjukdom som kräver det eller kanske till och med någonting helt annat. Till exempel en knölig madrass.

Det problematiska är alltså att Svenaeus och flera andra diagnosforskare,<sup>270</sup> tänker sig att man kan överblicka empiriskt och ge en sammanhängande beskrivning av allt vad det är som läkare diagnostiserar. Det är därför jag föreslår att man borde se på diagnostiseringen från situation till situation. Jag lämnar kometbilden såhär – det skulle säkert kunna göras mera omfattande analyser, men jag nöjer mig med att säga att problemen är begreppsliga snarare än epistemologiska.

Hertzberg säger när han skriver om viljebegreppet i artikeln "Om viljans grammatik":

---

<sup>270</sup> Se t.ex. Horwitz eller Frances.



Föreställningen att man t.ex. med neurologiska metoder kunde fastslå vad en person innerst inne vill förefaller mig obegriplig. Det är svårt att förstå, varför man skulle tillmäta ett visst neurologiskt skeende den betydelse vi tillmäter en persons vilja. Varför skulle t.ex. det faktum att hjärnan hos en individ uppvisar en viss EEG-kurva ha den konsekvensen att vi anser oss skyldiga att respektera hennes begäran, medan en annan EEG-kurva betyder att vi kan strunta i vad hon säger, förutsatt att alla relevanta omständigheter i övrigt är desamma? Detta förefaller tillmäta individens hjärntillstånd en nära nog magisk roll.<sup>271</sup>

Även om Hertzberg i det här sammanhanget undersöker relationen mellan ett hjärntillstånd och hur vi ofta i vardagliga situationer anser oss skyldiga att respektera vad någon begär, kan man relatera citatet ovan till hur vi talar om sjukdom i vardagliga lägen. Vad är det exempelvis som får oss att anse att någon borde vila ifall personen känner av utmattningssymptom på grund av sitt arbete eller om hen är trött och har feber? Man kan fråga sig om det är ett hjärntillstånd i sig självt som får oss att känna medlidande och omsorg om den person som av sin arbetssituation blivit trött, nedstämd, har koncentrationssvårigheter eller sömnsvårigheter. Eller kan man säga att vilan skulle bli mer legitim ifall man kunde visa att ett utmattningstillstånd motsvaras av en viss biokemisk process?

När det gäller psykotiska sjukdomar som schizofreni ställs personer ibland inte juridiskt till svars för sina handlingar. Men på vilket sätt har man kommit fram till att just psykotiska beteenden kan urskuldas juridiskt och att de istället för straff kräver att någon läggs in på en mental inrättning? Om man föreställer sig att man i framtiden exakt och tydligt kunde kartlägga den organiska grunden till schizofreni, skulle det här betyda att man *genom den här metoden* också har *berättigat* de förhållningssätt som vi har till den som hör röster och handlar utifrån dessa? För det är ju inte så att man genom att enbart visa på en biologisk grund till olika mentala störningar som bipolär sjukdom, anorexi eller depression, också lägger en grund för hur vi förhåller oss till de här personerna. Tänker man på psykotiska sjukdomar har vi inställningen att den som är drabbad inte är ansvarig för sina handlingar eftersom personen handlar utifrån sina vanföreställningar och hallucinationer. Det finns en slags *omsorg* om den andra i den här tanken: att man inte låter en människa göra ont mot sig själv eller andra, när personen inte är fullt

---

<sup>271</sup> L. Hertzberg: "Om viljans grammatik." *Sphinx* (Helsingfors: Societas Scientiarum Fennica, 1998/1999), s. 14.

medveten om vad hen gör. Trots att man säkert ofta kan kritisera själva metoderna som psykiatrin har använt sig av och ännu använder, kan man se på lagar om tvångsvård från ett moraliskt perspektiv. Det är ganska förståeligt att det genom historien har utvecklats sådana metoder som tvångsbältning eller tvångströjor eftersom man inte har kunnat hantera våldsamma beteenden på andra sätt. Man kan förstås utveckla etiken kring de vårdssituationer där man blir tvungen att använda till exempel tvångsbältning, genom att ha en vårdare bredvid patienten i rummet eller någonting motsvarande.

Hertzberg säger om viljan i sin artikel "Om att inte kunna vilja" att: "...våra förhållningssätt är konstitutiva för innebörden i utsagor om en annans vilja"<sup>272</sup> och i artikeln "Om viljans grammatik" skriver han att vi inte tar allvarligt på någons begäran för att vi tror att den uttrycker hens vilja utan det är för att vi tar den på allvar som vi tror att den uttrycker personens vilja.<sup>273</sup> I linje med Hertzbergs resonemang menar jag därför att det som krävs för en klarare förståelse av vad vi uttrycker med våra sjukdomsbegrepp är att man bryter sig lös från de förklaringsperspektiv som dominerar inom vår samtida sjukdomsdebatt. När man som Svenaeus och många fler utgår från att de problem man diagnostiserar inom nutidens psykiatri *antingen* måste betraktas ur ett biologiskt perspektiv, (alltså att det handlar om psykologiska eller biologiska funktionsstörningar), *eller* att det handlar om moraliska problem eller vanliga livssvårigheter har man utgått från en felaktig bild. När jag säger att man måste bryta sig lös från förklaringsperspektiven, beskriver jag vad man blir tvungen att göra för att överhuvudtaget kunna börja tänka i andra termer. Sedan när man väl har gjort det, kan man igen börja närma sig de två modellerna för att se vilken roll de spelar i faktiska livssammanhang då en människa säger att hen har ont, inte känner livsglädje och andra liknande uttryck.

Eftersom jag inte vill utgå från att sjukdom konstitueras av en biologisk dysfunktion utan hellre försöker beskriva diagnoserna i en moralisk terminologi, med utgångspunkt i förståelsebegreppet, ska jag försöka beskriva vad det betyder att vi har diagnoser som depression, panikstörning eller social fobi. Oavsett om en läkare själv anser sig ha diagnostiserat, som det i sjukdomsdebatten heter, en sjukdom eller ett livsproblem, har hen faktiskt reagerat moraliskt på en problematik. Att en

---

<sup>272</sup> L. Hertzberg: "Om att inte kunna vilja" i *i förste, andre og tredje person. Festskrift til Audun Öfsti*. Red. S. Böe, B. Molander & B. Strandhagen (Trondheim: Filosofisk institutt, 1999), s. 171.

<sup>273</sup> Hertzberg (1998/1999), s. 15.

kliniker skriver ut mediciner för att hen tror att de kan hjälpa någon att må bättre är en aspekt av vad det är att förstå och visa medkänsla för någons problem inom medicinen. Den här reaktionen har ingenting att göra med vilken syn läkaren har på själva sjukdomarna, diagnoserna.

Jag skulle säga att ångest- och depressionsdiagnoserna beskriver ett förhållningssätt eller ett synsätt på vad som är viktigt för människor i vår västerländska kultur. Men samtidigt uttrycker de även en *förståelse* för de krav som ställs på vår tids människor. Min tolkning är att våra ångest- och depressionsdiagnoser reflekterar en djup terapeutisk förståelse för vad det innebär att vara människa i vår tid. De speglar en förståelse för den ångest och den existentiella förtvivlan som kan drabba den som inte klarar av att göra de saker i livet som hen egentligen skulle ha potential att göra. De här upplevelserna av en slags alienering från en själv och från hela tillvaron kan antingen vara en del av en persons upplevelse av en klinisk depression men de kan också upplevas oberoende av om någon är kliniskt deprimerad. Genom medicinering eller terapi kan det bli möjligt för någon att *bli den* hen skulle ha möjlighet till att vara. Countrysångaren Kris Kristofferson får fram litet av den här tanken när han vädjar om kraft "to be what I can" i låten "Burden of freedom".<sup>274</sup> I vår samtid är de här aspekterna av diagnoserna väldigt viktiga, men det finns naturligtvis också andra betydelser hos dem för människor såväl historiskt och i samtiden.

Jag menar inte att den här terapeutiska förståelsen som har formats av den psykiatriska traditionen och vars rötter sträcker sig ner genom historien, är helt skild från hur man kan förhålla sig till olika problem i vardagslivet, utan den är en del av vår gemensamma livsform. Det är inte svårt att tänka att alla oavsett sin bakgrund eller nuvarande situation, ska ha möjlighet att inom ramarna för vår kultur, utvecklas som människa för att skapa sig bra arbets- och karriärmöjligheter, att ha många sunda relationer och så vidare. Det kan vara en av de mest givande händelserna i ett liv när man kan upptäcka att man kan mer än man har trott. Genom att en person kan ta tillvara de möjligheter som livet kan ge och ta för sig av omvärlden, kan den personen leva ett helt annat liv än om man inte kan. För vissa människor kan det här gå ganska lätt och utan några större problem, för andra kan det behövas terapi och medicinering för att nå dit.

Enligt min uppfattning kan man betrakta många psykiatriska diagnoser och framförallt ångest- och depressionsdiagnoserna som något som jag skulle vilja kalla *transitioner* eller

---

<sup>274</sup> K. Kristofferson: *This Old Road* (New West Records, 2006).

*transitiva kategorier*, vilket innebär att de kan ses som övergångsstadier mot någonting nytt. Transsexualismen som jag tidigare har diskuterat, är ett bra exempel på vad jag menar med att diagnoser kan innehålla ett transitivt element. Genom diagnosen får personen en möjlighet att leva mera autentiskt. Här är det viktigt att behålla öppenheten och inte försöka definiera *vad* exakt det är som är viktigt för människor att uppnå i sina liv idag. Det väsentliga är att individen själv kommer fram till det här. Ibland kan det kanske handla om att uppnå en riktigare arbetsidentitet – exempelvis att någon kommer fram till vad hen skulle vilja jobba med och går in för att göra detta, trots att en karriär inom området kanske innebär att hen blir tvungen att möta sina sociala rädslor. Vad det nya steget innebär för någon handlar om var just hen befinner sig i sitt eget liv. Om en person har blivit fullständigt handlingsförlamad av sina ångestreaktioner kan det nya innebära att våga ta bussen in till stan eller att gå och handla.<sup>275</sup>

Nu menar jag inte att diagnostisering av ångest- och depressionsbesvär alltid skulle leda till att människor öppnas i hur de förhåller sig till världen och att det här alltid leder till att de vågar påbörja nya projekt eller inleda nya relationer. I vilken mån det finns terapier och andra vårdmetoder i ett samhälle är dessutom en politisk fråga. Jag menar enbart att det faktum att de här diagnoserna har skapats i vår kultur är ett uttryck för en förståelse för vilka sociala villkor vi alla lever under idag och att vi kan ha *olika existentiella utgångslägen* för att uppnå efterlängtade livsmål.

Johannisson menar att diagnoser omformar identiteten i och med att de säger hur en individ skall uppfatta sig själv och hur samhället skall uppfatta hen.<sup>276</sup> Men den här sortens identitetskänsla *kan* ibland vara ganska grund eftersom den bland annat uppstår av att någon genom att tillhöra en viss grupp eller kategori av människor också börjar definiera sig själv utifrån denna.<sup>277</sup> När jag talar om identitetskänslan som "grund" i det här sammanhanget menar jag inte att den inte kan tränga djupt in i en människas själsliv, utan snarare att den inte behöver ge en helgjuten bild av *vem* en person är som människa. Den kan inte visa en persons alla egenskaper och sidor. Vissa diagnoser hänger mera direkt ihop med identitetsfrågor för den berörda människan än andra. Det här visar sig till

---

<sup>275</sup> I kapitel 9 diskuterar jag mer fördjupande genom anorexidiagnosen, hur psykiatriska diagnoser kan ses som transitiva kategorier.

<sup>276</sup> Johannisson (2006), s. 39.

<sup>277</sup> Även om jag inte går närmare in på denna diskussion just här, har Johannisson delvis rätt i att diagnoser kan omforma en persons identitetskänsla på ett genomgripande sätt. I kapitel 6 synar jag hur en diagnos kan förändra en persons syn på sig själv.

exempel i frågan om att vara sjuk eller ha en sjukdom. Alkoholistsens självmedvetenhet beskrivs ofta som en insikt om att man "är" alkoholist och transsexualismen handlar om vem man är, inte ett beteende som man råkar ha under en period i livet. En människa som någon gång lidit av depression kan drabbas av problematiska fördomar. Till exempel om hen inte väljs till ett jobb av arbetsgivarens rädsla för ett återfall, är för att man inte ser depressionen som något som utgör någon beståndsdel av en människas identitet.

När Johannisson säger att diagnoser kan beskrivas som sociala förlopp och som förhandlingsprocesser synar hon samhällen uppifrån och hon skrapar upp meningssamband från samhällets ytskikt. Det stämmer att många samhällliga instanser är inblandade när det gäller hur en ny diagnos uppstår. Men de sociala procedurer genom vilka diagnoserna blir till och blir kulturellt sanktionerade kan inte i sig själva förklara varför kliniker reagerar moraliskt på ett visst mänskligt problem. Då ett biologiskt synsätt inte lyckas med att tillföra något till vår förståelse för hur det kan komma sig att vi (oavsett om det är fråga om inommedicinska eller utommedicinska reaktioner) reagerar moraliskt på somatiska eller psykiska sjukdomssymptom, kan inte heller en socialkonstruktivistisk hållning förklara det här.

Vad jag gör i relation till många andra sjukdomsteoretiker som Svenaeus, Hacking eller Johannisson, är att jag betraktar vår sjukdomskultur inifrån oss själva, genom de primära reaktioner som bygger upp vår handlingsgemenskap och genom den våra sjukdomsbegrepp. När man betraktar medicinen som uppbyggd både av faktuell/deskriptiva aspekter samt av moraliska aspekter tillåter man vår medicinska värld att vara som den är. Det man tillåter är ett visst mått av *variation*. Man kunde kanske också säga att ett rörligt element tillåts, i hur läkaren lyssnar in berättelser, tolkar dem och kommer med konstruktiva vårdlösningar. Den biomedicinska kunskapen har också en roll här – viktigt är bara att se att de verkliga vårdssituationerna till sin natur är sådana att tolkning och lyssnande kan vara en mera dominerande aspekt i ett visst fall, medan andra situationer är sådana att läkaren helt enkelt på empirisk väg tar reda på vad patienten lider av. Våra förväntningar på medicinen är sådana att bägge sidor av den har sin roll för vården och bemötandet.

Vi såg i exemplet förlossningsfruktan att det diagnostiska schemat kan variera mellan näraliggande länder. Man kan säga att de diagnostiska variationerna är en reflektion av hur medicinen i ett specifikt land moraliskt förstår en situation eller en problembild. Som jag

redan har beskrivit det är det bra att medicinen hållas öppen, annars skulle ingen utveckling kunna ske och man skulle inte ha möjlighet att lära sig av varandra.

Med det här menar jag inte att inte läkare kan diagnostisera fel, utöva sin maktposition på ett ovärdigt sätt eller att medikaliseringen inte kan medföra vissa risker. Det mest drastiska exemplet på när inommedicinska reaktioner riskerar att uttrycka någonting annat än omtanke eller medkänsla var när man i det forna Sovjet använde den psykiatriska diagnostiseringen för att få bort oliktankare från det politiska sammanhanget. Visst kan man tänka sig att inommedicinska reaktioner, speciellt när de institutionaliseras, kan uttrycka maktutövning, ekonomiska intressen med mera. Ett exempel som ligger närmare vår vardag än Sovjetunionens handlande är när man på en arbetsplats genom företagshälsovården använder någons psykiatriska problem till att få personen att sjukskriva sig eller sjukpensionera sig, eftersom man av ekonomiska skäl tvingas säga upp personal. Genom det här riskerar kanske personer med allvarliga psykiatriska problem att bli offer för ekonomiska och politiska samhällsstrukturer som de inte själva kan påverka. I olika institutionella kontexter kan diagnoser säkert utsättas för vad jag skulle vilja kalla för en slags "kidnappning" eftersom man kan missbruka deras egentliga syften i fall där man diagnostiserar någon enbart för att få bort personen ur systemet.

Vidare kan man säga att det inte alls är sagt att läkare och annan vårdpersonal i sitt kliniska arbete ens aktivt känner någon form av omtanke eller medkänsla med sina patienter. Tvärtom är det enkelt att föreställa sig att kliniker måste tona ner alla sådana känslor mot sina patienter för att överhuvudtaget orka med sina arbetsuppgifter i längden. I Albert Camus roman *Pesten* utbrister doktor Rieux om sitt arbete med de människor som smittats av pesten att: "man tröttnar på att hysa medlidande, när medlidandet inte tjänar någonting till".<sup>278</sup> Rieux upplevde det som en lättnad att inte aktivt känna medlidande med sina patienter eftersom han då lättare kunde göra sin plikt vilken var att hjälpa de pestdrabbade människorna. Men saknade Rieux helt och hållet medlidande bara för att han begravnade den här typen av känslighet? Nej, det gjorde han definitivt inte eftersom hans medlidande även kom till uttryck genom att han såg som sin plikt att hjälpa dessa människor och verkligen gjorde detta även om många av de pestdrabbade gick en säker död till mötes. Mitt syfte med att ta upp doktor Rieux är att visa att min poäng med moraliska reaktioner inom medicinen inte bara handlar om

---

<sup>278</sup> A. Camus: *Pesten* (Stockholm: Bonniers, 2001), s. 105.

att kliniker aktivt måste uppleva medkänsla och omvårdnad utan det faktum att de vill hjälpa människor att komma till rätta med sina problem räcker till för att utgöra en sida av vad medlidande med den sjuka kan innebära.

Vad alla dessa invändningar medför är att de gör min tes om moraliska reaktioner ännu klarare eftersom man genom dem lättare kan se hur dessa grundreaktioner är intimt förbundna med hur vårt sjukvårds- och diagnossystem överhuvudtaget har haft möjlighet att uppstå och utvecklas vidare. Eftersom en diagnos behövs i ett samhälles olika sociala instanser för att individer ska kunna få mediciner, sjukledighet eller sjukpension ser man att den roll en diagnos har inom ett samhälle är att skapa möjligheter för en slags *social hjälp* till en person med något slag av symptom. På samma sätt som diagnosens inommedicinska innebörd innehåller en terapeutiskt hjälpande aspekt innehåller även den samhällliga rollen en socialt hjälpande aspekt. Man kan därför säga att relationen mellan den inommedicinska och den samhällliga rollen är intern, de är ömsesidigt beroende av varandra.

### 5.3 Diagnosen som skapare av sjukdomsverklighet

Som jag har påpekat förut menar Johannisson att en viss diagnos blir till eller får sin legitimitet av att en förhandling sker mellan olika aktörer såsom patienter, läkare, arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, patientföreningar, media och de kulturella och sociala koder som hela tiden omdefinierar vad som tillåts kallas sjukt. Jag förmodar att man måste förstå Johannissons term "förhandling" som en metafor för olika sociala processer och procedurer i samhällskulturen som leder till att diagnoser kan växa fram. Man kan konstatera att hon har rätt i att olika samhällliga instanser såsom sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, patientföreningar och media nog har en viss roll när det gäller hur någon diagnos kan bli socialt och kulturellt sanktionerad. Uppkomsten av nya diagnoser bidrar till att det skrivs och talas om dem i media samt i populärvetenskapliga och populärkulturella tidningar. Olika forum på Internet uppstår, patientföreningar bildas och genom läkemedelsbolagens reklamer blir människor medvetna om att det finns de och de diagnoserna som det finns mediciner för.

Både Svenaeus och journalisten Ingrid Carlberg skriver att receptbelagda läkemedel i Sverige endast får marknadsföras till läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal men de menar att man med olika metoder nuförtiden kan manövrera för att försöka ta sig förbi

begränsningen.<sup>279</sup> Det finns läkemedelsbolagssponsrade depressions- och ångestsyndrom-sajter på Internet, skriver Svenaeus. Till exempel så har läkemedelsbolaget Lundbeck webbsidor över hela världen.<sup>280</sup> Svenaeus påpekar att det inte finns någon marknadsföringsinskränkning i USA, vilket har medfört att det finns åtskilliga diskussioner om hur läkemedelsbolaget GlaxoSmithKline bedrivit sin reklamkampanj för läkemedlet Paxil och diagnosen social fobi.<sup>281</sup> Svenaeus anser att journalister som dagligen aviserar nya medicinska genombrott utgör en viktig grupp att bearbeta för läkemedelsbolag. Han menar att det är genom tidningar, TV och radio som de flesta människor hör talas om ny medicinering.<sup>282</sup>

På den samhälleliga arenan cirkulerar en diagnos på flera olika plan men jag vill poängtera att det trots att det finns många starka sociala instanser som talar för en medicinering, också finns många aktörer som reagerar *mot* en medicinering av mentala problem. Det pågår en ständig maktkamp mellan dessa två synsätt. Frågan är, igen, i vilken mån man kan anta att den mediala kampen om psykiatri och medicinerna beskriver de valsituationer som en människa kan befinna sig i. I vilken mån läkemedelslobbyn verkligen lyckas komma breda patientpopulationer under skinnet är svårt att svara på. Därför kan jag inte se det som att det alltid är ett oreflekterat val patienten gör: att man skulle vara så styrd av dem som vill lyfta fram läkemedlets fördelar. Man kan också vara styrd eller manipulerad av de grupper som kämpar emot medicinerna. Man kan dessutom förstå kritiken mot läkemedlen men ändå befinna sig i ett läge, där man bedömer fördelarna som så övervägande att man väljer medicinen i förhoppning om att förbättra sitt hälsoläge. Eller tvärtom. Jag håller därför med Svenaeus när han skriver att valet att medicinera med SSRI-läkemedel för någon enskild person i många lägen är ett *existentiellt* val.<sup>283</sup> I ljuset av samtal med läkare, kunskap man skaffat sig och diskussioner omkring en, så väljer man ofta en riktning man hoppas att ens liv ska ta. Här kan frågor om risker vägas mot fördelar, eventuella hälsovinster läggas åt sidan mot möjligheten av att nya negativa konsekvenser drabbar en. Man kan till exempel välja att inte äta en medicin vars biverkningar riskerar göra en överviktig, leda till

---

<sup>279</sup> Se Svenaeus (2008), s. 130 och I. Carlbergs bok *Pillret. En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader* (Stockholm: Norstedts, 2008), ss. 154, 200, 301.

<sup>280</sup> Se <http://www.lundbeck.com/> eller <http://www.lundbeck.fi/>.

<sup>281</sup> Se Svenaeus (2008), ss. 131-132.

<sup>282</sup> *Ibid.*, s. 131.

<sup>283</sup> *Ibid.*, s. 141.



hårbortfall eller minskad sexuell lust – det här som exempel på hur viktiga sidor av vem man är och vad man tycker om sig själv, kan beaktas i vårdvalet. I många fall kan man säga att man inte har något val ifall man ska medicinera eller inte. Det kanske inte finns psykoterapier att få och ibland kanske medicinering blir det enda alternativet att ta till för en läkare som vill hjälpa sin patient.<sup>284</sup> Kanske arbetssituationen är sådan att man inte kan begära en sjukledighet, arbetsgivaren kräver att en uppgift blir utförd innan en viss tidpunkt.

Hacking talar om att diagnoser är interaktiva kategorier. Han menar att människor kan börja utveckla känslor och beteenden som åtminstone delvis beror på hur de har kategoriserats. Det finns alltså en växelverkan mellan den kategoriserade och kategorin.<sup>285</sup> Som Johannisson beskriver det blir risken om en person blir diagnostiserad som epileptiker, cancerpatient, aidssjuk, borderline-fall eller damp-barn att hen också *blir* den diagnosen.<sup>286</sup> Diagnoser riskerar med andra ord att fungera som *självuppfyllande profetior*.

Jag skulle ändå säga att diagnosen bygger på en reaktion på något beteende, den skapar inte beteendet. Att säga att man blir en diagnos är därför inte entydigt. Det kan betyda att man börjar uppfatta sig i enlighet med etiketten, det vill säga att man anser att man inte genom handlingar kan påverka den man är. Diagnosen kan också i vissa fall bli en ursäkt för ett beteende, för en ovilja att ändra sig eller erkännas vid att beteendet påverkat någon annan människa negativt. Men diagnosen kan också hjälpa en att förstå sitt beteende och att genom det till exempel undvika situationer som är besvärliga eller hitta sätt att handla, som hjälper en runt problemet med mera. Att man ser på vilka olika sätt människor som diagnostiseras kan förhålla sig till sin diagnos, använda den i sina vardagliga liv och förstå sig själva, kan i sin tur återspeglas i själva diagnosen, hur en kategori bestäms eller förändras.

Den stigmatiserande effekten förstärks ytterligare, påstår Hacking, i ett sammanhang av experter och behandlingsstrategier, som när man under en viss tidsperiod placerade det hyperaktiva barnet i avskalade klassrum. Vad man kan lägga märke till här är att Hacking inte vill definiera begreppet "interaktiv kategori" utan han påpekar att ordet "inter-" antyder alla de sätt på vilket den kategoriserade individen kan

---

<sup>284</sup> Svenaeus (2008) diskuterar det här på s. 18.

<sup>285</sup> Hacking (1999), ss. 140-42.

<sup>286</sup> Johannisson (2006), s. 40.

växelverka med kategorin och hur en aktör kan upptäcka att hen tillhör en viss kategori.<sup>287</sup>

Att en diagnos behövs och att de diagnostiska etiketterna används inom de samhälleliga instanserna har säkert, som Hacking skriver, följer för hur vi uppfattar oss själva ifall vi blir diagnostiserade. Att man blir diagnostiserad med en viss diagnos innebär ur en samhällelig synvinkel till exempel att någon kan börja klassificeras som adhd-barn i skolan och någon annan som borderline-fall under studietiden, eller som bipolär i arbetslivet. En diagnostisk etikett kan säkert i många fall leda till att en person börjar utveckla känslor och beteenden utifrån hur hen blir klassificerad. Någon kanske drar sig undan sina kolleger i arbetslivet på grund av sin diagnos, en adhd-diagnos kanske ibland kan fungera som en ursäkt för ett beteende och så vidare. Å andra sidan kunde man säga, om man tar några exempel ur Johannissons artikel,<sup>288</sup> att vissa behandlingsstrategier såsom att sätta borderline-patienter i kontinuerlig uppkoppling till en terapeut eller att sätta personer med utbrändhetsdiagnoser på långa sjukledigheter, ibland kan vara nödvändigt för att de här personerna skall kunna börja må bra igen. Långa vårdköer och bristande resurser när det gäller både somatisk och psykisk ohälsa leder till att en individ samt hens anhöriga kan uppleva att man inte tar symptomen på allvar och att lidandet ignoreras.

Ur en social synvinkel är det väl inte bara diagnoser som leder till en slags kategorisering och utpekning av människor, där den här grupperingen kan leda till att man börjar utveckla känslor och beteenden utifrån vilken grupp man tillhör. Att till exempel vara fattig, kvinna, religiös eller att man tillhör en viss folkgrupp kan säkert i vissa samhällsområden påverka hur man upplever sig själv och omvärlden. Ett socialt stigma, vilket det än är fråga om, kan ha den här innebörden.

Det går inte att ignorera riskerna med diagnostiken. Diagnoserna kan börja fungera som ursäkter för ett beteende, de stigmatiserar, de kan få kliniker att förlora sin lyhördhet, och ifall behandlingsmetoderna och inrättningarna fungerar på ett visst sätt kan det här leda till att individer börjar uppfatta sig själva i ljuset av hur de beskrivs och behandlas institutionellt. Men jag skulle säga att även om allt det här stämmer, är det varken diagnosen eller diagnostiseringen i sig som bestämmer hur det skall gå för den person som blivit diagnostiserad. Vilka behandlingsmetoder man väljer, erbjuder och utvecklar är både en

---

<sup>287</sup> Hacking (1999), s. 142.

<sup>288</sup> Johannisson (2006), s. 40.

inompsykiatrisk och en politisk fråga, eftersom det krävs resurser för det här.

I frågan om hur en behandlingsmetod ska användas, ingår även etiska frågeställningar som handlar om hur kliniker ska förhålla sig till personer med olika typer av mentala störningar. Så som jag redan tidigare har beskrivit, har man ofta inom den humanistiska medicinen kritiserat läkare och andra vårdare för att inte se hela människan, utan bara hans biologi. Också inom den psykiatriska vården är det viktigt att man ser helhetsbilden: att man exempelvis inte betraktar en individ som sjuk i en allomfattande mening, utan att man också ser och lyfter fram de starka sidorna hos en individ. Vårdetiken inom psykiatrin har möjlighet att utvecklas mot en djupare förståelse kring hur en sjuk människa behöver bli bemött. Men psykiatrin är säkert beroende av att det finns tillräckligt med personal, tid, och så vidare, för att kliniker ska kunna arbeta efter tillräckliga etiska målsättningar. Här kan man också påpeka att det att man i vissa fall fokuserar på biologin och föreslår medicinsk behandling *kan* vara ett uttryck för att man just sett människans helhetssituation och lyssnat in henne. Man kanske utesluter att dålig sömn är en stressreaktion på arbetet eller oro för barnen och istället hittar en dysfunktion i sköldkörteln. I ett annat fall kan sömnproblemen just vara oro, inte biologiska dysfunktioner.

Även om jag nog ser poängen med att som Hacking karakterisera diagnoser som interaktiva kategorier, vill jag ändå poängtera att man även kan förstå många av dem som transitioner (transitiva kategorier). I motsats till att en person börjar utveckla de känslor och beteenden som en diagnos inringar kan hen genom den medicinska hjälp hen får utveckla sitt liv i den riktning som hen själv tycker är meningsfull. Liksom det är möjligt för en person att av egen styrka utvecklas bort från sitt socialfobiska beteende är det även möjligt att en diagnos via behandlingen kan ge någon kraft att se sina potential och att vilja försöka förändras. Hackings införande av termen interaktiv kategori – alla de sätt som en kategori kan påverka och förändra hur människor upplever sig själva och blir förstådda, har haft en tendens att uppfattas som att det är själva kategorin eller diagnosen som *styr* upplevelserna. För att nyansera den här bilden vill jag lyfta fram hur kategorier också kan användas av människor på ett drivande sätt. Därför vill jag tala om diagnoser som transitiva. Mitt perspektiv utesluter givetvis inte Hackings sätt att se på diagnoserna, utan kan förstås som kompletterande och som att perspektiven flyter in i varandra. Att en diagnos är transitiv betyder alla de sätt som man kan använda sin

diagnos som ett vardagligt existentiellt redskap. Om man har bipolär sjukdom kan diagnosen förbättra den egna och andras förståelse för varför man får djupa depressioner. En människa med adhd kan genom att förklara för sina vänner vad hen har för problematik, öka förståelsen för hen som person och kanske förbättra sina vänskapsrelationer. Också den som har schizofreni kan hitta vägar att använda sin diagnos på liknande sätt.

Johannisson skriver att Foucault menade att namngivning skapar verklighet, och att man i denna anda kan säga att diagnosen gör sjukdomen verklig. Enligt Johannisson är namngivningen central i medikaliseringsprocessen eftersom hon menar att det som har ett namn också *finns*.<sup>289</sup> Man måste här föreställa sig vad det betyder att sväva i ovisshet över sin hälsa. Att få en diagnos bekräftar ens upplevelser och löser upp något som kan komma in i situationer där man lidit länge; att man börjat betvivla sina egna omdömen. Det finns naturligtvis också situationer där ens lidande aldrig bekräftas, om man exempelvis inte hittar en orsak till symptomen eller om sjukdomsbilden inte passar in i en befintlig diagnos. Hypokondrikern igen lider av föreställningar om att hen drabbats av cancer till exempel. I ett sådant fall gäller det för läkaren att få syn på det hypokondriska beteendet och utesluta de cancersymptom som patienten kanske vill göra läkaren uppmärksam på. Då en patient och en läkare enas om att en diagnos passar in på en människas situation, kan man kanske säga att den verklighet som etableras både kan beskriva en existentiell betydelse som den har för patienten, men också i vissa fall ge klarhet över orsaken till smärta eller lidande. Diagnosens verklighet hänger samman med ett spektrum av frågor om vad det betyder att inte veta vad som har drabbat en. Till exempel att inte få behandling för sina problem leder till att inte kunna avgöra hur ens tillstånd kommer att påverka ens framtid och de livsmål man har, eller problem med sjukförsäkringar och andra rättigheter.

I och för sig har en diagnos när den väl är samhälleligt etablerad, en skapande kraft i kliniska kontexter och för enskilda personer, men man kan ändå tänka tillbaks på den antipsykiatriska debatten som startade på 1960-talet med förgrundsgestalterna Thomas Szasz, Erving Goffman och Ronald Laing. Szasz menade att mentala sjukdomar som schizofreni inte kan betraktas som medicinska problem utan att man istället borde förstå dem som livsproblem. Att en diagnos finns – att man namnger ett problem i medicinska termer – har när det gäller forskningsdebatter om psykiatri, inte inneburit att manoreflekterat

---

<sup>289</sup> Ibid., s. 40.

har antagit att också sjukdomen är verklig eller giltig. Jag tänker här på hur vi nästan mekaniskt antar att ordet "verklig" refererar till en fast och oföränderlig entitet. Men i själva verket ändras vår omgivning, vårt språk och vår verklighet hela tiden. Samtidigt har vi en förmåga att leva med i förändrade förhållanden och att pröva och ändra vår verklighetsuppfattning. Om vi inte skulle kunna *leva med* i förändringarna och pröva vår egen verklighetsuppfattning skulle ett samhälle aldrig kunna utvecklas framåt.

Trots det här kan man säga att Johannisson säger någonting om vad en diagnos och att få en sjukroll har för betydelse för en människas sjukdomsupplevelse, men också vad det innebär att *inte* få en diagnos. Om ett syndrom blir diagnostiserbart innebär det här att man blir bekräftad i omgivningens ögon. Man är inte bara inbillningssjuk – utan man är faktiskt sjuk "på riktigt". Arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, patientföreningar och media spelar alla en viktig roll för den samhälleliga bekräftelsen av att någonting är en sjukdom och för en människas sjukdomsupplevelse. Diagnosens samhälleliga roll innehåller därför en aspekt av att göra en sjukdom verklig för en person, genom att den ofta till exempel erbjuder henne hjälp att kunna vila och stanna hemma från arbetet. Den individuella sjukdomsupplevelsen är beroende av den bekräftelse som en diagnos kan ge i form av sjukledighet, sjukpension och medicinering. Här kan man observera någonting intressant om sjukdomsupplevelsens fenomenologi: att det rent biologiska eller naturvetenskapliga synsättet på begreppet sjukdom inte utgör det enda villkoret för hur en persons sjukdomsupplevelse uppstår. Det beror på sammanhanget. Själva sjukdomsupplevelsen uppstår inte genom att vi tror att vi gör en sjukdom "verklig" genom att vi filmar hjärnor, utan det är genom att vi får den hjälp som vi behöver i en situation där vi inte fysiskt eller mentalt orkar eller förmår göra allt det som krävs av oss.

Det är alltså inte enbart själva *namngivningen* av ett fenomen eller ett problem som bidrar till vår upplevelse av att vara kroppsligt eller mentalt sjuka, utan det är också de åtgärder eller den hjälp som man kan få i ens unika situation som bidrar till den här erfarenheten.

## 5.4 Sammanfattning

Trots att jag är medveten om en hel del av de problem som diagnosernas och medicinernas starka roll för med sig i dagens samhälle, så har jag i det här kapitlet fört fram att jag inte vill ta avstånd från dem i sig. I stället

ser jag dem som ett kulturellt svar på att man har sett hur våra medmänniskor har lidit omotiverat och utan att kunna hjälpa sig själva. Det ursprungliga existentiella läget ur vilket en långt framskriden medicin har växt fram, handlar om att man har uppmärksammat att man har ett problem att lösa, som dessutom kräver en kunskap som en vanlig människa inte omedelbart har för handen. Det är inte ett alternativ att lämna människan ensam i sitt lidande.

Michel Foucault menade att när de första psykiatriska vårdanstalterna uppstod i Frankrike och i andra delar av Europa under 1600-talet, hade det här ingenting med några vårdidéer att göra. Istället ville man få bort alla fattiga, dagdrivare och andra vagabonder från städernas gator. Sedan den antipsykiatriska rörelsen på 1960-talet och Foucaults *Vansinnets historia under den klassiska epoken*, har olika former av antipsykiatrisk och socialkonstruktivistisk kritik nått medicinen. Samhället gör oss sjuka heter det ofta och den mentala institutionen stigmatiserar patienten. Den kulturella framställningen av mental sjukdom genom konst, filmer och böcker har ofta kunnat intensifiera den allmänna rädslan för att bli galen eller betraktas som sådan. Att ses som galen kan stegra en människas upplevelse av ensamhet.

I kapitlet har jag ändå velat visa att det är i våra vardagliga situationer som vi reagerar på varandras beteenden och att det är där mötet med symptomen, ett avvikande beteende, en brist på självförverkligande med mera sker. Vården har varit både grym och omänsklig i de historiska psykiatriska vårdinstitutionerna och minnet av detta, kan ännu idag öka stigmatiseringen och motviljan mot psykiatri som en social institution. Jag vill ändå poängtera att det är i de ohanterliga vardagssituationerna, i den vardagliga skammen över att tyngas med dessa problem och vad de leder till med mera, som jag anser att vi ska leta efter de känslor och beteenden som driver den mentalsjuka och hennes anhöriga mot den ensamhet som mental sjukdom kan ge upphov till. Trots den mångfaldiga kritiken av mentalvården inom kulturen och forskningen, vill jag ändå argumentera för att det är utifrån en omsorg om varandra som dessa första psykiatriska sjukhus logiskt måste förstås – det säger jag utan att blunda för de exempel på problem inom dessa institutioner som också har skildrats.

I det här kapitlet har jag ytterligare velat förstärka min argumentation om att våra diagnoser och sjukvårdssystem inte kan förstås utan de grundläggande, vardagliga ansvarsreaktioner på varandras beteenden – samt de förståelsebegrepp som kommer in i dessa sammanhang. Jag ställer också den här beskrivningen mot en lust att

genom vetenskapliga metoder försöka hitta en biologisk yttersta grund, för att kunna säga att en person lider av en sjukdom. Jag vill lösgöra mig från de två hypoteserna om mental sjukdom; att man antingen skall förstå och definiera sjukdom som att det handlar om fysiologiska felfunktioner eller att sjukdom är socialt konstruerad. Genom det här vill jag kunna se och beskriva de förtjänster dessa båda förklaringsmodellerna kan ha för olika aspekter av att vara sjuk.

Det finns alltid risker med diagnoser – förekomsten av dem kan få oss tolka oss själva genom dem. Hackings tal om diagnoserna som interaktiva har ofta inom forskningen förståtts som att det är diagnosen som styr hur någon ser sig själv eller hur andra kan betrakta individen. I kapitlet har jag velat nyansera denna bild genom att visa att diagnoserna också kan hjälpa oss att förstå oss själva bättre, och genom det få ett säkrare grepp om våra liv och stärka den egna autonomin. Jag har framhållit att många av de psykiatriska diagnoserna kan vara – *transitiva kategorier* – ett sätt att kunna öppna sig själv för nya möjligheter i livet. I stället för att styras av en diagnostisk etikett, kan en person hitta möjliga sätt som diagnosen kan vara en praktisk hjälp i vardagen. Jag vill inte avfärda diagnoskritiken som meningslös, snarare visa på att man med ett breddat eller ett inte på förhand fixerat perspektiv, kan få upp ögonen för på vilka olika och vardagliga sätt diagnosen kan vara ett viktigt existentiellt redskap.

## 6 Diagnosens roll för individen

*Även dårar behöver input och kvalitet, inte det där pratet om att vila hela tiden.*

Beate Grimsrud (2010).

### 6.1 Sontag om en mytologiserande sjukdomskultur

Författaren Susan Sontag har tänkt över frågor om vad det innebär att ha någon kroppslig sjukdom. I sina essäer *Sjukdom som metafor. Aids och dess metaforer*<sup>290</sup> diskuterar hon de vanföreställningar och fantasier som genom tiderna har kopplats ihop med sjukdomarna tuberkulos, cancer och aids. Enligt Sontag är själva ordet "cancer" demoraliserande eftersom sjukdomen behandlas som ett ont, oövertägligt odjur, och inte bara som en sjukdom. Genom att sjukdomar på det här sättet laddas med betydelse kommer människor med cancer att slås ner moraliskt av att få höra vilken sjukdom de har. Genom sina essäer ville Sontag därför avmytologisera cancer och aids genom att avslöja vanföreställningarna om de här sjukdomarna.<sup>291</sup> Hennes centrala argument är att sjukdomen *inte* är en metafor, och att det mest sanningsenliga sättet att betrakta sjukdom på och det hälsosammaste sättet att vara sjuk på, är det som bäst motstår och är mest renat från det metaforiska tänkandet.<sup>292</sup> Hon skriver att varje viktig sjukdom där man inte känner till orsakerna och som det inte finns någon effektiv behandling för har en tendens att "dränkas i betydelse":<sup>293</sup>

Först identifieras föremålen för den djupaste fasa (korruption, förfall, förorening, upplösning, svaghet) med sjukdomen. Själva sjukdomen blir en metafor. Sedan prackas denna fasa på andra saker, i namn av sjukdomen (det vill säga när man använder den som en metafor) Sjukdomen blir adjektivistisk. Någoting sägs vara

---

<sup>290</sup> S. Sontag: *Sjukdom som metafor. Aids och dess metaforer* (Stockholm: Natur och kultur, 2001).

<sup>291</sup> *Ibid.*, s. 10.

<sup>292</sup> *Ibid.*, s. 9.

<sup>293</sup> *Ibid.*, s. 59.



sjukdomsliknande, vilket betyder att det är motbjudande eller fult.  
På franska är en söndervittrande stenfasad fortfarande *lépreuse*.<sup>294</sup>

Genom att vi förbinder olika fantasiuppfattningar om svaghet, energi, jagets förfall eller känslighet med olika sjukdomar bildar varje viktig sjukdom metaforer, som kan användas i ett politiskt, konstnärligt eller vardagligt syfte. Sontag menar att tbc och cancer har använts för att uttrycka ganska sammansatta känslor om styrka, svaghet och energi. Tuberkulosen utgjorde i över ett och ett halvt århundrade en metaforisk motsvarighet till ömtålighet, känslighet, sorgsenhet och kraftlöshet. Medan allt som verkade obarmhärtigt, obevekligt och rovlystet betraktades som analogt med cancer.<sup>295</sup> I sina essäer visar Sontag hur vårt sätt att använda sjukdomsmetaforer och som hon uttrycker det "pracka dem" på allt som är motbjudande och fult, sist och slutligen slår tillbaks mot de människor som är drabbade av sjukdom.

Som Svenaeus skriver i *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, är Sontags ideal en kultur där sjukdomen har dränerats på all vidskepelse och mytologi och därför blivit till en rätt och slätt biologisk sak.<sup>296</sup> Sontag resonerar i enlighet med nutidens medicinska syn på all sjukdom, vilken är att man hittar sjukdomarnas sanna natur inne i människans kropp, i form av en biologisk dysfunktion. Jag håller med Svenaeus om att man inte kan skala bort det sätt man påverkas av ett sjukdomsnamn när det gäller att förstå en sjukdomsupplevelse. Medicinska diagnoser som anorexi eller utbrändhet färgas i sin betydelse av det sätt på vilket man talar om dem i media och i vardagslivet och därför påverkas även själva sjukdomsupplevelsen när man får någon av diagnoserna. Därför stämmer det som Svenaeus skriver att Sontags åsikter är utopiska. Ändå finns det någonting som är mycket värdefullt i hennes essäer och det är att hon visar att den som är sjuk kan försöka hålla sig på ett avstånd från en mytologiserande sjukdomskultur – och i den här rörelsen finna sig en slags tröst. Ofta kan man vara indränkt av allt det kulturella mytologiserandet kring psykisk sjukdom; till exempel alla populärkulturella bilder om det institutionaliserade psykiatriska lidandet. Den mentalt sjuka som hasar fram i korridorerna neddrogad och passiviserad och andra liknande berättelser. Allt det som jag tidigare i avhandlingen

---

<sup>294</sup> Ibid., s. 59-60.

<sup>295</sup> Ibid., ss. 62-63.

<sup>296</sup> Svenaeus (2003), ss. 31-33.

har sagt att inte ger en verklighetstrogen bild av det vardagliga lidandet i familjerna eller av den psykiskt sjuka som bor och lever ensam.

När man lyssnar på när människor berättar om sina kroppsliga eller mentala sjukdomar, kan man slås av hur många skapar och ser en mening med det som drabbat dem. Det kan handla om att bli mer medveten om hur skört livet egentligen är, att värderingarna kan förändras och liknande erfarenheter. Människan är meningsskapande och när sjukdomen får allt att stanna upp, är detta sökande efter en mening med det skedda någonting som står utanför alla vidskepelser, myter och andra människoförminskande bilder. Men samma längtan efter att vilja kunna se mening och betydelse i livet är någonting som också kan få en att se det meningslösa med allvarlig och livslång sjukdom. En som själv har drabbats eller en anhörig kan på olika sätt försöka ge det som inträffat ett innehåll, man kan ha kommit varandra närmare. Men ibland kan det lidande som man kan ha upplevt eller bevittnat vara så stort att alla andra möjliga efterverkningar kan kännas små i en jämförelse. Det är en människas livsöde sjukdomen kan gripa in i på ett fatalt sätt.

Sontags essäer ger en bättre förståelse för att det inte bara är människor med någon mental sjukdom som kan lida av olika fördomar, utan en viss fysisk sjukdom kan medföra följder för en persons självkänsla, självuppfattning och för hur hen förhåller sig till omvärlden. Att till exempel få en allvarlig cancerdiagnos kan därför inte bara beskrivas som en i Sontags mening rent biologisk upplevelse: att uppleva och lida av sina symptom. Det är att få hela sin tillvaro krossad eftersom cancer just uppfattas som obotlig och som Sontag beskriver det: som ett "ont och rovlystet djur" som man inte kan skydda sig mot. Man kan alltså inte radera alla vidskepelser, fantasier och myter från sjukdomarna, för då avlägsnar man möjligheten att närma sig en moraliskt-existentiell förståelse av vad det innebär att bli allvarligt sjuk eller få någon diagnos.

## **6.2 Sjuklingen och sjukrollen i olika historiska kontexter**

Om en person ofta är sjuk på en arbetsplats så förekommer det att hen kan bemötas som om det skulle vara fråga om inbillning, att hen överdriver sina symptom eller att hen försöker smita ifrån sina arbetsuppgifter. Den som ofta är sjuk och går hem från jobbet, talar man ibland om som "litet löjlig" och på ett sätt där man ifrågasätter att personen är sjuk på riktigt. Om man har en fysisk sjukdom som påverkar livet mycket eller är sjuklig av sig kan man uppleva att man inte blir trodd – att människor tvivlar på ens motiv just när det gäller ens

sjukdomsbeteenden. Ett annat vanligt sätt att förhålla sig till sjukdom är att människor faktiskt ofta inte har några erfarenheter av någon viss sjukdom, och därför inte omedelbart kan sätta sig in i vad det betyder i vardagen att exempelvis ha migrän, bipolär sjukdom eller någon form av reumatism.

En vanlig metaforisk användning av sjukdomsbegreppet är uttrycket att man kan vara "sjuklig av sig". Metaforen är associerad med svaghet, vekhet och med ett socialt utanförskap. Uttrycket kan kombineras med vad det kan betyda att få en sjukroll. Johannisson skriver att en diagnos bekräftar människan inför omvärlden, arbetsgivaren, försäkringskassan och det egna jaget. Som hon säger kan diagnosen avlasta från ångest, ansvar och skuld och ge belöning, vinst eller tröst.<sup>297</sup> I *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*,<sup>298</sup> skriver Johannisson att sociologen Talcott Parsons (1951) har beskrivit sjukdom som en social roll. När läkarvetenskapen har legitimerat en människas sjukdom och samtidigt också den sjukas familj och näromgivning, tar den sjuka på sig en särskild sjukroll. Under sjukdomstiden befrias hen från reguljära krav, ansvar och förväntningar. Sjukrollen prioriteras framför de andra rollerna som till exempel att vara hustru, mor eller dotter. Sjukdom kan därför betraktas som en socialt accepterad avvikelse.<sup>299</sup>

Till exempel innehåller begreppet "sjukdomsvinst" ett bakgrundsantagande om att den som är sjuk medvetet eller omedvetet drar nytta av sin sjukdom. Just för att Parsons beskrivning av sjukrollen belyser att den sjuka betraktas som avvikande från de sociala normerna, visar begreppet också att den sjuka alltid befinner sig i ett hierarkiskt underläge. När individen väl har insjuknat får patienten finna sig i att hens beteenden ofta kan värderas och bedömas på ett annat sätt än den friskes – ofta utifrån sin sjukdomsbild eller diagnos. Diagnosen eller sjukdomen kan bli till en lins genom vilken yttervärlden tolkar hens beteenden. Diagnoserna, speciellt de psykiatriska, är med Hackings ord interaktiva kategorier.

Johannisson skriver att det kring 1800-talets slut och 1900-talets första hälft, alltså under den viktorska tiden, uppstod ett slags allmänt förekommande kvinnosjuklighet – som bland annat gick under namnen neurasteni, hysteri och kloros. Också huvudvärk och migrän var

---

<sup>297</sup> Johannisson (2006), s. 30.

<sup>298</sup> K. Johannisson: *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (Falun: Norstedts Förlag, 2005).

<sup>299</sup> *Ibid.*, s. 268.

vanliga kvinnliga plågor och sjukdomar.<sup>300</sup> Neurasteni var sekelskiftets mest uppmärksammade sjukdom och symptomen var många och gäckande säger Johannisson: onaturlig trötthet, kraftlöshet, obestämda smärtförmåelser, hjärtklappning, huvudvärk, sömnlöshet, koncentrationssvårigheter, mardrömmar och fobiska beteenden. Sjukdomen drabbade främst yngre människor i de övre samhällsklasserna och tog över tuberkulosens metaforer om sensibilitet och förfining.<sup>301</sup>

Som Johannisson framhåller ansågs hysterin vara "djupt kopplad till kvinnlighetens själva kärna."<sup>302</sup> Hon fortsätter:

Dess stora och gäckande repertoar av utlevande gestik: plötsliga utbrott, svimningar, kvävningfall, snyftningar, skratt, kramp och förlamning – och de snabba växlingarna dem emellan – associerades till emotionalitetens mest extrema uttryck och till kvinnonaturens labilitet och nyckfullhet. Hysterikans svaghet för att kokettera och spela med sin sjukdom framhölls som ett karaktäristikum. Sexuell överaptit ingick också i sjukdomsbilden.<sup>303</sup>

Hysterin ger en bra uppfattning om hur sjukdomar, förutom att de kan vara kraftigt mytomspunna, också kan bidra till att förstärka vissa kulturella och historiska kvinnobilder – eller mansbilder, kan man förmoda. Detsamma kan man säga om anorexi och adhd som i samtiden anses vara starkt könsbundna. Diagnoserna och sjukrollerna tenderar att bekräfta och förstärka vissa traditionella uppfattningar om kön.

Klorosen (bleksot) började öka under 1880-talet och betraktades tillsammans med neurasteni som ett modernt kvinnogisselblad storstädernas befolkning. Enligt Johannisson drabbade kloros alla samhällsklasser, men förekom mestadels bland över- och medelklassens kvinnor i åldern 14-20. Symptombilden var vag och svepande och påminde om anorexi: blekhet, trötthet, huvudvärk, andningsstörningar, ätrubbningar, menstruationsrubbningar och depression. Man ansåg dessutom att den kunde leda till några sekundära sjukdomstillstånd: magsår, underlivssjukdomar, lungrot, neurasteni, nervsjukdomar och sinnessjukdom.<sup>304</sup>

---

<sup>300</sup> Ibid., ss. 101-175

<sup>301</sup> Ibid., ss. 146-148.

<sup>302</sup> Ibid., s. 156.

<sup>303</sup> Ibid., s. 157.

<sup>304</sup> Ibid., ss. 134-136.

Sekelskiftet 1800-1900 kännetecknades av en stark uppspjälkning mellan den manliga och den kvinnliga rollen. Medan mannen skulle bidra till samhället politiskt och ekonomiskt, var kvinnan enbart hänvisad till en identitet som hemmafru. Hon var utesluten från utbildning, yrkesliv och rösträtt.<sup>305</sup> Johannisson beskriver den tidstypiska kvinnliga sjukligheten som ett svar och en protest på ett patriarkaliskt förtryck. Genom att studera det sena 1800-talets kvinnolitteratur som består av starka kvinnoporträtt, det vill säga kvinnor som hade lyckats bryta sig lös från hemmets och mannens krav på lydnad och underkastelse, förstår hon sjukrollen som en aktiv reaktion, en strategi för synliggörande och protest:

Även om det har hävdats att viktorianismens kvinna inte var fri att göra meningsfulla val, är det olyckligt och endimensionellt att framställa henne som hjälplöst offer på den patriarkala scenen. Att kvinnan tilldelas en passiv roll, innebar inte att hon var passiv mottagare av de värderingar som kulturen bäddade in henne i; hon skapade livsrum genom att reagera, opponera och transformera.<sup>306</sup>

På grund av en svag jagkänsla och en inskolad underlägsen kvinnoroll var det, som Johannisson framför det, lätt för kvinnorna att befästa en kvinnlig sjukroll.<sup>307</sup> Det är lätt att förstå varför Johannisson vill tolka kvinnligt sjukdomsbeteende som ett aktivt sätt att reagera på ett patriarkalt övervälde, eftersom hon då ger kvinnan något; åtminstone är hon inte *helt* hjälplös och oförmögen att göra någonting. Problemet är ändå att då en sjukroll ofta har förmågan att förminska en individ ännu mer, kan sjukrollen på den tiden bara ha blivit en förstärkning av bilden av kvinnan som underlägsen, tafatt och sjuklig.

Men intressant nog menar Johannisson att synen på den kvinnliga sjukligheten som en protest och en reaktion kom från kvinnorna själva, det var som hon säger en *kvinnosynpunkt*. Många av viktorianismens kvinnliga författare beskrev hur de när de hade slagit sig fria från hemmets instängdhet och sysslolöshet också befriades från sina depressioner och andra "sinnessjukdomar".<sup>308</sup> De förstod sin sjukdom från ett berättandeperspektiv. Man kan förstå sjukdom som att den personliga berättelsen är en oundgänglig eller konstituerande del av vad sjukdomen handlar om eller består i för en patient. Utifrån deras

---

<sup>305</sup> Ibid., s. 243.

<sup>306</sup> Ibid., s. 242.

<sup>307</sup> Ibid., s. 242.

<sup>308</sup> Ibid., ss. 244-255.

*självförståelse*, menar jag att synen på kvinnosjukdomarna som en kvinnlig protest, ändå har en plats just i det här historiska kultursammanhanget.

Den klassiska psykosomatiska sjukdomen migrän var för viktorianismens människor ett maktmedel och ett typiskt kvinnobeteende, skriver Johannisson.<sup>309</sup> Säkert kunde migränen, åtminstone i någon mån, förstås som en kvinnlig protest eller ett enkelt sätt att fly in i en sjukroll. Men överför man migränen till dagens samhällskultur förlorar den här förklaringsmodellen något av sin begriplighet. Migrän kan innebära att lida av stark och handikappande smärta i flera dagar och anfallen, ifall personen har otur, kan återkomma med täta intervaller. I ett kulturellt sammanhang som erbjuder kvinnor betydligt större friheter blir det svårare att se meningen med migränens sjukdomsvinst, som ett sätt att medvetet eller omedvetet skapa sig ett "livsrum" med sjukdom.

Många betydande sjukdomsteoretiker, bland annat Susan Bordo<sup>310</sup> har utgått från att hysterin kan betraktas som en omedveten protest och velat förstå anorexin på samma sätt; som en omedveten feministisk protest eller revolt mot patriarkala makter i samhället. Mitt intervjumaterial om anorexi bidrar inte med några sådana självförståelser. Ifall protesten inte finns med i självtolkningen när samtidskulturens anorexipatienter talar och berättar om sitt insjuknande är det inte lika begripligt att kalla anorexin för en protest eller revolt.<sup>311</sup> Man kan alltså inte som så många sjukdomstänkare gör, förklara de nutida diagnoserna genom de sammanhang som har präglat de historiska sjukdomarna.

Trots att man kan se att exempelvis det revolterande perspektiv som Johannisson för fram kan ha en positiv betydelse för viktorianska kvinnor så är det viktigt att hålla i minnet att det bara är en av sjukdomens många betydelser. Detta gäller om man försöker föreställa sig dessa kvinnor, revolten var kanske ett av flera sätt som de förstod sin situation och sjukdom på. I de intervjuer jag gjorde märkte jag att flera olika aspekter utgjorde sjukdomsberättelserna, aldrig bara en sak. I ett akademiskt sammanhang där olika tolkningar mäts mot varandra finns ändå risken att något perspektiv – i detta fall revoltens betydelse – får en för stor roll, en allmängiltighet som står som grund för hur man närmar

---

<sup>309</sup> Ibid., s. 133.

<sup>310</sup> Se Bordos *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (Berkeley: University of California Press, 2003).

<sup>311</sup> I den tredje delen utvecklar jag ett berättelseperspektiv på anorexin och i kapitel 9 diskuterar jag närmare synen på anorexin som en revolt.

sig olika sjukdomar i olika tider, i synnerhet om den uttrycker en dominant forskningsinriktning. Det kan likrikta förståelsen på ett okänsligt sätt.

### 6.3 Hur lider de sjuka?

Sjukrollen är extremt kontextberoende och mångdimensionell i sin betydelse. Eftersom den sjuka har granskats och analyserats teoretiskt ur alla möjliga vinklar: de biologiska, sociala, psykologiska och så vidare, vill jag lyfta fram att den sjuka framförallt är en *lidande* människa. Men begreppet "lidande" och vad man menar med det behöver inte vara någon självklarhet. I min psykiaterintervju kolliderar våra uppfattningar om begreppet:

Intervjuaren: De flesta patienter som du möter lider säkert. Hur kommer du (din personlighet och dina känslor) fram i diagnostiseringen? Eller spelar det någon roll när du gör en bedömning av en patient?

Läkaren: I min värld har det där begreppet lidande *ingen* relevans på det sättet att det skulle vara till någon nytta. Klart att alla människor, när man har en sjukdom så lider man, men det leder ingenstans. Utan jag tänker mera i termer av livskvalitet och jag tänker i termer av psykosocial funktionsförmåga. Det här lidandet är någonting som har med vårdvetenskap att göra. Jag har förut blivit intervjuad av sådana som har studerat till sjukskötare och så brukar de fråga mig om jag lider i mitt arbete. Och jag tycker att det är en helt irrelevant fråga. Klart att det är tungt och så där men jag förstår inte det där begreppet. För mig är lidande någonting som jag sammankopplar med buddism och sådana tankar. Men livskvalitet det är viktigt, det är ett viktigt begrepp. För det handlar om att man så långt som möjligt är subjekt i sitt eget liv. Och sedan, psykosocial funktionsförmåga är viktig, för jag har jobbat mycket med unga människor och det är viktigt att man kan studera och vara med andra människor. Att man har vänner, kamrater och får ett arbete och blir på det sättet en del av samhället. Man ser ju idag, jag tycker att det är jättetråkigt när så många unga människor är utan arbete, de blir ju helt marginaliserade och får en väldigt negativ självbild av det. Att de inte duger till någonting. Och de här är ju i riskzonen, sådana här och ätstörda, att hamna utanför.

Alla läkare känner antagligen inte till det lidande som kan drabba en hel familj vid exempelvis någon allvarlig psykiatrisk sjukdom. Genom att en

läkare kan förstå sina patienters problem i sitt arbete och vad de leder till och att hen arbetar för ett tillfrisknande, uttrycker förståelsen att läkaren har en grunduppfattning om själva sjukdomslidandet. Att psykiatern i min intervju inte uppfattade "lidande" som ett användbart begrepp i sin verksamhet innebär inte att hen skulle sakna just medlidande för sina patienter. Verksamheten uttrycker just en medkänsla.

Vad kan det då betyda att vara allvarligt eller kroniskt sjuk? Den fysiskt sjuka kan lida av ihållande smärta men hen är också mer eller mindre medveten om hur hen iakttas och bedöms i sin sjukroll. Personen vet att hen befinner sig i ett socialt underläge, att hen inte lyckas nå upp till alla krav och förväntningar. Upplevelsen av att vara en börda för andra kan bli en del av den existentiella sjukdomsupplevelsen ifall patienten har en kronisk sjukdom. Den som är fysiskt sjuk kan påverkas i sin jagbild och självkänsla eftersom hen inte klarar av att leva upp till alla sociala krav.

Många fysiska och psykiska sjukdomar liknar varandra eftersom de handlar om utanförskap i en tilldelad sjukroll, om fysiska och psykiska lidanden och livsförluster. Den psykiskt sjuka skiljer sig från den fysiskt sjuka eftersom hen inte alltid uppfattar sig som särskilt sjuk. Patienten kan inte själv bedöma på vilket sätt hen överreagerar eller hur hens syn på saker är förvrängda. Personen ser inte hur det egna beteendet kan skada de anhöriga och hen kan inte ändra sina uppfattningar och sina beteenden. För att säga det med andra ord: när det gäller allvarlig psykisk sjukdom är man sjuk i den mån man inte själv kan bedöma varje aspekt av sin sjukdom. Det elementära grunddraget i hur mental sjukdom ofta skiljer sig från den fysiska hittar man följaktligen i *jagets* funktion, i en nedsatt självinsikt.

Den som drabbas av sjukdomar av det här slaget kan lida på ett annat sätt än den fysiskt sjuka, eftersom psykoser, hallucinationer och vanföreställningar gör att grundtilliten till en själv och till omvärlden kan minska. I *Den dagen min dotter blev galen* skildrar Greenberg hur hans dotter Sally som blev diagnostiserad med bipolär sjukdom, under sina maniska skov trodde att hon var uppfylld av kosmisk insikt och att hon fått i uppgift att frälsa hela världen.<sup>312</sup> Om en person har gått omkring och trott att hon exempelvis har kosmiska krafter och har blivit född till att utföra underverk inom konst och litteratur, kan identitetsförvirring uppstå när allt genom olika medicinska interventioner visar sig ha varit en illusion.

---

<sup>312</sup> Greenberg, ss. 20-28.



Det finns många faktorer som skiljer den psykiska sjukdomen från den fysiska. Eftersom mental sjukdom drabbar självinsikten och personligheten, kan frågeställningar kring personens riktiga identitet bli problematiska för de anhöriga. Till exempel så kan det vara svårt att skapa sig en bild av hur den åldrande psykiskt sjuka har varit och fungerat som yngre. Men det finns också många likheter. En sådan likhet är själva livsförlusterna. Den sjuka är medveten om vilka förluster hen gjort på grund av sjukdomen. Författaren och dramatikern Beate Grimrud fångar något av den ångesten i sin roman *En dåre fri*.<sup>313</sup> Boken sägs ha självbiografiska inslag och är en berättelse om hur Eli som har schizofreni, lyckas skapa sig en framtid som författare. Eli som lider av återkommande syn- och hörselhallucinationer sörjer här över följderna av sina många tvångsintagningar:

Hur återtar man sin självkänsla efter att ha varit tvångsvårdad? Vad gör man med friheten? Det är lätt att bli rädd och otrygg. Man måste skapa ett nytt golv. Nya väggar. Nytt tak. Ett rum som inte lutar.<sup>314</sup>

Fysisk sjukdom kan innebära att själva smärtan medför att personen inte kan träffa och utveckla sina relationer så bra som hen skulle vilja. Vid psykisk sjukdom kan det vid svåra former bli svårt att utveckla djupa och nära relationer. Långa perioder av sjukfrånvaro medför sämre arbetsmöjligheter och mindre möjligheter att utvecklas i sitt arbete. Både allvarlig psykisk och fysisk sjukdom medför att personen kanske inte vågar bilda familj.

Som jag tidigare skrev antyder begreppet sjukdomsvinst, att man ser en individs sjukdom som att personen vill komma undan sitt ansvar för sitt liv. Det kan förstås finnas sådana exempel, men man använder ofta den här "förklaringen" i vardagliga situationer där man inte känner personen bakom sjukdomen. Vid fysisk sjukdom, diagnoslös eller diagnostiserad, kan kroppslig smärta och olika kroppsliga symptom leda till att en person kan börja undvika olika fysiska aktiviteter. Hen kan bli depressiv av smärtan. Den som är sjuk kan komma in i en nedåtgående spiral av ändlösa depressioner och kroppslig smärta. Depressiviteten i sig självt kanske kan leda till att hen känner av den kroppsliga smärtan starkare. Är det meningsfullt att säga att människor medvetet eller omedvetet vill fly in i en sjukroll som innebär att den

---

<sup>313</sup> B. Grimrud: *En dåre fri* (Stockholm: Albert Bonniers förlag, 2010).

<sup>314</sup> *Ibid.*, s. 371.

kroppsliga och mentala hälsan fortsätter att försämrans och att livsutrymmet samtidigt krymper?

Jag vill inte säga att det inte skulle finnas människor som vill dra nytta eller fördelar av sin sjukdom, men i avhandlingen vill jag visa att diagnosen just reflekterar att vi förhåller oss till människor som att de inte är ansvariga för sina sjukdomar. Då en människa är inne i en sjukdom så kanske en del krav som vanligtvis ställs på en människa faller bort, sjukdomen blir något som gör den sjukas uteblivna handlingar mera begripliga eller lättare att ha överseende med. Vid vissa sjukdomar, anorexi till exempel, så skulle vi inte säga att människan själv är sjukdomens orsak. Då det gäller rökning och lungsjukdomar så är den egna ansvarsdimensionen kanske större. Väl inne i sjukdomen så kommer ansvarsfrågan in på ett nytt sätt, det är då man ser över sin livsstil, sin historia och om det är något man kan göra på ett annorlunda sätt för att må bättre eller bli frisk igen. Oavsett hur en människa blivit sjuk är det kring hennes lidande och nuvarande omständigheter som ansvarsfrågorna börjar kretsa. De begrepp som kommer in handlar om smärta, sorg, utsatthet, isolation, förlust, maktlöshet och många andra. Som jag har sagt tidigare skulle vi inte ha några diagnosbegrepp eller ett biologiskt sjukdomsbegrepp om vi inte från början skulle ha förstått och reagerat på den sjukas situation, som att det handlar om ett omfattande lidande eller utsatta livssituation.

#### **6.4 Historiska myter och andra uppfattningar om mental sjukdom**

Det finns många föreställningar om den mentalt sjuka. Man kan bland annat tänka att den psykiskt sjuka är litet "konstig" eller "vilse i livet". Speciellt just området antidepressiv medicinering verkar drypa av klichébilder. Journalisten Anna Hellgren skriver i artikeln "Pillren ur helvetet"<sup>315</sup> att vi här i västvärlden bär på en romantisk och klichéfylld bild av den plågade depressions- och ångestfyllda Konstnären som dämpar sina inre spänningar med sprit och tabletter. Till den här schablonbilden hör givetvis att ångesten är en förutsättning för kreativiteten. Uppfattningen att ångest- och depressionstillstånd hör ihop med kreativitet och konstnärlighet har djupa rötter i vår historia och enligt Foucault<sup>316</sup> var synen på vansinnet under renässansen nära sammankopplad med vetande och med vetenskap. Sontag menar att

---

<sup>315</sup> A. Hellgren: "Pillren ur helvetet." *Arena* 3 (2008), ss. 51-55.

<sup>316</sup> Foucault, s. 36.

1900-talets fantasiföreställning om mental sjukdom som en källa till konstnärlig kreativitet och andlig originalitet har sin förelöpare i en romantisering av den demens som var karakteristisk för syfilis i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet. Under den här tiden i Europa lyckades syfilis få en dunkelt positiv association i och med att det gjordes en koppling mellan syfilis och förhöjd mental aktivitet. Man hävdade, enligt Sontag, att hjärnskadorna vid nervsyfilis kunde inspirera till originellt konstnärligt tänkande.<sup>317</sup>

Men trots de seglivade kulturella associationerna till kreativitet, vetenskaplig briljans och konstnärlig originalitet kan man rimligen anta att största delen av de människor som drabbas av mentala sjukdomar antagligen varken lever konstnärsliv eller arbetar med vetenskaplig forskning. Vissa mentala störningar som autism eller Aspergers syndrom kan kanske sammankopplas mer än andra med kreativitet och konstnärlighet, men i vår kultur tar diskussionerna ofta sin utgångspunkt i ett enda fallexempel, till exempel Van Gogh, i och med att *all* galenskap beskrivs på ett visst sätt, alltså som kreativitet. Man skapar och odlar därmed en kulturell mytbild om att all sorts galenskap alltid kommer att utmynna i ett kreativt flöde. Lika mycket som det är överdrivet att man kallar antidepressiva medel för "lyckopiller", går man också för långt när man talar om galenskapen som en port mot kreativiteten.

Oberoende av hur dessa positiva kulturella associationer om mental sjukdom har uppstått historiskt, är det en realitet att dessa föreställningar ännu ofta för de insjuknade och deras anhöriga bildar en slags existentiell sanning om hur mentala sjukdomar på ett intimt och gåtfullt sätt är sammanvävda med den sjukas personlighet. I många av samtidens självbiografier förmedlas ofta tanken att det är tack vare sjukdomen som personen äger någon form av kreativitet eller att hen på grund av sin sjukdoms särart har kunnat utföra vissa konstnärliga bragder.<sup>318</sup> Att talet om mentala sjukdomar som en utgångspunkt för kreativitet ofta formar ett slags "existentiella sanningar", belyser delvis varför det kan vara så svårt för någon att acceptera att den mentala sjukdomen är någonting som är åtskilt från den person någon är. Ifall kreativiteten flödar när man är uppe i ett maniskt skov kan det också efteråt vara svårt att greppa att tillståndet inte anses vara sunt eller att sjukdomen inte är en del av ens personlighet. Det här kan även åtminstone på något plan, illustrera vari charmen ligger med att

---

<sup>317</sup> Sontag, s. 117.

<sup>318</sup> Det här slagets tankar finns det många av i Grimsruds och Greenbergs böcker.

exempelvis genom film eller annan konst gång på gång tematisera våra uppfattningar om mental sjukdom och normalitet.

Hellgren poängterar att vi har en lång historia av att bita ihop tänderna, ta oss ett stopp och ta oss i kragen. Synen på medicinering handlar som hon säger om att den är "fusk" och tecken på dålig karaktär.<sup>319</sup> Psykisk sjukdom har traditionellt varit förbunden med ett väldigt starkt stigma. Hertzberg skriver att skammen har bidragit till användningen av mystifierande omskrivningar såsom "överansträngning" eller "dåliga nerver".<sup>320</sup> Även om sådana omskrivningar var vanligare förr visar de här uttrycken hur skambelagd psykisk sjukdom har varit. Om vi inte hade mediciner skulle vi förmodligen ändå försöka hantera vår ångest, våra mindervärdes- och tomhetskänslor på något sätt, genom alkohol, mat eller annat.

Psykiatriska diagnoser är stigmatiserande på många sätt. Det kan vara plågsamt att få någon viss psykiatrisk diagnos som adhd eftersom diagnosen placerar in individen i ett fack. Man riskerar kanske att bli bedömd i enlighet med sin diagnos i situationer som inte har någonting med diagnosen eller sjukdomen att göra. Om man får en depressionsdiagnos kanske man kan börja uppleva sig som svag; man är en som inte klarar av vissa påfrestningar i livet. Man kanske börjar se sin karaktär och personlighet som problematisk eftersom man behöver psykiatriska läkemedel och så vidare. Eller så vägrar man att äta antidepressiv medicin på grund av stigmatiseringen och alla kulturella diskussioner kring läkemedlens nackdelar.

Att en depressionsdiagnos och medicineringen som kan följa kan vara så svår att bära är på sätt och vis litet märklig, eftersom det inte är möjligt att föreställa sig ett liv där människor inte skulle bli deprimerade överhuvudtaget. Diagnosen utbrändhet (burnout) kan för någon vara betydligt enklare att acceptera än en depressionsdiagnos, eftersom den kopplas ihop med att man har jobbat hårt. Och diagnosen ges ju i arbetssammanhang. Det här är belysande för hur belastande depressioner kan vara för en persons självbild.

---

<sup>319</sup> Hellgren, s. 52.

<sup>320</sup> L. Hertzberg: "Om depressionens obeskrivbarhet" i *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Red. K. Klockars & B. Österman (Stockholm: Liber Utbildning, 1995), s. 12.

## 6.5 Den mentalt sjuka: ensam på institutionen och i hemmet

För att belysa den kanske starkaste formen av stigmatisering av mental sjukdom skall vi nu förflytta oss innanför klinikens väggar. Grimsrud beskriver i sin roman vad huvudpersonen Eli tänker när hon vaknar upp efter flera sprutor och en bältesläggning på ett mentalsjukhus någonstans i Sverige:

Jag vaknar inte på två dygn. När jag försöker öppna ögonen är allt helt igenklistrat. Jag är torr i halsen och stel i käkarna. Jag kan inte prata ordentligt, tungan är i vägen. Jag blir livrädd. Jag har blivit sån, jag har blivit sån, far det runt i mitt huvud. Jag är stel i hela kroppen. Jag har blivit förstörd och förändrad. De har sprutat i mig ett permanent annorlunda tillstånd. En märklig främmande kropp. Jag kommer aldrig att bli som vanligt igen.<sup>321</sup>

Litet senare i romanen beskriver Eli, som blivit tvångsinlagd ett flertal gånger på grund av sina många vanföreställningar och hallucinationer, en medpatient på sjukhuset:

Jag går ut och sätter mig i korridoren. En fruktansvärd gaphals kommer förbi. Hon skriker åt mig. Jag blir rädd, hon är en sån man inte vill träffa på stan. Som man vill gå en omväg kring. Personalen hyschar på henne hela tiden. Hon heter Marilyn, ser ut som en påskkärring med såpbubblor i håret som en krona som blänker. Med en röd prick målad i pannan och en på hakan. En gul halsduk, glittrig lila väst och sjukhusets lila rock knuten runt midjan med fickorna bak. Stora örhängen och fem halsband. Hon stormar fram och tar mig på bröstet, ropar jag ser ut som en prinsessa eller fotomodell. Hon bugar framför mig och gestikulerar med armarna i en hälsning, och säger att hon kommer från världens mest kända land. Jag gissar på USA. "Nej, Vietnam."<sup>322</sup>

Romanens Marilyn kan representera sinnebilderna av den mentalt sjuka som säkert finns hos de flesta som växt upp i en västerländsk kultur. En skrikande och vilt gestikulerande kvinna med en tvivelaktig klädsel skulle man, om man som Eli är helt ärlig, helst gå omvägar kring. Den kulturella bilden av hur den mentalt sjuka betar sig bottnar djupt och vad Grimsrud berättar för oss är att även den som själv drabbas av hallucinationer och vanföreställningar kan sörja över vad hen har

---

<sup>321</sup> Grimsrud, s. 167.

<sup>322</sup> Ibid., ss. 458-459.

förändrats till. Även antropologen Erving Goffman menar att mentalpatienter uppfattar och tar till sig synen om att de har blivit som han uttrycker det en "sämre klassens medborgare". Goffmans klassiker *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*,<sup>323</sup> handlar om ett fältarbete som han utförde på 1950-talet på ett statligt mentalsjukhus med drygt 7000 patienter i Washington. Han skriver att det till patientkutymen på sjukhuset hörde att det var totalt förbjudet för en patient att fråga en annan patient, varför hon eller han var intagen.<sup>324</sup> Eftersom Goffman gjorde sina undersökningar av hur ett mentalsjukhus kan vara uppbyggt på 1950-talet, kan hans teorier inte sägas representera den verklighet och de sjukhus som vi har i idag. Jag vill ändå använda mig av hans beskrivningar eftersom den bild han ger av stigmatiseringen av de mentalt sjuka ännu lever kvar inom forskningslitteraturen och inom kulturella debatter. Denna bild utgår från att det är de psykiatriska sjukhusen med dess vårdformer som ger upphov till de starka stigmata som kan omge en patient eller någon med en psykiatrisk diagnos. Dessutom ger han bra exempel på hur psykiatriska diagnoser kan vara med Hackings ord interaktiva kategorier, de kan förändra hur någon ser sig själv. Genom att läsa Goffman kan vi bland annat få en bättre uppfattning om vad det kan betyda för en patient att bli beskriven med vissa ord och uttryck.

Man kanske tror att vad det innebär att drabbas av en psykotisk sjukdom är att förlora kontakten med tillvaron på ett så genomgripande och totalt sätt att alla klara tankar försvinner. Vad Goffman för fram, speciellt i sin essä om mentalpatientens moraliska karriär, är att den som "förlorat förståndet" och förvandlats till mentalpatient, själv i något skede kommer att upptäcka det här och reagera på sin nya situation och sin förändrade sociala status.<sup>325</sup> Utifrån Goffmans undersökningar kan man säga att den sjuka inte bara är en som blir betraktad; hen betraktar och internaliserar hur hen blir sedd. Att vara någon som anses ha "förlorat förståndet" är att bli en som betraktar sig själv som förståndslös.

Sjelva begreppet "mentalpatient" är vagt eftersom man som även Goffman skriver kan räkna med att alla de personer som förvandlas till mentalpatienter inte är särskilt lika varandra vare sig till sjukdomsbild

---

<sup>323</sup> E. Goffman: *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor* (Stockholm: Rabén & Sjögren, 1973).

<sup>324</sup> *Ibid.*, s. 54.

<sup>325</sup> *Ibid.*, s. 98.

eller till sin personlighet.<sup>326</sup> Dessutom finns det en stor skara av människor som aldrig berörs eller vill beröras av någon form av psykologisk behandling eller mentalsjukhus men som ändå har psykologiska problem av någon art. Goffman nämner några näraliggande kategorier till mentalpatienten; de upptäckta individer som skulle benämnas "sjuka" av psykiatrerna, men som inte av sig själva eller av andra betraktas som sjuka, även om de kan vara komplicerade för sin omgivning; privatpatienten som psykiatern behandlar med psykofarmaka och elchocker utan att sjukhusinläggning behövs, och till slut; patienten som deltar privat i psykoterapi.<sup>327</sup>

Man kan säga att Goffmans bok till stor del handlar om alla de kränkningar, förödmjukelser, degraderingar och förnedringar som en person råkar ut för ifall hen blir intagen på en total institution. När Goffman talar om "totala institutioner" menar han alla de inrättningar som innesluter en människa på ett sådant sätt att hen förlorar kontakten med världen utanför. Således innefattar Goffmans undersökningar allt från hem för blinda, gamla, föräldralösa och fattiga till mentalsjukhus, sanatorier, fängelser, garnisoner, internatskolor och kloster. Men även om många sociala inrättningar innehåller liknande aspekter av sådana rutiner som kan förtrycka och degradera en människa, visar Goffman hur den mentala institutionen med dess kliniker uttrycker en viss syn på de människor som institutionaliseras till mentalpatienter. Jag kommer nu att beskriva och reflektera kring denna syn som, tillsammans med hur Goffman skildrar att en tvångsintagning genomförs, delvis bygger upp mentalpatientens värld och hur patienten reagerar på den.

Det finns en dimension i mentalpatientens väg från att ha betraktats som en vanlig, frisk medborgare till att bli intagen eller institutionaliserad på mentalsjukhus som ganska mycket skiljer sig från den fysiska sjukdomens moraliskt-existentiella sida, och den här aspekten kommer tydligast fram när man betraktar hur en tvångsintagning går till. Det är alltså fråga om den process då en person genom de anhöriga och ett antal personer ur olika yrkesgrupper byter roll från civil och mot sin vilja *blir* en mentalpatient. Goffman skriver att det är en relativt liten grupp blivande patienter som kommer till mentalsjukhuset frivilligt, på grund av att de tycker att en inläggning skulle vara bra för dem eller därför att de samtycker med den övriga familjen.<sup>328</sup> Trots att en hel del förändrats sedan 1950-talet så fångar hans beskrivning något av den

---

<sup>326</sup> Ibid., s. 96.

<sup>327</sup> Ibid., ss. 95-96.

<sup>328</sup> Ibid., s. 98.

betydelse som en intagning kan ha för en människa. Jag vill tillägga att även om en blivande mentalpatient kommer till sjukhuset frivilligt kan det i bakgrunden säkert ofta finnas påtryckningar eller diskussioner inom familjen om varför en inläggning skulle kunna vara bra för den blivande patienten. Många av de drag som karakteriserar en tvångsinläggning kan man därför även urskilja i en inläggning som man skulle kalla frivillig.

Enligt Goffman dokumenterar de flesta mentalpatienters journaler brott mot de normer som finns i vår dagliga samvaro. De här normbrotten kan uppkomma i familjesituationen, på arbetsplatsen, vid halvoffentliga inrättningar eller på offentliga platser som i kyrkor, varuhus, gator och parker. Dessutom finns det ofta även uppgifter från någon som klagat eller någon person som vidtar åtgärder mot den som överskridit normerna, vilket får som följd att denna tas in på sjukhuset. Detta kallar Goffman för den *sociala* starten för mentalpatientens sjukhusvistelse.<sup>329</sup> Här kan man särskilja en sida hos mentalsjukdomens natur som inte finns hos den som är fysiskt sjuk. Den fysiska sjukdomen bryter oftast ut genom olika symptom, vilka inte är internt sammanbundna med en persons handlingar i officiella eller inofficiella kontexter. Att en person som har någon form av allvarlig mental sjukdom kan skämmas för sina bisarra handlingar i efterhand hör därför ihop med hens existentiella situation som just mentalt sjuk.

Genom Eli beskriver Grimsrud den mentalt sjukas moraliska och existentiella situation; man vet att folk har sett hur man har uppfört sig när man haft en dålig period så därför kan man uppleva sig sedd på ett ovärdigt sätt. Personen kan även skämmas för sina sjukdomsbeteenden inför sig själv eller uppleva att "den där psykotiske" inte kan vara hen själv utan någon annan. Den sjuka kan också bära på en rädsla för att tappa kontrollen och få återfall. Den psykotiska patienten som åker in och ut på psyket, vet att hens strävan efter att vara normal i meningen "att bete sig enligt normerna i ett samhälle" – att ha ett vanligt jobb, skaffa familj och sådana saker när som helst kan gå om intet.<sup>330</sup> I sin bok återger Grimsrud hur starka stigmata psykisk sjukdom egentligen handlar om. Eftersom man inte kan berätta om *hur* sjuk man har varit – om stark medicinering, tvångsintagningar och elchocker, kan den psykiskt sjuka leva i en slags livslögn.<sup>331</sup> Här vill jag tillägga att den drabbades livslögn också blir den anhörigas, eftersom inte heller den som lever tätt inpå kan berätta om *sin* verklighet.

---

<sup>329</sup> Ibid., s. 99-100.

<sup>330</sup> Se Grimsrud, ss. 384-385., 346-347., 395.

<sup>331</sup> Ibid., s. 409.



Greenberg illustrerar stämningen mellan de anhöriga på det mentalsjukhus som hans dotter blev inlagd på när hon som femtonåring insjuknade i bipolär sjukdom:

Förutom Pat och jag är det ytterligare några besökare som dröjer sig kvar. Vi håller avståndet och undviker ögonkontakt, i en outtalad överenskommelse att inte verka nyfikna. Vi har något gemensamt som vi inte gärna vill dela. Och vad skulle vi ha sagt om vi haft lust att prata? På en psykvad delning finns inga av de mer handfasta sjukdomarnas kännetecken – inga syrgasbehållare eller droppåsar, inga EKG-apparater eller operationssår. Symptomen känns som intima hemligheter. Orsakerna är svårgripbara och botemedlen okända.<sup>332</sup>

Greenberg säger här någonting elementärt om den allvarliga mentala sjukdomens moraliskt-existentiella dimension. Eftersom de bisarra handlingar som är interna till mentalsjukdomens natur demoraliserar en person ur en sociologisk synpunkt, blir det helt enkelt en moralisk svårighet att prata om själva symptomen. Eller annorlunda uttryckt: eftersom en sorts social utskämdhet kan ingå i mental sjukdom, skulle allt prat i sociala sammanhang om vad som lett en person till sjukhusvård, leda till en känsla av att man främmandegör den som insjuknat och innebära en ytterligare belastning för den personens känsla av värdighet och självuppfattning. Det här innebär att begrepp som tystnad och isolering kommer in på ett mer totalt sätt i den psykiska sjukdomen än i den fysiska. Eftersom man inte ens kan tala om själva symptomen när det gäller mental sjukdom blir avståndet mellan den sjuka och de anhöriga djupare än vid fysisk sjukdom. Här kan sammanhangen flyta in i varandra ibland, eftersom det också kan vara svårt att tala om sådant som cancer eller aids i en drabbad familj. Men i psykiatriska familjesammanhang är det möjligt att man inte diskuterar sjukdomen överhuvudtaget. Den mentalt sjuka kan inför omvärlden dölja sina symptom eller spela fullt frisk eller åtminstone friskare än hen i själva verket är. Det här är någonting som är ganska svårt att göra för den som är allvarligt fysisk sjuk och har svåra kroppsliga symptom.

Goffman skriver att alla patienter när de väl har intagits på ett mentalsjukhus upplever någon form av nedklassning. Grimsrud demonstrerar det här i sin roman:

---

<sup>332</sup> Greenberg, s. 58.

Jag delar rum med en suicidal hjärtskirurg. När hon förstår att jag är författare säger hon: "Det här är VIP-rummet." Hon är tydligen inte van att vara patient. Jag förstår indirekt att hon har svårt att prata med en vanlig lågtstående psykiatriker. Hur ska hon kunna hålla på sin status här bland alla missbrukare och såna som inte satt sin fot i arbetslivet? Hon är en hermelin bland katterna.<sup>333</sup>

Goffman skriver:

På mentalsjukhus tvingar omgivningen och ordningsföreskrifterna på patienten uppfattningen att han när allt kommer omkring är ett mentalfall som råkat ut för en sorts social kollaps och som misslyckats på ett allomfattande sätt, samt att han i stort sett saknar social betydelse eftersom han inte är förmögen att handla som en helgjuten människa.<sup>334</sup>

Vad Goffman menar är att man kan se från hur själva anstaltssystemet är uppbyggt, dels genom hur själva avdelningarna är utformade och dels av hur den psykiatriska doktrinen uttrycks i hur personalen betar sig mot patienterna, att hela institutionssystemet uttrycker ett slags förakt mot mentalpatienten, eftersom hen misslyckats med att vara vad man definierar som en *helgjuten människa*. Här måste man tänka på att när Goffman utförde sitt fältarbete genom att i ett helt år leva bland intagna på ett amerikanskt mentalsjukhus gjorde han det på 1950-talet. På den tiden fick de intagna minst materiella och moraliska förmåner, som respekt, på de avdelningar som härbärgerade de patienter som hade grava mentala störningar. Ju bättre en patient ansågs fungera socialt, desto bättre mental hälsa tillskrev man personen och hen kunde klättra högre upp även på avdelningsnivån. Att man tilldelade en patient en viss avdelning kan enligt Goffman därför betraktas som ett uttryck för en patients allmänna sociala funktionsnivå, och som ett uttryck för hens status som människa.

Det är inte svårt att hitta exempel på kränkningar och vanvård i de mentala institutionernas historia. Dessa historiska bilder om missvård har bidragit till att man har haft lätt för att argumentera för, att alla former av tvångsintagningar och motsvarande vårdformer är något som inte hör till en modern psykiatrisk verksamhet. Den stigmatisering som Goffman anser att kliniken skapar kan man fortfarande se i den misstänksamhet som kan omge en människa med en diagnos eller

---

<sup>333</sup> Grimsrud, s. 423.

<sup>334</sup> Goffman, s. 111.

psykiatrisk historia. Om man rapporterar om ett brottsfall i nyheterna och gärningsmannen har någon diagnos, så är det sannolikt att den psykiska sjukdomen ges stor plats i nyhetsrubrikerna och i förståelsen av brottet. Samtidigt reagerar allmänheten starkt på missförhållanden på slutna avdelningar. Till exempel uppmärksammades det år 2016 att vanvård inom äldrepsykiatrin pågått i flera år i Åbo.<sup>335</sup> Den mediala bevakningen, insändare och människors upprördhet över nyheten uttrycker en moralisk inställning till mentalpatienten idag; hen är en människa med givna rättigheter och är okränkbar trots rollen som patient. Institutionen verkar bli ett slags dilemma, den stigmatiserar och avhumaniserar människan men å andra sidan finns kanske risken för att den sjuka och hans familj utan koncentrerad psykiatrisk expertis, lämnas fullständigt ensamma med ett ohanterligt psykiskt problem om vårdinstanserna inte alls fanns?

Att ha en mental sjukdom kan betyda många olika saker. Man kanske inte förmår vara den goda förälder man önskar eller så kanske man inte lyckas i sin arbetsroll. Äktenskapet kan bli olyckligt. Risken med det är att en människa isoleras socialt, utanför klinikens väggar så att säga. Ensamhet och isolering är begrepp som kan komma in i den mentalsjukas liv om hen inte får hjälp eller stöd i vardagen oavsett hur hen vårdas, på institution eller går i psykoterapi. Det här gäller också vissa fysiska sjukdomar. Cancerpatienter berättar ofta om att folk har börjat undvika dem då man hör om insjuknandet. Svårigheten i dessa båda fall är moralisk – att uppmärksamma en människas lidande binder oss vid personen, vid att kunna ge den hjälp som kan behövas, emotionellt eller annat praktiskt. Också den slutna avdelningen är i förlängningen ett uttryck för detta ansvar. Hur vården organiserats är en skild fråga och när man vill skära bort de element i vården som snarare skadar än hjälper, kan detta betraktas som samma ansvarshandling. Man vill människan väl. I det demokratiska samhället är vägen dit ibland långsam, den går genom debatter i media och politiska val.

Som jag tidigare har försökt visa är mental sjukdom eller de psykiatriska diagnoserna inte i första hand psykiatrins skapelse, utan hur vi använder sjukdomsbegreppen speglar hur vi som människor påverkas av kulturhistorien och hur vi i vissa samhälleliga kontexter förhåller oss till vissa former av beteenden och handlingar. Hur vi uttrycker oss i sjukdomstermer i olika situationer visar oss vilka värderingar vi har.

---

<sup>335</sup> Se [https://www.turku.fi/sv/nyhet/2016-02-18\\_den-slutna-avdelningens-verksamhet-inom-aldrepsykiatrin-utreds-grundligt](https://www.turku.fi/sv/nyhet/2016-02-18_den-slutna-avdelningens-verksamhet-inom-aldrepsykiatrin-utreds-grundligt).

Därför skulle jag säga att det förakt mot "den misslyckade personen" som enligt Goffmans beskrivning förmedlades i 1950-talets psykiatriska institutioner har sin grund i människan själv: i en människosyn.

Det är inte psykiatrin som ger oss de förhållningssätt vi har mot den som vi tycker beter sig bisarrt eller sjukligt utan de uppstår i hur vi själva formar vårt samhälle och vår kultur. I ett samhälle där exempelvis sådant som att sträva mot social status eller att vara "sann" genom den arbetsroll man riktar in sig på, så kan beteenden som bryter mot dessa tankegångar eller som bygger på helt andra idéer om hur livet ska levas, leda till att man reagerar på dessa och slutligen uppfattar dem som sjukliga som behöver hjälp eller vård. Våra sjukdomsbegrepp rättas ständigt till och preciseras. I DSM-manualerna har man tagit bort homosexualitet, som tidigare klassificerades som en diagnos. Det visar främst att den moraliska förståelsen för normbrytande beteende och lidande är en betydande del av diagnostiken. Samtidigt innebär inte den etiska reaktionen på ett beteende att de handlingar som följer; försöken att hjälpa, alla gånger omedelbart är lyckade eller smärtfria. Under 1950-talet var stigmatiseringen starkare än idag och det finns säkert skillnader i vad man skulle kalla för ett personligt misslyckande. Idag förstår man kanske bättre en människa som vill varva ner eller hoppa av arbetslivet – dels eftersom utbrändhet blivit ett problem som det talats om så mycket. Exempelen varierar mellan årtiondena men fortsättningsvis är det i våra gemensamma liv som vi reagerar på varandra och genom diskussioner och omsorg omförhandlar våra sjukdomsbegrepp. Och vissa frågor kommer att fortsätta att vara moraliska utmaningar för oss, samtidigt som nya frågor kan uppstå.

Vår kulturella produktion av filmer och böcker har varit bra på att lyfta fram berättelser om hur människan trycks ner i sin patientroll, i synnerhet då det handlar om tvångsintagning som sticker ut i en kultur som värderar den individuella friheten mycket högt. Grimsrud skildrar hur Eli, som pendlat mellan frihet och tvångsintagningar under flera år, än en gång blir intagen mot sin vilja:

Medan jag bärs förbi gloende patienter säger den ene skötaren: "Ta dina sprutor nu och bli som folk. Du är sjuk i huvudet. Sjuk i huvudet, hör du det."<sup>336</sup>

Den kulturella återgivningen av hur mentalt sjuka behandlas på institutioner blir lätt för subjektiv och enkelspårig, eftersom man enkelt

---

<sup>336</sup> Grimsrud, s. 381.

kunde hitta många exempel på när sjukskötare uttrycker äkta omsorg. Även om sådan kritik kan vara nyttig också, är framställningen ofta inte tillräckligt mångsidig empiriskt. Grimsruds exempel avslöjar sjukdomsbegreppets många metaforiska användningar. Metaforerna "du är sjuk i huvudet" eller "bli som folk" vilar på en av mentalsjukdomens centrala och konstitutionella egenskaper, att man i sin sjukdom har brutit mot grundläggande normer i samhällskulturen.

Ordet "sjuk" bär inte på en betydelse som är helt oberoende av i vilket sammanhang man använder det. Ifall man föreställer sig en familj där ena föräldern har en psykiatrisk diagnos och där den andra parten förklarar för ett barn om dennas sjukdom och exempelvis säger: "Det är för att hon är sjuk som hon gör så här, inte för att hon vill såra dig" är det här ett förhållningssätt som speglar respekt för den människa någon som har en psykiatrisk sjukdom är. Med andra ord: att tala om att någon är sjuk kan i vissa sammanhang uttrycka ett förakt som kastar den sjuka in i en total isolering, medan det i andra sammanhang kan signalera respekt för individen. Den psykiatriska sjukvården är därför en logisk följd av att vi i grunden har en moralisk inställning till den person som vi betraktar som sjuk mentalt sett. Sjukvården kommer in *som ett svar på en kulturell ansvarsreaktion* som vi visar inför den som har mentala problem: när vi inte mer vet vad vi ska göra av en situation, när vi inte förmår hjälpa någon hur vi än försöker, när vi inte vet hur vi ska förstå och relatera oss till någon, när alla inblandade börjar lida av den ohanterliga situationen och så vidare. Som jag har talat om tidigare i avhandlingen så har till exempel schizofreni ansetts vara omöjlig att begripa. Till exempel Foucault har i sin kulturkritik i *Vansinnets historia under den klassiska epoken*, reagerat på att människor genom historien har förlorat kommunikationen med galenskapen och börjat betrakta den som ett "oförnuft".<sup>337</sup> Jag vill lyfta fram att den främsta anledningen till att vi reagerar med ett ansvar inför något beteende, är inte för att vi anser att de mentalt sjuka är oförnuftiga eller någonting sådant. Det är för att själva situationen är sådan till sin natur att den blir svårhanterlig att leva med, såväl för de anhöriga som för den sjuka. En vanföreställning eller hallucination är inte epistemologiska problem att lösa för alla inblandade, i stil med "Går en vanföreställning att förstås logiskt?". Som det så bra kommer fram i mina intervjuer om anorexi, mår den anhöriga också dåligt när någon har drabbats av mental sjukdom. Vad man upptäcker om man knyter ihop min diskussion kring vilken roll en diagnos har inom medicinen, samhället och moraliskt-existentiellt, är att alla dessa

---

<sup>337</sup> Se kapitel 5. Där diskuterar jag Foucaults kultur- och psykiatrikritik.

roller innehåller en hjälpsamt aspekt. Relationen mellan de här tre rollerna är intern: de är alla ömsesidigt beroende av varandra.

I det här kapitlet har jag fokuserat främst på fysiska sjukdomar och psykotiska sammanhang. I avhandlingens tredje del frågar jag mig vad det kan innebära att ha anorexi idag? Hur förstår man sig själv om man har insjuknat? – har man revolterat mot patriarkala maktsystem, är ens sjukdom socialt konstruerad och hur lider man?

## 6.6 Sammanfattning

Vad betyder det för jagbilden att man får en psykiatrisk diagnos? Hur lider den sjuka människan? På vilket sätt stigmatiserar fysisk och mental sjukdom? På vilket sätt kan man säga att begreppet "sjukdomslidande" är svårt att genomtränga, för vardagsmänniskan, för läkaren eller för forskaren? Inom litteraturen om sjukdom har författare och forskare vänt och vridit på den sjukas upplevelser ur olika synvinklar. Dels kan man studera den sjukas lidanden från en kroppslig, biologisk utgångspunkt; patienten kan lida av kroppsliga symptom och smärtor. Men man kan också studera sjukdom utgående från en mytologiserande kultur, det vill säga hur vi förbinder olika fantasiuppfattningar och föreställningar med olika sjukdomar. Till exempel så har man genom århundradena kopplat samman tuberkulosen och neurastenin med begrepp som känslighet, ömtålighet och förfining. Sociologiskt har man analyserat den sjuka från den sjukroll som hen intar; nämligen från alla de vinster och fördelar som tillkommer den som får en diagnos.

I kapitlet har jag undersökt den fysiskt och mentalt sjukas upplevelsevärld. Jag vill framhålla att eftersom den sjuka alltid på något sätt är existentiellt medveten om sin situation – om stigmatisering, livsförluster och hur hen tolkas i sin sjukroll, är det svårt att få en grundläggande förståelse för någons sjukdomslidande utan att försöka förstå alla dessa dimensioner. Trots diagnosernas alla påstådda vinster och fördelar är min tanke att det ändå är själva sjukdomslidandet som är det centrala i patienternas situation. Att vi har diagnoser i vår kultur uttrycker hur vi ofta ser på den som är sjuk – att vårt ansvar för en sjuk människa blir det centrala. Vad kan vi göra för att hjälpa den sjuka och på vilket sätt är hen ansvarig för sin situation, sitt tillfrisknande i vårt omsorgsbetonade sammanhang?

Mentalvårdsinstitutionen har fått en framträdande roll i vår kultur genom filmer, böcker och hur exempelvis tvångsintagningar har skildrats. I det här kapitlet har jag inte förnekat att våra sätt att uppfatta

dess institutioner har bidragit till stigmatisering av den mentalt sjuka. Men jag har också framfört att det är i våra olika vardagliga situationer som rötterna till stigmatiseringen kan sökas. Den ensamhet som en människa med mentala problem kan drabbas av förekommer till exempel både på mentalsjukhuset och i hemmet.

## Del 3: Ett narrativt perspektiv på anorexi

### 7 De breda kulturteoriernas oförmåga att fånga anorexins mångfald

*Eftersom jag inte ville se ut som min mamma eller mormor, som båda är runda, så började jag troligen mixtra med mat och träning för att undvika den kroppsformen när jag blir äldre. Jag har däremot aldrig tyckt att t.ex. Barbie, Paris Hilton eller Britney Spears haft snygga kroppar, men däremot har mina ideal varit idrotts-relaterade. Jag hade kropps förebilder som t.ex. Marit Björgen, Annika Sörenstam m.fl.*

Hanna, ur intervjuer om anorexi

#### Inledning

”Och då tyckte jag att det egentligen var lite överdrivet det här med att ta kontakt med sjukvården. Är det nu inte bara att börja äta ordentligt och trappa ner med träningen och så här så att hon skulle börja må bättre.” Roger är pappa till Rebecka, en av kvinnorna som berättade för mig om sin anorexi. Då han berättar om hur han först tänkte på sin dotters sjukdom så uttrycks en inställning till sjukdomen som inte är ovanlig, att den försvinner bara man ändrar på sitt beteende. En fråga som man fortfarande diskuterar inom forskningen är huruvida man ska se på anorexi som en riktig sjukdom. Finns den där någonstans i biologin och tänkandet eller är den något som snarare uttrycker våra livsproblem idag? Genom sin vardag som anhörig förstod Roger att anorexi verkligen är en sjukdom. I den här delen kommer min diskussion att visa att en naturalistisk syn inte skall ges ensamrätt till begreppet ”verklig sjukdom”. Anorexi är ett intressant exempel, på ytan handlar det om sådant som beteende, om ätande, om bmi-index och en skev kropps bild. Orsakerna anses ofta kretsa kring bilder i media, reklam och utseendehets. Genom min diskussion vill jag visa på att anorexins djup; de betydelser sjukdomen har för den insjuknade och hens anhöriga i deras olika vardagliga livssammanhang, kan skilja sig avsevärt från de dominerande kulturella och psykologiska förklaringsmodellerna. Anorexin har en gemensam yta, men det som finns under den är något som man uppmärksammat måste lyssna in.



I den här delen kommer begreppet "smalhet" att stå i centrum för min undersökning. Jag ser begreppet som ett slags nyckel för att förstå de problem som människor, i synnerhet kvinnor, tampas med idag. Då man betraktar diskussioner i offentligheten så verkar smalheten vara en norm som tas för given. Media och marknadskrafter sägs upprätthålla smalheten då kvinnor eftersträvar skönhet. René Girard, som jag kommer att diskutera grundligt, talar om hur de mediala bilderna förstärker unga kvinnors smalhetstävlan. Den kroppspositivism som man ser växa fram i sociala medier, att vara nöjd med sin kropp som den är, måste också förstås i relation till en osund smalhetsjakt. Ser man på forskningslitteraturen så kan man, trots att det naturligtvis finns många undantag, också sluta sig till att smalhet är ett tema som det ägnas stor uppmärksamhet åt. Inom psykologin har man under de senaste åren gjort många empiriska studier på hur kvinnor reagerar på de mediala, smalhetstrugande bilderna. Den socialkonstruktivistiska kritiken av den kapitalism som säljer produkter genom att göda en smalhetslängtan är också omfattande. Dessa exempel gör det motiverat för mig att ägna smalheten en så stor uppmärksamhet. De intervjuer jag gjorde fick mig ändå att se på ett kritiskt sätt på den självklara roll som en viss slags smalhetsproblematik har i vår kultur i bred bemärkelse. Jag vill inte förneka att det finns människor vars anorexi tätt hänger samman med smalhetsbildkulturen. Däremot ser jag det som angeläget att problematisera och bredda förståelsen för de olika sammanhang som människor insjuknar i, samt hur man kan påverkas av skönhetsidealen på olika och oanade sätt.

Smalheten, vill jag hävda, är inget entydigt ideal. Mina intervjuer illustrerar hur det att man som ung fått höra att man är *för* smal också kan bli en del av hur man förstår sitt eget insjuknande i anorexi. Jag är inte ute efter att göra empiriska poänger om anorexi även om det kanske ibland kan verka så, då jag hänvisar till mitt intervjumaterial. Vad jag vill göra är att visa på hur vissa begrepp har en uppbyggande, central roll i sjukdomssammanhangen och utmanar oss att tänka bredare på de olika situationer där människor insjuknar och i synnerhet på hur de själva förstår sin sjukdom. Jag kommer att lyfta fram betydelsen av att läkaren lyssnar in patienten uppmärksamt för att kunna bemöta hen i de upplevelser hen själv finner angelägna. Läkarens roll stannar inte vid lyssnandet enbart. Det handlar också om att samtala med patienten och för terapeutens del handlar det om att öppet lära sig vad anorexin är frågan om i just det fall man har framför sig. Den här tanken springer ur min wittgensteinska, förmedicinska förståelse, ur de etiska reaktioner på

varandra som jag ser som vårdens och diagnostikens logiska grund. Många teoretiker vill kritisera en kultur där ätstörningsproblematiken brer ut sig, något som jag har stor förståelse för. Risken med ett samförstånd om en komplex problematiks enkla samhälleliga orsaker är att vissa teorier får en dominerande roll, något som kan tänkas innebära att deras förklaringsmodeller också kan bli verktyg för en människa som insjuknar i en ätstörning för att tolka och förstå sig själv.

## 7.1 Att vara sjukligt smal eller sjukligt fet – vår kultur idag?

Enligt författaren och litteraturvetaren Anders Olsson utgår litteraturen från att olika former av självsvält har funnits i alla tider. Han skriver att den engelske läkaren Richard Morton var den första som beskrev självsvälten som en sjukdom under 1600-talet.<sup>338</sup> Morton anses vara den som gav den första medicinska beskrivningen av anorexi. Även om *termen* anorexia nervosa skapades i slutet av 1870-talet sägs det ofta i litteraturen att anorexin ska ha debuterat i en större omfattning först efter andra världskriget. Johannisson, som har undersökt perioden mellan 1870- och 1930 uppger att diagnosen inte har kunnat beläggas i svenskt material. Hon säger också att muntliga källor verkar bekräfta att anorexi inte var känd i den breda kliniska verkligheten före sent 1940-tal. Men som Johannisson också poängterar är det mycket sannolikt att anorexin existerade som ett plågsamt gissel för många kvinnor kring sekelskiftet eftersom lidandet hade ett namn, det fanns enstaka fallbeskrivningar och diagnosen hade vetenskaplig sanktion. Men enligt Johannisson fick sjukdomen alltså en epidemisk spridning från och med 1970-talet och framåt och är en av de mest uppmärksammade sjukdomsdiagnoserna i vår samtid.<sup>339</sup>

Det är sant att många av de dagsaktuella diagnoserna som adhd eller anorexi har uppkommit rätt så sent historiskt betraktat. Men som jag tidigare har visat är inte detta ett bevis på att man inte genom historien skulle ha kunnat *tala* om människors upplevelser eller beteenden som sjukdom. Många beteenden som vi kallar mental sjukdom kan skada eller påverka andra eller personen själv negativt och därför blir man speciellt i nära relationer tvungen att *förhålla* sig till dem på något sätt. Man har egentligen inget val. Exempelvis nämner Simone de Beauvoir liksom i förbifarten i sin bok *Det andra könet* att när man förut

---

<sup>338</sup> A. Olsson: "René Girard, det mimetiska begäret och självsvälten" i *Anorexi och mimetiskt begär*. Red. R. Girard (Stockholm: Themis, 2010), s. 8.

<sup>339</sup> Johannisson (2005), s. 140.

varnade barn för främmande personer, när man förklarade sexuella övergrepp för dem, så talade man ofta om att det var sjuka människor, förryckta och galningar som gjorde sådant.<sup>340</sup> Och så skulle man ju för övrigt också säga nuförtiden. Det är intressant att de Beauvoir också beskriver det beteende som vi idag skulle kalla självskadebeteende. Hon beskriver ett slags självplågeri hos flickor som ofta förekom i tonåren: "Flickan snittar sig i låret med rakkniv, bränner sig med cigaretter, skär sig, flår sig."<sup>341</sup> En av de Beauvoirs ungdomsvänner lär ha huggit sig i foten med en yxa för att slippa gå på ett tråkigt garden-party, vilket renderade henne sex veckor av sängvila. De Beauvoir tolkar de här självskadebeteendena på samma sätt som hon också förklarar hysterin, alltså som ett dåtida försök att protestera mot den underkastelse som kvinnligheten genom patriarkala mönster i samhället tvingade flickor till under den tiden.<sup>342</sup>

Anorexin och andra ätstörningsdiagnoser hör säkert delvis tätt ihop med vår senmoderna, utseendefixerade kultur, men jag skulle ändå säga att det är bra att vara försiktig med att alltför mycket se dem som "moderna" sjukdomar. På samma sätt som fysisk smärta och fysisk sjukdom är en oundviklig del av livet och påminner oss om hur bräcklig och skör människan är, kan man tänka sig att anorexi och andra ätstörningsliknande symptom kan ha existerat inom familjerna trots att man inte har haft en fungerande diagnostisering och sjukvård. På grund av de starka stigmata som kulturhistoriskt har omringat psykisk sjukdom, göms de psykiskt sjuka ofta undan inom familjerna och sjukdomen och allt vad det kan innebära för den sjuka och för de närstående, tigger man ofta om ännu idag.

Enligt psykologen Julie Hepworth i boken *The Social Construction of Anorexia Nervosa* myntades begreppet *anorexia nervosa* (av grek. an = icke och orexis = begär) år 1874 av en brittisk läkare, William Gull (1816-90).<sup>343</sup> Gull beskrev aptitlöshet och självsvält som utmärkande för anorexin och eftersom han inte hittade någon organisk orsak till symptomen menade han att sjukdomens ursprung var *psykiskt* och inte fysiskt. Begreppet *anorexia nervosa* betyder "nervös aptitlöshet"<sup>344</sup> men som filosofen René Girard påpekar i sin essä *Ätstörningar och mimetiskt begär*, har begreppet en bedräglig etymologi, för det är inte nödvändigtvis

---

<sup>340</sup> de Beauvoir, s. 185.

<sup>341</sup> Ibid., s. 212.

<sup>342</sup> Ibid., ss. 212, 215.

<sup>343</sup> J. Hepworth: *The Social Construction of Anorexia Nervosa* (London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 1999), s. 2.

<sup>344</sup> Johannisson (2005), s. 140.

så att anorektikern inte skulle ha aptit.<sup>345</sup> Även mina intervjuer ger vid handen att anorexibegreppet ger en felaktig sjukdomsbild av patienten, till exempel rapporterade en av mina intervjuade, Katja, att hon kände hunger om nätterna.<sup>346</sup>

Ungefär samtidigt som Gull, år 1873, rapporterade en fransk läkare Ernest-Charles Lasègue, åtta fall av sjukdomen, och han kallade självsvälten *l'anorexie hystérique*.<sup>347</sup> Lasègue observerade flera kännetecken hos den dåtida anorektikern som man också idag skulle känna igen hos den sjuka. Han beskrev anorektikern som "patologiskt förnöjsam" eftersom patienten accepterade sitt tillstånd trots allt obehag som det medförde. Han iakttog även familjedynamiken kring en anorektiker. Gradvis koncentrerades hela familjens uppmärksamhet kring den sjuka.<sup>348</sup> Enligt Hepworth är det Gull och Lasègue som har blivit omtalade för att ha "upptäckt" anorexin som sjukdom.<sup>349</sup> Ända sedan dess har anorexidiagnosen, som Hepworth skriver, i diagnosmanualerna beskrivits som en psykopatologi<sup>350</sup> även om symptomen i stort sett har handlat om det kroppsliga, om självsvält och därmed även om ätandet.

Anorexin har tre grunddrag i sin diagnosuppsättning: ett ihärdigt begränsande av energiintaget, intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli fet (viktfobi) och en störd kroppsuppfattning gällande vikt och form. DSM-5 räknar upp de tre diagnostiska kriterierna för *anorexia nervosa*:

- A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex developmental trajectory, and physical health. *Significantly low weight* is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected.
- B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behaviour that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.

---

<sup>345</sup> R. Girard: "Ätstörningar och mimetiskt begär" i *Anorexi och mimetiskt begär*. Red. R. Girard (Stockholm: Themis, 2010), s. 84.

<sup>346</sup> Se Katjas intervju.

<sup>347</sup> Johannisson (2005), s. 141.

<sup>348</sup> *Ibid.*, s. 141.

<sup>349</sup> Hepworth, s. 27.

<sup>350</sup> *Ibid.*, s. 2.

- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.<sup>351</sup>

Alla tre kriterier måste uppfyllas för att man ska få en diagnos. En förändring från den föregående upplagan DSM-IV, är att man har tagit bort menstruationsbortfall (amenorré) som kriterium. I Finland använder läkare diagnosmanualen ICD-10 där man ännu har kvar kriteriet amenorré.<sup>352</sup>

På grund av att anorexidiagnosens symptom är så fokuserade på självsvalt, viktfobi och en störd kroppsuppfattning verkar detta peka mot att diagnosen måste vara tätt sammankopplad med vårt västerländska konsumtionssamhälle med allt överflöd av mat, kläder, mode och olika utseende- och kroppsideal och framförallt det extrema magerhetsidealet, som ständigt förmedlas via massmedia och reklambilder. Allt utbud på mat leder ju till att man inte bara äter för att man är hungrig utan man gör det av många andra anledningar. Till exempel att använda maten som ett sätt att belöna sig själv eller ens barn, eller som något som man flyr till om man "mår dåligt"<sup>353</sup> – som Girard uttrycker det – är lika normaliserat och avdramatiserat i vårt samhälle som att dricka några öl när man har sina kriser. Man tröstäter, medan man med dåligt samvete lovar sig själv att banta, eller åtminstone och också av etiska skäl, lämna bort det där köttet från dieten innan semestern kommer och man återigen tvingas visa upp sin kropp på allmänna badstränder eller simanläggningar. Jag instämmer med Girard om att en lyckad bantning verkligen är lik en anorektikers eufori.<sup>354</sup> Genom en bantning återtar man makten över sig själv, man upplever kontroll och självbehärskning. Man triumferar: det var *jag* som vann och inte frosseriet! Släktingar och vänner öser komplimanger över den nerbantade figuren och förstärker glädjen över ens bedrift. För som Svenaeus säger i sin bok *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*,

---

<sup>351</sup> DSM-5, ss. 338-339.

<sup>352</sup> Se läkarintervjun.

<sup>353</sup> Girard, s. 83.

<sup>354</sup> På sid 83 beskriver Girard hur vi tröstäter medan vi när allt känns bättre återupprepar våra nyårslöften om att sätta igång att banta.

kan man bara dyrka en avsmalnad kropp i en miljö där det är väldigt svårt att vara smal.<sup>355</sup>

## 7.2 Det moderna smalhetsidealet

Enligt Svenaeus har det magerhetsideal vi har idag, ingen tydlig motsvarighet i vår historia, han ser det som nytt och som en följd av en rad sociala omställningar. Han menar vidare att feminister ofta har framställt det moderna smalhetsidealet som ett förtryck av den moderna kvinnan som tvingas rätta sig efter ett magert ideal som i grunden är onaturligt för kvinnokroppen. I en allians mellan modeindustrin, plastikkirurgin, träningsindustrin och olika företag som säljer bantningsmedel, skapas och upprätthålls de magra kvinnokroppsnormerna i mode- och kulturindustrin. Bakom detta smalhetsideal döljer sig normer som objektifierar kvinnan som ett föremål för männens begär istället för att lyfta fram henne som en självständig individ.

Denna analys är enligt Svenaeus, inte helt felaktig men ändå rätt så förenklad eftersom den inte beaktar hur också män har blivit offer för den moderna smalhetsivern. En mer trogen bild av utvecklingen öppnar begreppet "självdisciplinering". Dels har 1900-talskvinnan, menar han, lyckats frigöra sig från objektspositionen. Men genom frigörelsen har det uppstått nya krav på att forma om sig själv, att tukta såväl kropp som själ. Den moderna kvinnan har vunnit sin frihet från manssamhällets objektifierande normer men nu är det *friheten* själv som ställer nya krav på kvinnan att disciplinera såväl sin kropp som sin själ. Nu är det inte mera den manliga blicken som tyglar kvinnans kropp; hon har blivit slav under sin egen slankhetsönskan. Bilden av den moderna kvinnan i mode- och kulturindustrin visar fram en självständig individ som ska triumfera på livets alla områden; som älskarinna, hustru, mor, yrkeskvinna och konsument. Samtidigt med kvinnans frigörelse växer en större medelklass fram, nya yrken skapas som inte kräver kroppsarbete och det moderna konsumtionssamhället tar form. Alla dessa omständigheter sammanfaller med framväxten av det nya magra kroppsidealet.<sup>356</sup> Som ett tillägg vill jag uppmärksamma att diskussionerna om ätstörningar och kroppsnormer inom forskningen oftast uppkommer ur erfarenheter som främst gäller kvinnor i västerländska samhällen och i viss mån män. Det

---

<sup>355</sup> F. Svenaeus: *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid* (Hägersten: Tankekraft, 2013), s. 107.

<sup>356</sup> *Ibid.*, s. 106-107.

finns alltså en brist i det att icke-binäras, alla de grupper av människor som inte identifierar sig med någondera av dessa, och icke-vitas upplevelser ofta inte ryms med i diskussionen.

Vår kultur är följaktligen kluven mellan en stillasittande, konsumerande livsföring och våra kropps- och hälsoideal. Å ena sidan ett överflöd av mat, socker och fett, och vi handlar och äter som aldrig förr. Snabbköpen är överfulla av exotiska frukter, delikatessostar och bröd och att välja en godispåse tar en evighet på grund av urvalet. Yrkeslivet har blivit alltmer stillasittande och tiden räcker knappt till för egen fritid, som man borde ägna åt den egna hälsan. Å andra sidan: vår välfärd har sitt pris. Eftersom vi blir allt fetare ökar kraven på att minska matintaget och att disciplinera våra kroppar.

Svenaesus talar om klyvningen mellan vår nya livsmiljö och våra livsideal som mer *logisk* än schizofren. Det är bara i en mat- och kroppskultur, ingående i en stillasittande och konsumerande livsstil där smalheten kräver en hård disciplin, som den också kan bli åtråvärd.<sup>357</sup> I den här meningen kan man säga att vi lever i en anorektisk och bulimisk kultur. Samtidigt som vårt samhälle är extremt skönhets- och kroppsfixerat har övervikt och fetma blivit ett allvarligt problem. Vi har kommit att börja balansera mellan de två polerna att vara sjukligt smal och sjukligt fet. Det ligger en sanning i vad många kulturkritiker som Girard och Svenaesus påpekar, fetman *har* ökat, det har blivit svårare för människor i övre medelåldern att hålla en slank figur. Samtidigt är det viktigt att minnas att kulturen inte är enhetlig i det här hänseendet, det finns också många som inte har några som helst problem med fetma. Det finns, som jag litet senare kommer att diskutera, också många människor som är väldigt magra av naturen.

Svenaesus har på sätt och vis rätt i att den västerländska 1900- och 2000-talskvinnan har blivit mer självständig. Hon har fått röst- och arvsrätt, krävt avlastning från hemarbetet och barnuppfostran, vunnit en större frihet genom att bli ekonomiskt självförsörjande och fått rättigheter att utöva samma prestigefyllda och intressanta yrken som män. Hon har verkligen uppnått mycket av det som de Beauvoir, på sin tid, stred för. Enligt de Beauvoir var det just genom det ekonomiska oberoendet, att kvinnor kan delta i näringslivets alla delar och få stöd av samhället när det gäller alla de kroppsliga krav som fortplantningen ålagt kvinnan, som hon skulle komma att bli en fri och självständig individ.<sup>358</sup> Mycket har förverkligats men ändå kan det fortfarande vara svårare för

---

<sup>357</sup> Ibid., s. 107.

<sup>358</sup> de Beauvoir, ss. 39, 97-98.

kvinnor än för män att ta sig fram i mansdominerade yrken och kvinnor får fortsättningsvis ofta mindre lön för ett arbete som de utför på samma villkor som män. Samtidigt handlar den sexuella objektifieringen både i bilder och på andra sätt, som genom samtal, åsikter och kommentarer, fortfarande mer om kvinnokroppar än om andra kroppar. Att säga att den moderna kvinnan skulle ha lyckats arbeta sig fri från objektpositionen är enligt min uppfattning att ge en för positiv syn på utvecklingen. I denna del kommer jag att framhålla motsatsen. Det finns fortfarande kvinnor som i hög grad kan drabbas av sexuell objektifiering men inte alltid på det sätt som de aktuella teorierna om objektifieringen vill föra fram. Anorexi och de andra ätstörningarna kan ses som ett uttryck för att det fortfarande finns mycket kvar att uppmärksamma om målet är ett genusrättvist samhälle. I min text vill jag lyfta fram också andra sidor av objektifieringen, till exempel kommentarernas innebörd, vid sidan om tanken om de skadliga bilderna.

### 7.3 Den svällande människan

Många sjukdomsteoretiker och författare vill gärna tolka och placera in ätstörningsdiagnoserna i ett så kallat "fetmasamhälle".<sup>359</sup> Till exempel Girard menar att *vi alla* har problem med fetma och att alla *vill* banta.<sup>360</sup> Av den här anledningen kommer jag att kort beskriva hur man historiskt har betraktat övervikten och hur man ser på kroppsfettet idag.

Fetman klassificeras nuförtiden som en sjukdom och är liksom anorexin, ett gott exempel på en så kallad samtidsdiagnos. Redan år 1997 gick Världshälsoorganisationen ut med en varning för en kommande "global fetmaepidemi". Tre år senare förklarade WHO fetman för en kronisk sjukdom och enligt statistiken för år 2010 lider en fjärdedel av den vuxna befolkningen i USA av sjuklig övervikt, vilket betyder att man har ett BMI eller kroppsmasseindex på 30 eller mer.<sup>361</sup> "Body Mass Index" är en metod som visar relationen mellan en persons vikt och längd och räknas ut genom att man tar kroppsvikten genom

---

<sup>359</sup> Se bland annat Svenaeus (2013), Girard och Sofia Torvalds bok *Hungrig. En bok om ätstörningar och föräldraskap* (Helsingfors: Schildts & Söderströms, 2013) eller Lisa Appignanesi: *Mad, Bad and Sad. A History of Women and Mind Doctors from 1800 to the Present* (London: Virago Press, 2009).

<sup>360</sup> Girard, s. 78.

<sup>361</sup> Svenaeus (2013), s. 103.



kroppslängden i kvadrat.<sup>362</sup> I USA räknas över 70 procent av invånarna som överviktiga vilket betyder att de har ett BMI på 25 eller mer.<sup>363</sup> Även om amerikanerna har ökat mest i vikt av världens befolkning kan man se samma ökningstempo för australier, sydafrikaner, briter, ungrare och greker. Här ger statistiken 20 procent för den sjukliga övervikten. I Västindien, Mellanöstern och delar av Sydamerika är problemen ännu värre. För ett land som Sverige var siffrorna år 1980, 5 respektive 30 procent. Kring 2010 var andelen feta 13 procent och andelen överviktiga 45 procent. Också Finland ser ut att utmärka sig i statistiken. År 2012 räknades var femte finländare som fet och två män av tre (66 procent) var överviktiga medan detsamma gällde för hälften av kvinnorna (45 procent).<sup>364</sup>

Övervikt och fetma har, enligt Svenaeus, genom historien haft olika och ganska motstridiga betydelser. Dels har den varit en klassmarkör men den är också ett gammalt stigma. Svenaeus skriver att våra västerländska estetiska och moraliska föreställningar om att övervikt är någonting fult och gränslöst går tillbaka till balanstankarna i den antika hälsofilosofin men också till askesen och hur man tagit avstånd från de kroppsliga njutningarna i den kristna traditionen. Och frosseri är ju faktiskt en av de sju dödssynderna. Här betonar Svenaeus att fetmastigmat innan 1900-talet var förenat med kraftig övervikt, man har uppskattat att det rör sig om ett BMI på 40 eller mer.<sup>365</sup>

Begreppet fetma är inte bara intressant genom att fetman har blivit en samtidsdiagnos utan också för att den just precis är ett gammalt stigma. Ännu idag förbinder vi fetman med moraliska karaktärsord som lättja, sinnlighet och dumhet och med moraliska beskrivningar som måttlöshet och frosseri. Men samtidigt som vi blir allt tjockare, blir vi också alltmer *vana* vid att många människor omkring oss är mer eller mindre runda. Blir man mer och mer van vid att se fetman omkring sig, exempelvis om man umgås mycket med personer som är ganska runda på jobbet, kan man börja se sin egen övervikt som ganska vanlig och i den meningen som "normal". Men innebär det att fetman har förlorat sin stigmatiserande roll idag? Trots att statistik visar att människor i västvärlden ökar i vikt så har inte stigmat försvunnit

---

<sup>362</sup> Se DSM-5, s. 340. Enligt Svenaeus har man ifrågasatt tillförlitligheten av BMI som ett mått på farlig övervikt och fetma eftersom det inte beaktar muskelmassa och var på kroppen fett finns. Se Svenaeus (2013), s. 190.

<sup>363</sup> Olsson, s. 7, Svenaeus (2013), s. 103.

<sup>364</sup> Institutet för hälsa och välfärd: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114872/URN\\_ISBN\\_978-952-302-083-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114872/URN_ISBN_978-952-302-083-2.pdf?sequence=1).

<sup>365</sup> Svenaeus (2013), ss. 103-105.

någonstans. Den allt synligare kroppspositivistiska rörelsens aktivism och motstånd på bloggforum och i sociala medier uttrycker att övervikt och fulhet fortfarande också kopplas ihop. Att det till exempel är en grov förolämpning att säga till en kvinna att hon är för fet avspeglar våra västerländska estetiska föreställningar om kroppslig skönhet och fulhet. Men trots det här så besparas heller inte smala människor kommentarer. Allt från backhoppare, modeller och tonårsflickor kan kommenteras. Man kan alltså få höra att man är för fet eller för smal – frågan är förstås för smal eller fet för vad? Vi kopplar fortfarande samman kroppen med karaktären, men förmodligen på sätt som vi alltid inte är helt klara över.

Att bli kallad fet eller för mager är inte enbart en kommentar om ens kropp utan det är att samtidigt känna sig "motbjudande" eller "fel" som person. De Beauvoir skriver att lika mycket som kroppen är ett objekt och därmed alltid utsatt för andras nyckfulla blickar är den likväl *ens eget jag*.<sup>366</sup> Här syftar hon delvis på hur den sexuella objektifieringen av den kvinnliga kroppen och andra vardagliga förtryck av kvinnan medför att hon börjar betrakta sitt själv som *enbart kropp* och därför har svårt med att stå ut med speciellt den manliga blicken på sin nakna kropp.<sup>367</sup> Men det är också en kommentar om hur svårt det kan vara att bli betraktad i sin nakenhet, också för män. Att det kan vara svårare för kvinnor att uthärda den manligt granskande blicken på sina kroppar, beror enligt de Beauvoirs tänkande, på att mannens sexualitet är en del av hans personlighet och är en drivande kraft i hans agerande i världen, medan kvinnans sexualitet är mer moraliskt undertryckt. Hon har svårare att uppfatta sin sexualitet som en del av sin personlighet eftersom hon har blivit tilldelad en passiv roll genom hela historien.

## 7.4 Kroppen som ett erotiskt objekt

Det berömda citatet av de Beauvoir; "Man föds inte till kvinna, man blir det"<sup>368</sup> innehåller själva kärnan i hennes filosofi. Kvinnlighet och femininitet är inte naturliga fakta utan formade av historia och civilisation.<sup>369</sup>

---

<sup>366</sup> de Beauvoir, s. 232.

<sup>367</sup> Ibid., ss. 162-223.

<sup>368</sup> Ibid., s. 162.

<sup>369</sup> Ibid., s. 445.

Men det som utmärker kvinnans ställning är att hon, vilken liksom varje mänsklig varelse äger en självständig frihet, upptäcker sig själv och väljer sig själv i en värld, där männen tvingar henne att ta på sig rollen som den Andra.<sup>370</sup>

I inledningen till de Beauvoirs *Det andra könet* skriver hon att hennes perspektiv anläggs av "den existencialistiska moralen". Mera konkret betyder det att hon visar på hur kvinnans naturliga frihet och de ansvarsfulla val som existencialismen betonar, förhindras av den struktur som begränsar henne. Det som står på spel är alltså existencialismens kärna; att genom sina handlingar kunna definiera vem man är. Att bli *den Andra*, är att aldrig kunna bli sig själv.

Den centrala tanke hos de Beauvoir som gjort att många kvinnor under årtiondens lopp förmodligen känt igen sig i hennes texter handlar om hur olika erfarenheter män och kvinnor har då det gäller upplevelser av den egna kroppen, sexualiteten och övriga förmågor. Kvinnans roll är enligt detta att vara oväsentlig och undergiven, medan mannen igen är aktiv. Att tala om kvinnan som *Den Andre* betyder just att inte vara en aktiv, skapande människa, någonting hon inte ens behöver vara medveten om. de Beauvoirs feministiska insats består bland annat i att återge kvinnan självmedvetenhet och befria henne från att vara ett objekt. Mera konkret betyder det att ens tillvaro upphör att präglas av ambivalens både kroppsligt, sexuellt och psykologiskt. Den här uppdelningen ger i sin tur att mannen är bekväm i dessa områden och tvekar inte att ta för sig. de Beauvoir beskriver en djup och svårbemästrad existentiell erfarenhet där kvinnans förhållande till sin kropp förblir komplext, eftersom hon "uppfattar sig som sig själv och den andra".<sup>371</sup>

de Beauvoirs filosofi har varit riktgivande för de många senare feministiska teorierna och skolbildningarna. Ibland håller man inte med henne, hon har kritiserats, men i grunden finns det ändå en röd tråd mellan henne och moderna teoretiker. Hon saknade naturligtvis under den tid hon skrev, de begrepp som idag fångar in mångfalden av könsidentiteter och mänskliga erfarenheter. Anledningen till att jag ändå använder henne i mitt arbete är att jag, efter att ha gjort mina patientintervjuer, såg ett klart samband mellan de existentiella erfarenheter som berättades för mig och de Beauvoirs undersökande av kvinnans situation. Att *bli kvinna* betyder bland annat att betraktas på vissa sätt, bedömas och tvingas att förhålla sig till det här. Den kroppsliga

---

<sup>370</sup> Ibid., s. 25.

<sup>371</sup> Ibid., ss. 438-439.

aspekten, som de Beauvoir utförligt diskuterar, är något som de kvinnor jag intervjuade alla på något sätt förde fram. Dessa kvinnor identifierade sig som heterosexuella kvinnor och i mitt arbete med att förstå diagnoserna på ett meningsfullt sätt fick jag arbeta med de berättelser jag hade och välja de teoretiska verktyg som bäst hjälpte mig att göra min undersökning.

de Beauvoir vill uppmärksamma alla på vilka könsojämlikheter det kan finnas, vad de beror på och hur man kan bekämpa dem. En mer jämställd kultur är en fördel för alla, oberoende av genustillhörighet. Frågan är vilken roll de Beauvoir kan få idag med tanke på att hon arbetar med frågor som uttrycker den tid hon levde och skrev i. De gånger hon beskriver kvinnan som passiv eller fjättrad i hemmet kanske hon ter sig föråldrad. Men det som hon på djupet ville nå var den *makt* som kvinnan, just i egenskap av kvinna, saknade i samhället och det innebär att de Beauvoirs gärning som feministisk tänkare fortfarande gäller. Hennes budskap till kvinnan är att man kan överskrida eller transcendera sina upplevelser av passivitet och sexuell objektifiering och göra sin kropp och sin sexualitet till sin. Hon har knappast någon illusion om att det här skulle vara ett lätt uppdrag men hennes existentialistiska utgångspunkt, där man i teorin är fri att skapa sig själv, gäller också kvinnan trots att patriarkatet står i vägen. Inte i första hand genom att förtrycka kvinnligheten och det feminina hos sig själv, genom att ge upp sådant som nagellack och makeup, utan genom att kräva och arbeta för samma handlingsfrihet och rättigheter som hos män. Jag vill använda, om inte hela hennes feministiska synsätt, så åtminstone delar av det i mina kapitel om anorexi eftersom några av mina intervjuade anorexipatienter uttryckte upplevelser av sexuell objektifiering.

de Beauvoir har rätt i att kroppen är en central del av ens identitet. Ett annat exempel på hur det kroppsliga är sammanvävt med det själsliga är när det kan bli nedvärderande för män att *bara* hyllas för sin personlighet. Detta är samtidigt baksidan av att den kulturella skönhetsfixeringen oftast har handlat om kvinnor. Idag talas det ofta om den sexuella objektifieringen av kvinnor inom den psykologiska forskningslitteraturen som att det är bilder på smala modeller i media som ger upphov till en sådan exploatering av kvinnliga kroppar. Man utgår gärna från ett patriarkaliskt perspektiv på de kvinnliga skönhetsidealen eftersom man ofta talar om att det är den manliga blicken som ger upphov till den verbala och den visuella objektifieringen

av kvinnor.<sup>372</sup> Vad jag vill lyfta fram i min text är att mycket av den sexuella objektifieringen också sker med verbala kommentarer om det kroppsliga i vardagliga situationer och att dessa åsikter och bedömningar kan komma från vilket håll som helst. Även om det inom litteraturen om ätstörningar ibland också nämns att kvinnor kan få kommentarer om det kroppsliga, finns det såvitt jag vet ingen diskussion om vad kroppsrelaterade omdömen kan få för effekt för unga människors kropps bilder, i jämförelse med vad bilder kan åstadkomma. Det är tänkvärt att så mycket teoretisk uppmärksamhet riktas mot massmedias magra skönhetsideal inom samtidsforskningen eftersom en stor del av den sexuella objektifieringen såväl historiskt som idag, kan förekomma på annat håll. Det finns visserligen, inom den socialpsykologiska teoribildningen också sådan forskning som hävdar att ätstörningar uppkommer genom att media, familj och vänner sätter press på unga kvinnor till att eftersträva en smal kropp. Men också inom den här typen av forskning är man ofta väldigt koncentrerad på smalhetsidealen inom massmedia och genom olika studier försöker man undersöka vilka faktorer som bidrar till att unga kvinnor internaliserar dessa ideal.<sup>373</sup> Svenaeus konstaterar i sin artikel om anorexi att de flesta berättelserna om anorexi verkar börja med att en ung kvinna i ljuset av andra människors kommentarer inser att hon är för tjock. Dessa kommentarer kan vara såväl mobbande som oskyldiga.<sup>374</sup>

I vardagliga sammanhang handlar inte sexuell objektifiering enbart om hur magerhet förmedlas via bilder, utan om en mångfald av samtal där en motstridig livssyn om vad som är fult, vackert eller sensuellt, uttrycks genom hur man talar om hur en "riktig" kvinna borde se ut. Enligt de Beauvoir har kvinnans kropp exempelvis hyllats i olika diktverk alltsedan antiken, medeltiden och fram till modern tid.<sup>375</sup> Den

---

<sup>372</sup> Se t.ex. Monica Ålgars doktorsavhandling *Shapes and Sizes: Body Image, Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Relation to Gender and Gender Identity* (Åbo: Åbo Akademi, 2012), B.L. Fredrickson & T.A. Roberts: "Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks." *Psychology of Women Quarterly* 21 (1997), ss. 173-206 eller L.M. Groesz, M.P. Levine & S.K. Murnen: "The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review." *International Journal of Eating Disorders* 31 (2001), ss. 1-16.

<sup>373</sup> Se bl. a. E.E. Fitzsimmons-Craft, M. B. Harney, L. G. Koehler, L. E. Danzi, M. K. Riddell & A.M. Bardone-Cone: "Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance." *Body Image* 9 (2012), ss. 43-49.

<sup>374</sup> F. Svenaeus: "Anorexia Nervosa and the Body Uncanny: A Phenomenological Approach". *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 20 (2013), s. 85.

<sup>375</sup> de Beauvoir (1995), s. 129.

erotiska kvinnan, hon som förför och snärjer män har framställts i myter, sägner och i konstverk som när den vackra gudinnan Kirke från den grekiska mytologin, förvandlade Odysseus manskap till grisar.<sup>376</sup> Dessutom kan det ibland finnas kulturella föreställningar om kvinnor som tillhör ett annat folkslag, som exempelvis när man förut exotiserade romska kvinnor. De har ofta framställts inom konst eller film som erotiskt attraktiva, förföriska och sexuellt ohämmade. Ett exempel på detta är Georges Bizets opera Carmen från år 1875, som även har filmatiserats många gånger. Sexuell objektifiering, är som jag ser det, ett begrepp som har en vidd som inte bara omfattar det som ögat kan uppfatta såsom bilder, fotografier, filmer eller hur vackra, smala modeller framställs i massmedia. Det har också, som jag kommer att illustrera senare i min text, en mycket vardaglig innebörd i hur vi förhåller oss till varandra inte bara i hur vi rent allmänt förstår och relaterar till varandra som personer eller hur vi debatterar skönhetsideal, utan också vad vi uttrycker när vi kommenterar och diskuterar varandras kroppar.

Begreppet sexuell objektifiering är dessutom väldigt mångdimensionellt. Å ena sidan vill man inte bli betraktad ur en ensidigt sexuell synvinkel, man vill känna sig som ett subjekt men å andra sidan kan man vilja att ens kropp ska vara åtråvärd för en annan. Ur den här synvinkeln och som också de Beauvoir påpekar, är också män sexuella objekt för kvinnor. För de Beauvoir är det en aspekt av vad det innebär att vara kroppslig som människa, att kroppen också är ett erotiskt objekt. Detta innebär att kroppen till exempel inte bara är ett fysiskt objekt som ger en utgångspunkt för att man ska kunna uppleva, handla i och gripa tag om sin omvärld. Kroppen måste förstås ur ett relationellt perspektiv; vad det innebär att ge och få kroppslig närhet, inte bara som en vardaglig ömhet mellan människor utan också från en sexuell utgångspunkt. Erotik, menar de Beauvoir, är en önskan om att *nå fram* till en annan människa.<sup>377</sup> En kroppskommentars betydelse är beroende av sammanhanget och av det vi gör, den är alltså i sig varken skadlig eller berömlig. I en erotisk relation kan kommentaren om ens kropp få en att känna sig älskad, åtrådd eller kanske sedd i ett ljus som ingen annan gjort förut. Samma ord och uttryck skulle vara kränkande eller förnedrande i till exempel en situation där ens förman beskriver ens kropp istället för ens arbetsinsats. Ändå finns det skäl att se över vilken tyngd ett sätt att tala om kroppar kan få i samhällets olika delar. Man kan säga att det tragiska med de skadliga kroppskommentarerna också kan ses i ljuset av de positiva roller

---

<sup>376</sup> Ibid., s. 135.

<sup>377</sup> Ibid., s. 267.

kroppen har, till exempel som en lustfylld kropp i kärleksfulla relationer eller som något man sköter ömt i relationen mellan förälder och barn.

Att skönhet, utseende och kroppslighet kan få en överskattad betydelse i samtidskulturen är begripligt om man utgår från att kroppen har en erotisk dimension och att erotik och sexualitet är närhets- och meningsskapande i många människors liv. Trots att de kvinnliga skönhetsidealen säkert har utgått från patriarkala mönster, är det mer sannolikt att reklambyråer och olika företag i ett kapitalistiskt samhälle, sedan länge har utnyttjat bilder på vackra kvinnor för att öka konsumtionen. I ett samhälle där det är viktigt att prestera både kroppsligt och själsligt och där skönhet och attraktion värderas på grund av att kroppsligheten har en viktig erotisk roll i livet, kan detta bidra till att de smala skönhetsidealen vidmakthålls och att också män blir påverkade av dem. Det produceras och säljs alltmer skönhetsprodukter också för män, samtidigt som det blir mer och mer vanligt att skönhets- och kulturindustrin använder sig av manliga modeller och bilder. Att samtiden också har överloppsfettet att bekämpa bidrar också till att utveckla kroppsmedvetande och smalhetsfixering hos samtidsmänniskan.

## 7.5 Lungsjuk eller mullig? – olika kvinnoideal inom konst och kultur

Svenaesus skriver att även om mängden av kraftigt överviktiga personer har ökat under de senaste hundra åren, har vår tolerans för lindrigare fetma förändrats. Nuförtiden klassar man ett BMI på 25 eller mer som övervikt och en sådan kroppsvolym hade de flesta unga, nakna kvinnor som har avbildats genom konsthistorien.<sup>378</sup> I boken *Mad, Bad and Sad*,<sup>379</sup> slår författaren Lisa Appignanesi fast att Marilyn Monroe i filmen *Some Like it Hot* (1959) eller Brigitte Bardot i *And God Created Woman* (1956), enligt dagens skönhetsnormer inom mode- och modellindustrin, kan anses vara feta. I jämförelse med de modeller som visar kläder på olika catwalks inom modeindustrin, menar Appignanesi att Marilyn eller Brigitte vägde *åtminstone* cirka 13 kilogram mer.<sup>380</sup> Marilyn verkar ofta tas som ett exempel på hur våra slankhetsideal har gått överstyr och hur vi har tappat kontrollen över hur den "riktiga" kvinnokroppen ser ut eller

---

<sup>378</sup> Svenaesus (2013), s. 105.

<sup>379</sup> L. Appignanesi: *Mad Bad and Sad. A History of Women and Mind Doctors from 1800 to the Present* (London: Virago Press, 2008).

<sup>380</sup> *Ibid.*, s. 429.

borde se ut. Men om man studerar bilder på både Marilyn och Brigitte är mitt helhetsintryck att de ändå ser ganska smala ut, men att de är väldigt kurviga. Med den tidens korsetter som tryckte in midjan för att ge höfterna ett bredare intryck, kan dessa kvinnor ha verkat åtminstone litet kurvigare än de var i verkligheten. Jag slås även av hur deras kroppsvikt verkar ha varierat, ibland ser de båda direkt taniga ut medan de på andra bilder ser ut att vara rundare. En vuxen kvinnas kroppsvikt kan ofta variera beroende på omständigheterna. Stress, graviditeter, medicinering eller psykisk och fysisk sjukdom kan forma kroppen och vikten. Även om Marilyn och Brigitte skulle ha vägt 13 kilogram mer än våra senmoderna modeller så förblir de ändå ganska lågviktiga. de Beauvoir talar om den erotiska kvinnans kropp som "lögnaktig", förkonstlad och förädlad eftersom den är formad efter mannens vilja.<sup>381</sup> Genom hårfärgningarna, makeupen, lösögonfransarna, korsetterna, de stödjande bysthållarna och så vidare, utformas en kroppslighet som både är fysisk men också anti-fysisk. I den här meningen blir det svårt att ens tala om den "naturliga kvinnliga kroppen" och vad man skulle avse med detta.

Om man tänker på nutidens modeindustri, och vilka slags modeller som ofta används inom den, så stämmer det att de ser magrare ut än vad en Marilyn Monroe och en Brigitte Bardot gjorde. Det finns ett sådant, vad man brukar kalla, "sjukligt" smalhetsideal inom modeindustrin och massmedia. Men samtidigt vill jag betona att vi också i vår vardag delvis har vant oss vid att vi ska ha ett visst kroppsomfång för att vara hälsosamma. Det här kan man väl kalla för ett slags i-landsföreställning om att man ändå ska ha tillräckligt med, som man brukade säga i mina barndomstrakter, "kött på benen" för att kunna beskrivas med olika friskhetsord som stark och välmående. Kulturen är inte ensidigt smalhetsfixerad. Därför vill jag lyfta fram också andra sidor av den. Det stämmer bara delvis vad Svenaeus säger om att vi nuförtiden skulle ha mindre lätt att acceptera lindrigare fetma bara för att gränsen för övervikt går vid ett BMI på 25. Till exempel om man som kvinna är väldigt smal eller mager av naturen kan man genomgående få höra påpekanden om det under hela sitt liv, både inom hälsovården och i vardagslivet, även om vikten håller sig inom de normala BMI-siffrorna. De här kroppsföreställningarna handlar, enligt min uppfattning, delvis om kroppslig hälsa men också om föreställningar om kvinnlig och manlig skönhet. De här uppfattningarna finns både inom vardagslivet och inom hälsovården.

---

<sup>381</sup> de Beauvoir, s. 130.



När man idag i olika vardagliga situationer diskuterar kvinnliga skönhetsideal och till exempel säger att modeindustrin använder sig av "sjukligt" smala modeller, menar man ungefär att de är så smala att de inte ser friska ut längre. Men man menar inte bara att sådana modeller är dåliga förebilder eftersom de ser anorektiska ut och att detta kan påverka unga att utveckla ätstörningar, utan man ser den låga kroppsvikten som ohälsosam i sig själv. Men man kan även mena att modellerna ser fula ut eftersom de är så magra. I essäsamlingen "Anorexi och mimetiskt begär" som avslutas med att Girard, antropologen Mark R. Anspach och författaren Laurence Tacou samtalar kring anorexin, kring Girards teori om det mimetiska begäret och olika former av kvinnliga skönhetsideal, säger Tacou:

Men hur ska man förklara dragningskraften hos den ultramagra kvinnan, till exempel Kate Moss, denna så berömda modell som betraktas som en särdeles vacker och sexig kvinna och som ändå har alldeles urgröpta kinder och påminner ganska mycket om ett lik.<sup>382</sup>

Och hon fortsätter:

Marilyn Monroe och Ava Gardner till exempel var inte alls långa och slanka, de var snarare korta och lite fylliga. Ändå betraktades de som stora skönheter.<sup>383</sup>

På detta svarar Girard: "För övrigt är det ju så att det är den kroppstyp som männen föredrar."<sup>384</sup> Det är intressant att reflektera kring denna *jämförande blick*, hur de olika kvinnoidealen nöter mot varandra. Många kvinnors erfarenhet kan antas handla om att betraktas som det man *inte* är oavsett om ens kropp är mullig eller smal. Man kunde säga att ingen kvinnlig kroppstyp helt och hållet utgör en norm i sig själv, alla mäts ytterligare mot den manliga norm som de Beauvoir redan diskuterar. Samtidigt internaliseras blicken av kvinnor och, vill jag flika in, vägen mot att kunna vara bekväm med sin kropp och sig själv som mycket feminism strävar mot idag måste frigöra sig från detta interna jämförande också kvinnor emellan. Hur vi samtalar om fetma och magerhet i vardagen återspeglar dessutom hur vi ofta förbinder undervikten eller

---

<sup>382</sup> M.R. Anspach & L. Tacou: "Samtal med René Girard" i *Anorexi och mimetiskt begär*. Red. R. Girard (Stockholm: Themis, 2010), s. 135.

<sup>383</sup> *Ibid.*, s. 136.

<sup>384</sup> *Ibid.*, s. 136.

överloppsfettet med olika friskhets- eller fullhetsbegrepp där det friska och det fula är förknippat med vad man anser vara en sexuellt åtråvärd kropp.

Man kan undra om det smalhetsideal som existerar inom modevärlden historiskt sett är någonting nytt. Och om det är någonting nytt att vi beundrar kroppslig skönhet och därför blir som besatta av att kommentera, rannsaka och kontrollera våra kroppar. Ofta brukar målningarna av yppiga kvinnor genom historien tas som ett bevis på att skönhetsidealen var rundare förr. Men de kvinnor som har avbildats genom tiderna är också alltid valda ur den manliga konstnärens perspektiv och har säkert liksom själva konstnären, också alltid tillhört någon viss samhällsklass. De kan säkert därför aldrig ur olika klassperspektiv sägas representera ett så kallat generellt kulturellt skönhetsideal. Det är inte helt omöjligt att tänka sig att ett överdrivet smalhetsideal skulle ha existerat samtidigt som man under olika historiska epoker också dyrkade rundare kvinnoformer. Vad alla historiska efterlämningar i form av skulpturer, konstverk och litteratur inte förmår erbjuda eftervärlden, är en verklighetstrogen bild av hur man faktiskt har förhållit sig till skönhet och kroppslighet i vardagslivet genom hur man har talat och diskuterat kring den.

Enligt konsthistorikern Carolina Brown i boken *Skönhetens mask. Historia om kropp och själ, ideal och verklighet*<sup>385</sup> framställdes det redan under antiken, genom statyerna, smala, atletiska och välproportionerliga kroppsformer. Den antika konsten utgick från mannen eftersom kvinnan ansågs vara en ofullbordad människa. Men också de kvinnliga gudinnestatyerna som började framställas under hellenismen (323-31 f. Kr.) förmedlade ett sådant ideal. Antikens mest kända kvinnokropp från den tiden är Venus från Milo.<sup>386</sup> Enligt Johannisson ansågs den klorotiska, en anorexiliknande sjukdom som förekom i mitten av 1800-talet, och den tuberkulösa kvinnokroppen, ha erotisk dragningskraft ända fram till 1900-talets början. I själva verket har den spröda, lungsjuka och tuberkulösa kvinnokroppen mytologiserats och erotiserats ända sedan antiken. Det existerade även en manlig version av estetiseringen av tuberkulosen, men denna kroppstyp var, och inte helt oväntat, kopplad till konstnärskap och intellektuellt arbete. Denna svaga, manliga

---

<sup>385</sup> C. Brown: *Skönhetens mask. Historia om kropp och själ, ideal och verklighet* (Stockholm: Carlsson Bokförlag, 2011).

<sup>386</sup> *Ibid.*, ss. 46-48.

kroppstyp var även länkad till melankolin.<sup>387</sup> Även om konsthistorien visar upp kurviga kvinnomålningar har det alltså ändå samtidigt förekommit magra kvinnoideal. Också idag finns det olika skönhetsrenderer som lever sida vid sida. Vi har modebranschens magra kroppsnormer, men så har också fitnessrenden länge varit stark i nutidssamhället och även porrindustrins kvinnobilder ger en uppfattning om vad som är trendigt för tillfället. Populärkulturen med popstjärnor som Beyoncé Knowles och såpopera-stjärnor som Kim Kardashian är trendsättare för de mulligare och kurvigare skönhetsuppfattningarna som också finns idag.

Att Anders Zorns kullor avslöjar en manlig blick på kvinnlig skönhet och attraktion är ganska uppenbart. De kvinnor han avbildat skulle nog inte ha lyckats få ett modellkontrakt vid någon modellagentur med ett extremt smalt kvinnoideal om de hade levat idag, men jag är övertygad om att många människor skulle kalla dem för vackra. Deras kroppar är visserligen fylliga, men de är fylliga på ett proportionerligt och vad vi skulle kalla för ett attraktivt sätt. De har vackra ansikten och fin, blek eller rosig hy, smala midjor och alltid långa, böljande hårsvall. Detsamma gäller för konstnären Pierre-Auguste Renoirs badande och nakna kvinnor i hans målningar. Man ser att dessa kvinnor uttryckligen är "utvalda" för även om de är av ett rundare format så är de vad vi skulle kalla "naturligt vackra". De här tavlorna ger inte en riktig bild av hur fylliga kvinnor i verkligheten ofta kan se ut för kroppsfettet är oförsonligt och sätter sig inte alltid på de "rätta" ställena på alla kvinnor oavsett vilket det kroppsliga utgångsläget är. Det verkar som om man förut, precis som idag, mer har hyllat en idé om kvinnlig kroppsform och perfektion eller en bild av den vackra kvinnan, än hur kvinnor och fetman ofta kan se ut.

Men enligt Svenaeus har alltså det extrema smalhetsidealet som dominerar både modeindustrin och människor i allmänhet oberoende av genustillhörighet, kvinnor och män, ingen tydlig motsvarighet i vår historia. Han menar att det är nytt, liksom också vår besatthet av att granska och syna nakna kroppar som också sammanfaller med alla dieter, träningsprogram och med att plastikkirurgiska ingrepp har ökat. Den moderna utvecklingen av ett smalhetsideal, som senare blir alltmer överdrivet, skriver han, börjar redan på 1860-talet i och med att William Banting publicerar sin bok *Letter on Corpulence, Addressed to the Public*. Efter det här sprids budskapet om avsmalningens goda effekter

---

<sup>387</sup> K. Johannisson: *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm: Norstedts, 2004), ss. 216-219.

för hälsan och livet över världen och i Sverige blir boken så tongivande att ordet "banta" införs i språket för att beskriva själva arbetet med att gå ner i vikt. Längre framåt mot 1890-talet blir klädmodet mera figurnära både för kvinnor och män och på 1920-talet börjar man massframställa kläder med standardiserade storlekar. Också spridningen av vågar i hemmen gör att det blir allt svårare att ignorera vikten. Träning och friluftsliv blir allt viktigare samtidigt som den nakna och vältränade kroppen får mer synlighet i samhället. Det heltäckande badmodet ersätts av bikini och badbyxor. På 1960-talet ersätter film- och modeindustrin den yppiga och kurviga kvinnokroppen (Marilyn) med den tunna, platta flickkroppen (Twiggy). Och samtidigt som världens befolkning börjar öka i vikt på 1980-talet blir anorexin ett allt större samhällsproblem.<sup>388</sup>

Att säga att alla människor nuförtiden skulle eftersträva ett extremt smalhetsideal tror jag inte ger en verklighetsnära bild av kulturen. Det finns många som har naturligt magra kroppar och många som inte har problem med fetma eller ens tänker på att behöva banta. Däremot är det säkert riktigt att den västerländska kulturen har blivit mer extrem när det gäller att kontrollera och syna kroppar ur en smalhetssynvinkel, även om många överdrivna smalhetsideal har existerat förr. Men jag skulle inte bara se det som en följd av ett uppförstorat, kvinnligt magerhetsideal inom media utan som en återverkning av att vi i många år har levat i ett välfärdssamhälle. Det har blivit viktigare för många både av estetiska och hälsomässiga skäl att försöka hålla en slank figur oavsett från vilken samhällsklass man kommer och många får verkligen kämpa för att lyckas. En följd av att kvinnor blir allt bättre på att frigöra sig, märka orättvisor och kämpa för sina rättigheter både i yrkeslivet och på hemmaplan, är att de kan börja ställa samma utseendekrav också på män. Det kan också ha en inverkan.

Jag kan tänka mig att vår skönhets- och kroppskultur alltid kan ha varit splittrad i sin skönhetsuppfattning och att vi alltid har varit sådana att vi beundrar olika former av skönhet. Om det inte är den yppiga kvinnan vi beundrar, är det den hälsosamma, idrottsliga och muskulösa kvinnan vi avundas för att också lockas av den trådsmala och bräckliga kvinnan och så vidare. Vi beundrar olika typer av skönhet, vi tittar på den, attraheras av den, vi avundas den och vi kommenterar och talar om den. Vi *är* bara sådana. Men samtidigt som vi lever i en sådan kroppsdyrkande och skönhetskommenterande kultur, illustrerar mina intervjuer, som vi snart kommer att se, att beundrandet av den kvinnliga

---

<sup>388</sup> Svenaesus (2013), ss. 105-106.

skönheten riskerar att utvecklas till en absurd och överdimensionerad utseendehets.

## 7.6 Inte bara bilder – också en kroppskommenterande kultur

En av de kvinnor jag intervjuade om anorexi, Katja (28), beskrev hur hon genomgående under hela sin uppväxt hade fått kommentarer för sitt utseende för att hon uppfattades vara *för* smal. Hon fick kommentarer om sin magerhet i vardagslivet men speciellt från hälsovården och hon uppfattar upptagenheten vid hennes tunnhet som roten till att hon kring tjugo års ålder började utveckla anorexi. Katja motsvarar samhällets syn på hur en vacker kvinna ska se ut och har i en period jobbat som modell under sin tonårstid. När jag ställer frågan om vad det var som ledde till att hon fick anorexi svarar hon så här:

Katja: Ja, för det första tror jag att det har börjat från att jag var liten. Jag har alltid fått kommentarer om jag är jättesmal och mager. Om jag har varit vid rådgivningen eller i skolan vid rådgivningen på hälsokontroller så har det alltid varit fokus på smalheten och min vikt. Och det tror jag har lagt en grund för allting, att det började därifrån liksom. Men orsaken till att det bröt ut – för jag har aldrig egentligen tänkt på min vikt, jag har aldrig tänkt på mat. Jag har aldrig brytt mig om att jag äter men jag har alltid tränat. Så, jag har fri-idrottat länge, ända tills jag var sjutton. Jag har aldrig gått upp i vikt av någon orsak. Jag har kunnat äta precis vad jag vill. Men så var det ett förhållande som jag hade varit i som tog slut och så kände jag att jag tappade kontrollen. Det var han som gjorde slut och då kände jag att mattan drogs bort och direkt efter det fick jag ett behov av att kontrollera någonting. Så maten blev en enkel sak att kontrollera. Mat och träning. Så jag började träna, springa ibland upp till två gånger om dagen och drog ner på kolhydrater och allting. Så det var så det började egentligen.

Intervjuaren: Du sade att det var stort fokus på din kropp ända sedan du var liten. Och de tyckte du var för smal och för mager. På vilket sätt tror du att det här påverkade att du utvecklade anorexi senare i livet?

Katja: Nå, för att jag minns att jag gick i yrkesskolan, jag var kanske sexton-sjutton, sjutton var jag nog. Så minns jag att jag gick på hälsokontroll en gång om året och så minns jag att rådgivningstanten *inte* kommenterade min vikt, och det var första gången sedan jag var liten som det inte har varit fokus på vikten.

Hon vägde mig, så skrev hon in det och sedan talade vi inte mera om det. Och jag minns att jag reagerade på det där att varför hon inte kommenterade det. Och säkert började ett frö gro på något sätt. Jag fick en självuppfattning på ett annat sätt, att jag inte var så smal mera, att det var någonting att reagera på. Och samma år, det var när jag började skolan, så då hade jag utvecklats ganska mycket under sommaren. Jag hade fått större bröst och allting, så det hade hänt ganska mycket kroppsligt under den sommaren. Så, första dagen i skolan, jag tror att jag skulle börja på tvåan i yrkesskolan, så var det en pojke på vår klass som sa att, han kommenterade och sa att: "Jaa, du har lagt på några kilon i sommar!". Och han menade ingenting illa med det, han menade inte att jag är fet, utan han menade någonting positivt, tror jag. Att jag ser kvinnligare ut. För tidigare var jag helt platt på alla sätt liksom. Så jag minns att jag tänkte väldigt snabbt efter att det där förhållandet tog slut att jag inte tänker vara singel och fet. Så, jag visste meddetsamma att nu gör jag någonting riktigt, riktigt dumt. Jag visste exakt vad jag började med, då det började liksom, då jag började kontrollera. Det var ingenting som smög sig på utan det var någonting som jag aktivt valde att göra.

Senare i intervjun uttrycker Katja den rädsla som hon upplevde att kommentarerna födde i henne:

Intervjuaren: Men menar du alltså att du alltid har haft ett fokus utifrån på din kropp och ditt utseende, folk som har kommenterat dig? När du var liten fick du höra att du var för mager och sedan blev det mera en fråga om att du hade gått upp i vikt och också det här att någon *inte* kommenterade din vikt. Upplevde du det som obehagligt eller som att någonting var fel – att dels inte bli kommenterad för utseendet men också att få höra att man plötsligt gått upp i vikt?

Katja: Jo, när jag gick i lågstadiet så var jag ju rädd för det här att jag var så mager. Det var en gång när jag hade varit vid rådgivningen så hade hon sagt att: "Nu får du nog börja äta smör direkt ur paketet!". Att: "Du är så jättesmal nu!". Och jag minns att på kvällen så gick jag, eller det var på natten och jag hade vaknat, så gick jag in till mamma och pappa och så drog jag upp pyjamasen och så frågade jag att: "Är jag för smal?" Och jag var jätterädd, jag tänkte att nu håller jag på och magrar bort här, nu dör jag för att jag är för smal. Det där gick i perioder litet det där. Inte fokuserade jag hela tiden på det. Men det fanns ju en trygghet i det. Jag var mager och folk kommenterade många andra saker också med utseendet. De

tyckte jag var söt och jag drog paralleller mellan det här att vara smal och söt. Det hängde ihop. Och det hade med modellandet att göra. Där var det ju också väldigt mycket fokus på att man skulle vara smal förstås, för att få vara med.

Som jag redan har sagt är anorexibegreppet förenat med smalhet, viktfoxi och självsvält, vilket gör att man ofta har kopplat ihop diagnosen med vår kommersialiserade populärkultur och med dess skadligt magra kvinnoideal. Bland annat DSM-5 förbinder anorexin med kulturer och miljöer där smalhet värderas, med speciellt de yrkesgrupper eller andra sysselsättningar som uppmuntrar till smalhet såsom modellyrket eller elitidrotten.<sup>389</sup> Enligt Hepworth är det uppenbart att det är de kulturella förändringarna vad gäller de kvinnliga skönhetsidealerna från rundhet till magerhet, som är förklaringen till att kvinnor eftersträvar smalhet. Till exempel så menade psykoanalytikern och experten på ätstörningar, Hilde Bruch (1974), att det var först i slutet av 1800-talet som smalhet och skörhet blev en del av kvinnligheten för den tidens medelklassmänniskor. Innan dess hade de historiska framställningarna om kvinnokroppen uttryckt en förkärlek för gravida magar, stora bröst och tunga höfter och lår. Under 1960- och 70-talen blev den magra kroppstypen det största kvinnoidealet inom massmedia. Pojksmala, twiggyliknande fotomodeller blev uppmärksammade inom populärkulturen vilket bidrog, menade Bruch, till att kvinnor försökte efterlikna dessa skönhetsikoner. Enligt Hepworth har de sociokulturella förklaringarna av anorexin ofta fokuserat på dessa historiska förändringar av skönhetsideal.<sup>390</sup>

Det är tämligen klart att det sedan ganska länge har existerat ett förhärskande kvinnligt smalhetsideal inom massmedia och populärkultur. Enligt Hepworth har livsstilsmagasinen länge innehållit artiklar om varierande bantningsmedel, dieter och kalorinsnåla kostalternativ. Anorexin och bulimin har sedan 1980-talet varit en del av den västerländska populärkulturen eftersom tidningsartiklar och television ofta har övervakat kvinnliga kändisars kroppsvikt och ätbeteenden. För att bara nämna några få, så fick prinsessan Dianas och skådespelerskan Jane Fondas ätstörningar en enorm publicitet inom massmedia på 80-talet.<sup>391</sup> Men också nuförtiden fyller man damtidningarnas innehåll med en enorm fixering på kvinnliga kändisars kroppar, dieter, ätstörningar och plastikoperationer.

---

<sup>389</sup> DSM-5, s. 342.

<sup>390</sup> Hepworth, ss. 51-52.

<sup>391</sup> Ibid., s. 52.

För att förtydliga hur mycket populärkulturellt fokus det har varit på kvinnlig magerhet i våra tider kan man ge några exempel. Det är till och med så ingrott i det vardagliga pratet om magerhet och rundhet att magerheten som ideal slår tillbaka existentiellt och moraliskt på de kvinnor som är magra av naturen. Journalisten och författaren Sofia Torvalds uttrycker i boken *Hungrig. En bok om ätstörningar och föräldraskap* en kritisk reaktion på smalheten omkring henne i stadsbilden:

Och den vackra kroppen är närvarande överallt. Varje damtidning visar upp den, busshållplatserna är beklädda med perfekta tjejer i bikini. Ett företag har föredömligt nog använt sig av modeller som ser mer ut som vanliga kvinnor: de har kurvor och till och med putmagar. Men som en väninna surt påpekar: inte ens de "vanliga" kvinnorna har celluliter.<sup>392</sup>

Torvalds bok handlar om det egna barnets ätstörning och den existentiella bitterhet hon känner som förälder är begriplig. Ändå finns det något i det ofta använda begreppet "vanliga kvinnor" som jag ifrågasätter. Alla uttryck som kan tänkas bidra till att få kvinnor att ifrågasätta sina egna kroppar är med och formar en bedömande kultur som kan leda till existentiella och psykiska problem för människor. Bedömandet av såväl smala som runda kroppar är problematiskt, i synnerhet med tanke på den människa som får höra att den egna kroppen inte är "naturlig". Vad är den då?

Monica Ålgars säger i en intervju om anorexi på Svenska Yles kulturwebb, att den svaga och sköra kvinnokroppen estetiseras inom den västerländska kulturen.<sup>393</sup> Hon menar att den spröda, självförnekande och älvlika kvinnokroppen idealiseras både inom popmusiken och inom filmvärlden. Som exempel ger hon låtar av Pulp och Manic Street Preachers och filmen *Black Swan* med Natalie Portman i huvudrollen.<sup>394</sup>

Det finns, som Svenaeus skriver, ett motstånd mot smalhetshetsen inte bara bland feminister utan också den amerikanska rörelsen "fat is beautiful", kan betraktas som en kritisk reaktion mot det vardagliga och populärkulturella pratet om smalhet. Denna rörelse menar att hälsoriskerna med fetman är överdrivna och att man använder

---

<sup>392</sup> Sofia Torvalds: *Hungrig. En bok om ätstörningar och föräldraskap* (Helsingfors: Schildts & Söderströms, 2013), s. 46.

<sup>393</sup> <https://svenska.yle.fi/artikel/2016/08/15/den-skora-alvan-och-andra-popkulturella-myter-om-anorexi>.

<sup>394</sup> *Ibid.*, s. 2.



dem för att berättiga fördomar och förtryck mot de överviktiga.<sup>395</sup> Begreppet "fat shaming", används för det moraliska föraktet som överviktiga personer kan utsättas för och begreppets användning avspeglar att de kritiska rösterna mot smalhetsdyrkandet är många. I journalisten och författaren Eva Franz essä *Fett, förakt och fördomar*<sup>396</sup> skriver hon personligt om vad det innebär att växa upp som överviktig, om hur kommentarer om kroppen kastar in en i en – för att låna en fras av musikern Tomas Anderson Wij – rundgång av ångest och hopplöshet.

Som vi har sett har det mediala magerhetsidealet länge inom forskningen ansetts utgöra en betydande sociokulturell förklaring av anorexi och bulimi. Också inom den aktuella psykologiska forskningslitteraturen om ätstörningar lyfter man fram det magra kvinnoidealet framom andra skönhetsideal som en viktig aspekt av ätstörningarnas kulturella sida. Ålgars skriver i sin doktorsavhandling *Shapes and Sizes: Body Image, Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Relation to Gender and Gender Identity* från år 2012, att det finns en ansevärd mängd av psykologisk forskning som visar att kvinnor är mer missnöjda över sina kroppar och drabbas oftare av ätstörningar än män.<sup>397</sup> Kvinnor döljer sina kroppar och jämför sina kroppar med varandra mer än män. Man har enligt Ålgars försökt förklara dessa könsskillnader på flera sätt.

Genom ett sociokulturellt perspektiv har man menat att kvinnor är mer fixerade och mer missnöjda med sina kroppar än män på grund av att de kulturella skönhetsidealen och i synnerhet magerhetsidealen präglar kvinnornas värld mer än vad de påverkar män. Kvinnor antas internalisera just smalhetsidealen så att de upplever en klyfta mellan hur de förmodas se ut och hur de i verkligheten ser ut.<sup>398</sup> Enligt Ålgars har man gjort omfattande psykologiska studier där man har observerat att kvinnors kroppsbilder påverkas mer negativt när de tittar på bilder av magra modeller än när de tittar på normalviktiga, "plus size" modeller eller livlösa föremål i media.<sup>399</sup>

Andra forskare menar att vi lever i en kultur där kvinnors kroppar objektifieras sexuellt så att kvinnor internaliserar ett observerande utifrånperspektiv på sina kroppar, vilket påverkar inte bara

---

<sup>395</sup> Svenaeus (2013), s. 107.

<sup>396</sup> <https://svenska.yle.fi/artikel/2016/10/16/essa-fett-forakt-och-fordomar>.

<sup>397</sup> M. Ålgars: *Shapes and Sizes: Body Image, Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Relation to Gender and Gender Identity* (Åbo: Åbo Akademi, 2012), ss. 9, 19.

<sup>398</sup> Ålgars, ss. 19-20 och R.H. Striegel-Moore & D.L. Franko: "Body image issues among girls and women" i *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* Red. T. F. Cash & T. Pruzinsky (New York: The Guilford Press, 2004), ss. 183-191.

<sup>399</sup> Se L.M. Groesz, M.P. Levine & S.K. Murnen, ss. 1-16.

hur de ser sina egna kroppar utan bland annat också känslan av självvärde.<sup>400</sup> Enligt psykologerna Barbara Fredrickson och Tomi-Ann Roberts i artikeln "Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks."<sup>401</sup> har alla former av sexuell objektifiering en gemensam nämnare: upplevelsen av att bli behandlad som en kropp utgående från den nytta den har för andra, eller hur den konsumeras.<sup>402</sup> Fredrickson och Roberts gör många goda poänger om vad objektifiering kan leda till såsom vanemässig kroppskontroll, ångest, skam, den reducerar förmågan att vara högt motiverad i någon situation och minskar medvetenheten om inre fysiska tillstånd. Förutom att objektifieringen kan leda till ätstörningar, påverkar den även insjuknandet i depressioner och kan ge upphov till sexuella dysfunktioner (oförmåga till orgasm).

## 7.7 Den bedömande och granskande kommentaren

Trots att teorin om kvinnlig objektifiering är värd att diskuteras och uppmärksammas är den, som dessa psykologer beskriver den, alldeles för begränsad för att fånga in på vilka alla sätt flickor och kvinnor riskerar att objektifieras i vår kultur. När de diskuterar sin teori uppmärksammar de enbart den objektifiering som manliga kommentarer, blickar eller sexuella trakasserier utsätter kvinnor för. De är ytterst fokuserade på de bilder som populärkulturen genom massmedia, filmindustrin, popmusikvideor, sportbilder, damtidningar och så vidare förorsakar kvinnor. De framhäver att det är den smala, vita, unga kvinnan som hela tiden upphöjs i medier och därför har blivit ett ideal i amerikansk kultur. Inte heller alla kvinnor utsätts i lika hög grad eller påverkas över huvud taget negativt av objektifieringen. Det är de kvinnor som har reproduktivt mogna kroppar i betydelsen att de är könsmogna och inte ännu har uppnått menopaus, som är sårbara för objektifiering.<sup>403</sup>

Fredricksons och Roberts syn på objektifieringen är snäv utifrån ett trans-, bi- eller homosexuellt perspektiv. De verkar inte själva vara medvetna om det men de ger uttryck för ett synsätt som beskriver kulturen som extremt patriarkal eftersom de beskriver objektifieringen

---

<sup>400</sup> Ålgars, s. 20.

<sup>401</sup> B.L. Fredrickson & T-A. Roberts: "Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks." *Psychology of Women Quarterly* 21 (1997), ss. 173-206.

<sup>402</sup> *Ibid.*, s. 174.

<sup>403</sup> *Ibid.*, ss. 173-192.

som ett resultat av att vi lever i en heterosexuell kultur där kvinnor tvingas underkasta sig en *manligt*, värderande blick på sina kroppar, både i vardagen och i mediala bilder. Det är utan tvekan riktigt att vår kultur ännu är ganska heteronormativ på så sätt att det ännu finns många människor som har svårt för att acceptera avvikande sexualiteter och könsidentiteter. Ändå har det förmodligen alltid existerat grupper av människor som antingen haft en sexualitet eller en könsidentitet som skilt sig från det som ansetts vara "normalt". På grund av detta kan det alltid ha existerat andra skönhetsideal än smalhetens och värderande blickar som inte har varit rent maskulina. Dessutom beaktar inte teorin om objektifiering att även män kan bli objektifierade och utveckla en observerande syn på sig själva. Även hur Fredrickson och Roberts definierar sexuell objektifiering, som ett sätt att behandla en annan människa som en kropp utifrån en nyttsida, avslöjar att de inte är medvetna om att en stor del av den sexuella objektifieringen kan ske omedvetet, av misstag eller av tanklöshet och av kvinnorna själva. Men deras poäng om att kvinnor kan utveckla en objektifierande blick på sig själva på grund av den starka skönhetsfixeringen är enligt min uppfattning helt riktig. Man kan som kvinna uppleva sig själv som ett slags "skulptur" som människor i allmänhet förföljer med sina ögon. Vad de missar är dock att det inte bara är män som tittar, utan även barn, kvinnor i alla åldrar och åldringar betraktar de kvinnor som anses vara vackra.

Slutligen, enligt det evolutionära perspektivet på ätstörningar kan man förmoda att utseendet är viktigare för kvinnor eftersom män tenderar att i en högre grad välja sina partners efter fysisk attraktion, i och med att utseendet har ett värde då det ger en antydning om ålder och fertilitet. Ålgars påtalar även att forskningen har visat att inte heller män går helt fria från kroppsmissnöje, men man vet och förstår mindre om mäns problem med sina kroppar eftersom man har satsat mer på studier om kvinnor. Vissa forskningsresultat pekar dock på att män eftersträvar mer muskler och större kroppsvolym, och det finns också sådana studier där man har märkt att också män kan vara missnöjda med sådant som kropps fett och längd.<sup>404</sup>

Som många forskare inom ätstörningsområdet har påvisat är nutidskulturens smalhetsideal förenat med värderingar; att en kvinna *bör* vara smal för att vara attraktiv och att det är möjligt för alla att uppnå detta, när det i verkligheten kan vara omöjligt för många kvinnor att

---

<sup>404</sup> Ålgars, ss. 19-20.

uppnå ett sådant ideal utan att ta till extrema bantningsmetoder.<sup>405</sup> Också Torvalds beskriver hur samtidens smalhetsiver har fått befängda proportioner i och med att medie- och trendsamhället förkunnar att viktnedgång är det bästa sättet att förbättra självförtroendet, bli respekterad, uppnå en känsla av kontroll samt undvika kritik. Torvalds men även Svenaeus påpekar, att smalhet har börjat associeras med perfektion medan fetman ses som ett misslyckande. Fetman i vårt samhälle har kommit att börja korrelera med låg utbildningsnivå, fattigdom och sjukdom, menar de.<sup>406</sup>

Att unga flickor och kvinnor kan internalisera smalhetsidealets värderingar illustreras i min intervju med Elin. Även om det i hennes fall skedde utanför vad man skulle kalla patriarkatets och det manliga ögats inflytande. Som åttaåring hade Elin av skolhälsovårdaren fått höra att hon var litet för rund och att hon borde gå ner i vikt. För Elin blev smalhet och perfektion ett moraliskt och estetiskt ideal som hon olyckligtvis inte lyckades bryta isär:

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att du fick en anorexidiagnos?

Elin: Alltså, i bakgrunden, finns ju litet olika faktorer tror jag själv. När jag var åtta år sa skolhälsovårdaren till mig att: "Du skulle nog kunna gå ner litet i vikt, det skulle inte skada". Och hon målade upp att man *skulle* vara smal, att: "då var det bra". Så sa hon till mig. Och då började ju dom här tankarna snurra om att: "jaha, jag är för stor, jag kanske borde göra någonting åt det". Och det där hade jag ju nog med mig i huvudet väldigt länge. Och sen var det när jag var 12 år, när jag gick i sexan, så flyttade vi från landet in till stan för mina föräldrar hade skilt sig slutgiltigt. Så då flyttade vi in till stan med min mamma. Och då började jag på en ny skola men det tyckte jag att bara var bra för då var jag mycket ute vid ridklubben, i stallet, och jag hade vänner och allting där så jag kom jättebra in i skolan här då. Men sen bestämde jag mig vid årsskiftet när 2008 skulle börja att: "nu ska jag gå ner i vikt". Och då började det. Och jag gick ner 20 kilo på åtta månader. Det var egentligen det. Och sedan har min relation med min pappa aldrig varit bra. Nu är den ju bättre, men han har inte funnits där på samma sätt som min mamma. Och sen hade jag realiserat det att bara man är smal så är allting bra. Det trodde ju verkligen jag. Men så är det ju inte. Så det

---

<sup>405</sup> Se E.E. Fitzsimmons-Craft, M. B. Harney, L. G. Koehler, L. E. Danzi, M. K. Riddell & A.M. Bardone-Cone, s. 43.

<sup>406</sup> Torvalds, ss. 45-46. Svenaeus (2013), s. 109.

är egentligen allt det här. Och sen just det här med att jag alltid har haft det i huvudet att jag är för stor. Jag var ju inte överviktig men jag var inte den smalaste heller.

När jag i slutet av intervjun frågar henne om hon tror att det är utseendehetsen i samhället som har bidragit till att hon utvecklade anorexi säger hon:

Elin: Min skolhälsovårdare sa till mig när jag var åtta att om man är smal så då är man bra, att det är bra att gå ner i vikt. Att hon sa så till mig hängde alltid med mig men ändå vet jag inte om det var utseendehetsen i samhället som gjorde att jag insjuknade. Det var nog mest en fix idé hos mig själv. Men sedan tror jag nog att den här utseendehetsen om att man ska vara smal, är någonting som har bidragit till att jag har blivit kvar i min sjukdom i så många år. Om utseendefixeringen inte skulle finnas på samma sätt som den gör tror jag nog att jag lättare skulle ha kommit ur det. För då skulle jag inte ha förknippat smalhet med perfektion så mycket som jag har gjort och kanske ibland fortfarande gör. Jag var 12 när jag började, men vi prata inte så mycket bland kompisarna just då om utseende och så där, det kom väl sedan när man blev 13-14, men då var jag redan sjuk i princip. Och redan då fick jag kommentarer om att folk tyckte att jag var *för* smal. Det var inte heller bra. Men det kunde inte stoppa mig.

Även om det är sant att modellerna är väldigt magra idag illustrerar mina intervjuer med Katja och Elin hur skönhets-trenderna och de kulturella orsakerna till ätstörningar är mycket mer invecklade än så. Istället för att som uttryck för sin oro lägga all skuld på modeindustrin och bilder på smala kvinnor i media kan man genom mina intervjuades berättelser bredda förståelsen för vad det innebär att leva i en *skönhets- och kroppskommenterande* kultur. Lika väl som bilder på magra och snygga kvinnor kan få flickor och unga kvinnor att känna sig fula eller stora, kan olika vardagliga kommentarer om flickors kroppar hjälpa till att förvrida deras kroppsuppfattningar. Dessa bedömningar kan lika väl komma från en främling, som från en familjemedlem eller skolhälsovårdaren. Om man ställer mitt intervjumaterial om anorexi mot de aktuella psykologiska forskningstexterna om kvinnlig objektifiering (Fredrickson & Roberts) indikerar materialet att objektifieringen drabbar flickor i en väldigt ung ålder, redan långt innan de ens har utvecklat en mogen och fertil kropp. Inte heller handlar objektifiering om en utpräglad "maskulin blick" i den meningen att det bara skulle vara män som objektifierar. Det

här är någonting som alla riskerar att göra mer eller mindre på grund av utseendefixeringen i sig självt: hyllandet av skönheten, vaksamheten över kroppsliga skavanker, bedömandet och granskandet av kroppsvikten ur olika skönhets- och hälsoperspektiv, är någonting som genomsyrar hela kulturen. Man kan säga så här: vår kultur tillhandahåller detta symbolsystem av kommentarer och mediala bilder, men att bara vissa individer blir styrda av systemet på ett problematiskt sätt, beror på specifika omständigheter.

Detta kan ta uttryck i att flickor och kvinnor upplever sina kroppar på negativa sätt. Bilder uppges ofta vara det som orsakar skeva kroppsuppfattningar. Det är ändå svårt att se att enbart en bild skulle orsaka dessa problem. Man måste istället betrakta det komplexa sammanhang av kommentarer, bilder, förväntningar och ideal som en bild får sin laddade betydelse. Det är också i dessa sammanhang som kommentarerna drabbar en människa – man kunde säga att de olika symbolerna hänger ihop logiskt. En bild av en slank/mullig modell kan uppfattas nedslående eller eftersträvansvärt för en människa som i hela sitt liv fått höra att hen är *för* tjock eller *för* smal. Det är ändå viktigt att se att en bild *i sig*, borttryckt ur sitt sammanhang, inte betyder något eller är någontings orsak. Det är olika sätt som vi människor bedömer varandra som skapar förväntningar, begär, vilja att räcka till med mera. Bilderna både uttrycker dessa mellanmänniskliga relationer, men får också sin mening från dem.

Om magerheten för Elin blev ett moraliskt-estetiskt ideal som hon så att säga *internaliserade*, helt i linje med tänkandet inom aktuell psykologisk forskning, ledde kommenterandet av Katjas magerhet och söthet i hennes barndom till att hon utvecklade en sorts *självmedvetenhet* om sitt utseende och sin kropp:

Intervjuaren: Kvinnlig skönhet är ofta någonting som många vill ha, och det är någonting man ofta beundrar och avundas. Men det finns också nackdelar med den. Vad har du upplevt är det allra värsta med att se bra ut och också få höra det hela tiden?

Katja: Det värsta är att man alltid känner den där pressen på sig. Att det ska se så himla bra ut hela tiden. Jag far inte med joggingbyxor till Prisma. Jag har mycket svårare att slappna av i mig själv än vad andra har. För det är så mycket den där utsidan hela tiden. Och det där bekräftelsebehovet blir enormt stort, då man blir bekräftad hela tiden. För får man inte den där bekräftelsen på en stund så vill man ha den.

En mycket negativ effekt av den sexuella objektifieringen av kvinnor, av att ständigt känna sig *betraktad* av andra, är, som jag redan nämnt, enligt Fredrickson och Roberts att flickor och kvinnor i varierande grad kan utveckla en objektifierande blick på sig själva. De kan bli självobjektifierande och självmedvetna. Man kan börja betrakta sig själv som ett objekt eller som ett slags "sevärdhet" som det är upp till andra att uppskatta och värdera.<sup>407</sup> Tankegången om självobjektifiering är inte ny utan många feministiska teoretiker har hävdats samma sak.<sup>408</sup> Detta är en psykologiskt viktig poäng, eftersom självmedvetenheten som sådan kan bli hämmande för många kvinnor. Men poängen är också filosofiskt intressant eftersom den öppnar en förståelse för på vilket vis många kvinnor kan uppleva sig själva i världen i motsats till hur många män kan uppleva sin livsvärld. Inte så att *alla* kvinnor skulle känna igen sig själva och att det inte skulle finnas män som också kan skämmas för sina kroppar och kan uppleva olika nivåer av självobjektifiering. Men då omvärlden hyllar den kvinnliga skönheten så mycket, är det enligt min uppfattning angeläget att inte trivialisera den kvinnliga självobjektifieringen som ännu utgör en betydelsefull del av många upplevelser från en kvinnlig erfarenhetsvärld. Det är även min övertygelse, att man samtidigt som man undersöker filosofiskt vad man kallar den "kvinnlige självobjektifieringen", kan fånga in viktiga aspekter av en erfarenhet som också i högre eller lägre grad kan delas av många människor oberoende av genus. Själva medvetenheten om problemet kan skapa mer förståelse för genusolikheter till exempel i sådana miljöer som är kraftigt mansdominerade.

Att objektifieringen av kvinnor är ett ständigt problem för somliga visar sig i fallexemplet med Katja. I mina intervjuutdrag är Katja medveten om att hon blivit självobjektifierande, det ger hon bland annat uttryck för existentiellt i citatet ovanför. Redan när de Beauvoir i sin bok *Det andra könet* skrev ner sina observationer av hur kvinnor socialiseras in i att bli underlägsna män, talar hon på åtskilliga ställen om hur den kvinnliga erfarenheten inte är att känna sig aktiv som subjekt, utan kvinnor tvingas göra sig till objekt för att bli omtyckta.<sup>409</sup> Som de Beauvoir påpekar, att märka att man kan behandlas annorlunda, med mindre respekt och med ett fokus på ens kropp bara för att man är kvinna är en konstig upplevelse. Det är en upplevelse av att vara "dubbel", alltså dels att veta att man är en tänkande och handlande

---

<sup>407</sup> Fredrickson & Roberts, s. 179-180.

<sup>408</sup> Ibid., s. 177.

<sup>409</sup> de Beauvoir, ss. 170-171.

individ men samtidigt ständigt självobserverande, iakttagande den egna kroppsligheten och medveten om att man är i riskzonen att förminska när som helst:

För en individ är det en märklig erfarenhet att känna sig som subjekt med självständighet, transcendens, dvs. något absolut för att sedan upptäcka ett naturbestämt mindervärde på grund av sitt eget väsen. Det är en egendomlig upplevelse för den som utgår från sig själv som centrum och subjekt att möta sitt väsen som annat, alteritet.<sup>410</sup>

Den dubbla upplevelsen av sig själv, det vill säga att dels existera som ett väsentligt subjekt men att också komma att inse att man är ett erotiskt objekt i världen, kommer ännu bättre fram i detta citat av de Beauvoir:

Den erotiska transcendensen består för flickan i att hon gör sig till ett byte. Hon blir ett objekt och uppfattar sig som ett objekt. Det är med överraskning hon upptäcker denna nya sida av sitt väsen: det är som om hon bleve två människor, i stället för att sammanfalla med sig själv börjar hon nu existera *utanför* sig själv.<sup>411</sup>

de Beauvoir talar om att kvinnor utvecklar ett slags "allmän förtegenhet" som en följd av att de av manssamhället formas till att bli passiva till kropp och själ.<sup>412</sup> Att självobjektivering *kan* bli hämmande för kvinnor och leda till skamkänslor, ångest och att inte kunna vara socialt företagsamma är inte så märkligt. Det visste redan de Beauvoir. Att hela tiden agera utifrån ett självobserverande perspektiv medför att man jämt och ständigt uppfattar världen och människor omkring sig från ett vaksamt och otryggt kroppsligt perspektiv, på ett annat sätt än de personer som inte upplevt sexuell objektivering.

## 7.8 Kroppskommentering bortom smalhetsidealet

Det slags kommentarer om sitt utseende som unga flickor kan få i tidig barndom och som ofta kan handla om att de antingen är för runda eller för magra kan vara välmenande oavsett om de kommer från en främling eller från någon hälsovårdare inom till exempel skolhälsovården. Inom hälsovården handlar kroppsfokuseringen förmodligen om att man vill

---

<sup>410</sup> Ibid., s. 181.

<sup>411</sup> Ibid., s. 203.

<sup>412</sup> Ibid., ss. 198-199.



försäkra sig om att barnet inte äter för litet men inte heller för mycket. Dels har vi ju problem med att flickor riskerar att insjukna i ätstörningar men vi har också problem med fetman i vårt samhälle. Att veta hur man ska tala om och bemöta barn med undervikt eller övervikt och fetma kan vara en svår balansgång inom hälsovården. Ofta är ju växande barn ganska oproportionerliga. Flickor kan ofta vara litet för magra eller litet för runda under stora delar av hela uppväxten för att så småningom som vuxna uppnå en mer balanserad kroppsvikt. Men helt beroende på hur flickan reagerar på bedömningarna *kan* kommentarerna få ett objektifierande drag eftersom hon i förtid kan bli medveten om att hon löper risk att bli granskad och bedömd för sitt utseende. Hon blir tidigt medveten om att hon har ett utseende som det är accepterat att kommentera, kritisera eller bedöma på något sätt.

Här kan man invända att det också är vanligt att pojkar och män kommenteras för sitt utseende både inom hälsovården och i vardagen. Som Svenaeus säger är smalhetshetsen i vårt samhälle någonting som nuförtiden också drabbar män. Trots att också pojkar och män kan drabbas av en ätstörning är det 90 procent av alla insjuknade som är flickor och kvinnor.<sup>413</sup> Siffror från USA visar att 4 till 9 procent av kvinnliga universitetsstudenter, lider av diagnostiserbara ätstörningar. Ifall man räknar med de atypiska ätstörningarna såsom exempelvis ätstörning UNS, är insjuknandet från 34 procent till 67 procent. Kroppsmisnöje bland de kvinnliga universitetsstudenter i USA, vilket har räknats som en av de mest betydelsefulla riskfaktorerna för att utveckla ätstörningar, ligger på skyhöga siffror, hela 80 procent.<sup>414</sup>

Men eftersom många unga pojkar också kan drabbas av en kroppskommenterande kultur behöver det inte föreligga så stora skillnader mellan en manlig och en kvinnlig ätstörning, som man kan tro. I en mycket intressant och berörande artikel om manlig anorexi "The secret world of male anorexia" i *The Guardian*, beskriver Michael Wilson (under pseudonym) hur han under många år brottades med anorexi. Han berättar att hans mor under hela hans uppväxt gav kommentarer om hans vikt och utseende. Hon föredrog att han skulle vara lång och smal. Hon föraktade fetma, var depressiv och levde på hårda dieter under hela sitt liv. På många sätt påminner Wilsons anorexi om den kvinnliga eftersom han beskriver hur han redan under tonårstiden blev

---

<sup>413</sup> Fredrickson & Roberts, s. 190. Olsson, s. 8.

<sup>414</sup> Se E.E. Fitzsimmons-Craft, M. B. Harney, L. G. Koehler, L. E. Danzi, M. K. Riddell & A.M. Bardone-Cone, s. 43.

självobjektifierande och hur hans androgyna kropp beundrades på olika dansklubbar:

By the time I was 14 many of my friends were older girls who were into the then-burgeoning goth scene, so I would sneak out to clubs and bars with them and be let in thanks to the assumption that I was one of their number, rather than a young, skinny boy. Once inside, I'd be swamped in attention from girls of a certain kind admiring my androgynous body, and men of a certain kind admiring it in a different way. At home and at school I felt overlooked and unwanted; in the clubs I felt adored, maybe for the first time. Skinny, I felt strong and alive, as if my body was what people saw instead of the scared, hungry little kid inside it. My body became my personality. As long as it was bony, it could handle everything that I couldn't and get me all the attention that I needed.<sup>415</sup>

Exemplet ger en bild av hur den magra, manliga och androgyna kroppen kan beundras, beroende på den specifika kontexten. Wilson beskriver hur hans anorexi var ihopkopplad med och styrdes av överväldigande känslor av rädsla för svaghet, som inte bara handlade om en svag självkänsla utan om en skräck inför att vara vek och underlig, eftersom han drabbats av en "kvinnlig" sjukdom.<sup>416</sup>

Fallet Wilson ger viktiga insikter om relationen mellan kvinnlig och manlig anorexi. Att det centrala inte är just de massmediala bilderna på vackra kvinnor, det är i föränderliga och levande livssammanhang som människor insjuknar. Man kan inte abstrahera bort alla våra förhållningssätt till mat och till olika skönhetsideal när vi talar om de faktorer som påverkar insjuknandet i anorexi, vare sig det handlar om kvinnor eller om män. Oavsett genus kan vi påverkas av hur vi blir bemötta som kroppsliga, och vi reagerar på olika sätt på vår omgivning. Men kvinnor är givetvis mer drabbade av skönhetsfixeringen eftersom de av tradition, om man tänker på samma sätt som de Beauvoir, ofta inte har blivit bemötta som att de äger samma handlingskraft som män och har fått den rollen att de ska vara vackra. Det första steget mot tillfrisknandet, var för Wilson att kunna konfrontera sina skamkänslor om att känna sig svag, att kunna acceptera sig själv, att älska sig själv och att låta andra göra samma sak.<sup>417</sup> I all slags anorexi, oberoende av om det handlar om

---

<sup>415</sup> M. Wilson: "The secret world of male anorexia" i *The Guardian* (9.9.2012), s. 2. <https://www.theguardian.com/theobserver/2012/sep/09/secret-world-male-anorexia>.

<sup>416</sup> *Ibid.*, s. 4.

<sup>417</sup> *Ibid.*, s. 4.

manlig eller kvinnlig, är det viktigt att finna de känslor och tankar, som anorexin låter sig styras av, för att kunna låsa upp individen mot bättre tankemönster och därigenom ett friskare liv.

För att konkretisera hur skadliga kroppsrelaterade kommentarer kan vara och hur flickors och kvinnors värld är så väldigt intimt förknippad med vårt samhälles många *olika* skönhets- och kvinnoideal, kommer jag att ta ett exempel från min barndom. Det var sommar och varmt och jag var kring tio år och sprang omkring i badträkt på gården till min mormors sommarstuga. I skuggan av ett par björkar satt min mormor och några av hennes väninnor och drack kaffe. Någon av dem ropade att jag skulle komma dit. När jag stod där, synade väninnorna mig uppifrån och ner och sedan kom domen, och de var skrämmande överens: "Du är tio kilogram för mager!". Och: "Du är nog söt, men skulle du väga 10 kilogram mer, skulle du vara perfekt!".

Jag väljer att använda det här exemplet, trots att det är fråga om min egen bakgrund, eftersom det illustrerar hur man ofta i ett jämförande syfte ställer flickors kroppar mot en viss idé om kvinnlig, kroppslig perfektion. Den här kommentaren illustrerar hur ett kvinnoideal inom vår kultur hålls levande – kommentaren handlar om kvinnlig attraktionskraft som börjar redan i barndomen. I den här kommentaren har bristen på kilogram ingen annan funktion, den syftar inte på hälsa eller på en svårighet att uppnå ens livsmål och så vidare. Katja berättar en liknande historia om hur kommentarer om hennes *smalhet* gjorde henne självmedveten på ett negativt sätt, utan redskap att hålla ett avstånd till bedömningarna.

Gäller detsamma män som sällan uppmuntras till att vara just söta? Trots att det också existerar många olika kroppsideal för män handlar ett starkt spår i kulturen om att de ska vara stora, kraftiga, ha muskler och så vidare. "Se så stark du blivit!", kan vara något man säger åt en liten pojke. Män kan ha stora ärr i ansiktet, vara vindögda eller ha skadat ena ögat helt och hållet utan att för den skull förlora sin attraktion. Det samma gäller inte för kvinnor. Män har från början fler utvägar än kvinnor för att skaffa sig attraktionskraft. De kan ofta ha lättare för att ta plats i skolklasser, utvecklas lätt inom sport eller musik och blir senare skickliga debattörer inom kultur, politik och samhällsliv.

Mitt exempel med min mormors kommenterande väninnor illustrerar också hur vissa kvinnor själva, oavsett vilka patriarkaliska grunder de många kvinnliga skönhetsnormerna har, oreflekterat går med i patriarkatet och driver på skönhetsfixeringen så att den nästan får kusliga följder. Eftersom det har varit en omöjlighet för kvinnor att

förverkliga sig själva inom kultur och arbete genom långa tider, är det tänkbart att de många kvinnliga skönhetsidealen utgår från patriarkaliska strukturer i samhället. Trots att de varierande kvinnoidealen säkert har patriarkala grunder, finns det också många andra "lager" inom kulturen idag. Homo-, bi- och transsexuella perspektiv påverkar också hur skönhetsideal uppstår och formar hur vissa grupper ser på skönhet och attraktion.

De kulturella föreställningarna kring kvinnlig skönhet kretsar inte bara kring det som anses vara estetiskt vackert eller om hur en frisk kropp ser ut, utan de är även bundna till begrepp som moderlighet och fruktsamhet. När den avundsvärda, "trådsmla" kvinnan stiger in på mödrarådgivningen betraktas kroppen alltid i första hand ur en graviditets- och fortplantningssynvinkel och då ser man på magerheten som ohälsosam eftersom amningen sägs vara en ansträngning för kroppen. Man kan enkelt känna sig litet "hemlös" i sin egen kropp eftersom en kropp aldrig enbart är anatomisk eller biologisk. Hur vi upplever våra kroppar styrs dels av erotik, medicin och folkliga värderingar och föreställningar om kvinnlig och manlig magerhet och fetma. Genom mina exempel ovan på hur en kropp alltid är insnärjd i en kultur kan man lättare uppfatta hur magerhetsidealet kan betraktas som just bara en idé. Kanske man till och med kan likna den vid en "platonisk" idé<sup>418</sup> om skönhet som inte har någon förankring i det levda, sinnliga livet.

En kommentar är i sig varken skadlig eller förtjänstfull, dess betydelse beror på sammanhanget. Det finns fall där kommentaren om kvinnans skönhet har sin plats och sammanhang där den uttrycker något förminskande eller kränkande. Jag ser en kritisk, feministisk inställning till kulturella skönhetsideal som viktig, men anser att den kritiska inställningen ibland missuppfattas och blandas in i sammanhang där kommenterandet inte är problematiskt. Det är inte feminismens skuld då det går såhär, diskussionstrådarna verkar ibland trassla in sig i varandra i våra breda kulturella samtal. Det jag i mitt sammanhang vill betona är att man oberoende av genustillhörighet vid rätt tillfälle kan tycka om att höra att man ser bra ut och så vidare. Det är svårt att föreställa sig hur attraktion, beundran, kärlek eller åtrå skulle se ut utan det man försöker förmedla genom miner, blickar, gester eller ord. I romantisk eller erotisk

---

<sup>418</sup> Enligt Platon är den värld, sinnevärlden som människan kan uppfatta, bara en skuggbild av den sanna verkligheten, idévärlden, där alltings form och ursprung existerar.

kärlek kan den här formen av komplimanger vara ett sätt att försöka hålla kärleken levande.

## 7.9 En feminin praktik?

Enligt genusvetaren Esther Rothblum<sup>419</sup> har de många feminina utseendenormerna genom tiderna betraktats som en uppfinning av kvinnorna själva. Till exempel är det kvinnorna själva som har utfört könsstymplingar på andra kvinnor och detta har betraktats som någonting som kvinnor *vill* göra. I grunden har det dock, menar hon, funnits en underliggande orsak, nämligen rädslan att utestängas från exempelvis giftermål eller andra sociala sammanhang.<sup>420</sup> Enligt filosofen Susan Bordo<sup>421</sup> får kvinnors olika sätt att förhålla sig till den etablerade skönhetsstandarden, eller den *feminina praktiken*, som hon kallar den, som konsekvens att ätstörningar utvecklas.<sup>422</sup> Med feminina praktiker menar hon alla de typiska aktiviteter som kvinnor utför för att förbättra sitt utseende.<sup>423</sup> Bantning blir då ett exempel på en feminin praktik som ökar risken för att utveckla ätstörningar.<sup>424</sup> Det finns sociologer<sup>425</sup> som har påengterat att ekonomiska och sociala institutioner drar nytta av den befintliga skönhetskulturen. Bakom de mediala bilderna finns kapitalistiska intressen och patriarkala perspektiv.<sup>426</sup> Genom tankegångar som dessa blir ätstörningar en politisk fråga. För att uppnå sociala och ekonomiska belöningar kontrollerar kvinnor sina kroppar genom dieter, svält och träning. På detta sätt begränsas kvinnorna i sitt offentliga utrymme eftersom det inte finns någon tid eller energi att sätta på att bekämpa den patriarkala ordningen och kvinnans ökade frihet fortsätter

---

<sup>419</sup> E.D. Rothblum: "‘I’ll Die for the Revolution but Don’t Ask Me Not to Diet’: Feminism and the Continuing Stigmatization of Obesity" i *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Red. P. Fallon., M. A. Katzman & S.C Wooley (New York: The Guilford Press, 1994), ss. 53-76.

<sup>420</sup> Ibid., ss. 58-59.

<sup>421</sup> Det var genom texten "Det ätstörda samhället och det sociala arbetet" av studerandena Maja Ahlberg och Sandra Johansson som jag fick upp ögonen för Rothblum och Bordo, som jag sedan fördjupade mig i.

<sup>422</sup> S. Bordo: *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (Berkeley: University of California Press, 2003), s. 178.

<sup>423</sup> Ibid., s. 166.

<sup>424</sup> Ibid., s. 178.

<sup>425</sup> S. Hesse-Biber, P. Leavy, C.E. Quinn & J. Zoino: "The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture." *Women’s Studies International Forum* 29 (2006), ss. 208-224.

<sup>426</sup> Ibid., s. 212.

att inte utgöra något större hot.<sup>427</sup> Enligt Bordo bör man därför betrakta disciplineringen av kvinnokroppen som en hållbar strategi av social kontroll som har vidmakthållit maktövertretningarna mellan könen de senaste århundradena.<sup>428</sup>

Min syn på feminism avviker från Bordos och många andra feminister, eftersom jag inte anser att det är den så kallade feminina praktiken som är den största faran för den könsmissiga maktbalansen i samhället. Däremot anser jag att de attribut som klistrats på kvinnan är skadliga och problematiska. Maktbalansen mellan könen har knappast uppstått ur "femininitet", däremot har femininiteten använts som ett sätt för patriarkatet att upprätthålla maktbalansen. Att vägra kvinnliga attribut kan vara en protesthandling, har varit ett sätt att sätta sig upp mot den nedvärderande synen på kvinnor och säga att "Nu räcker det!". Samtidigt så finns det igen sammanhang där man med kläder, stil och utseende har kunnat uttrycka och vara den man är och genom sexualitet och sinnlighet uppnå frihet. Genom att tillåta sig sin egen sexualitet, sin lust har kvinnor också kunnat trycka tillbaka den skuldbeläggande idén om sin inneboende biologiska passivitet. Att tvingas förneka sin egen kropp ser jag heller inte som frihet, men vill betona att valet att till exempel sminka sig eller inte måste fattas av varje individ själv. Risken för att kvinnligheten används som ett förtrycksredskap finns förstås kvar så länge en ojämlikhet präglar samhället.

de Beauvoir menar att femininiteten, även om den kan betraktas som "socialt konstruerad", är en fastrotad värdering i samhället<sup>429</sup> som människor kan reagera sinnligt och erotiskt på och som ger mening i många människors liv. Det borde vara möjligt för en kvinna att bedömas som vacker och/eller erotiskt attraktiv och samtidigt uppnå framgång politiskt och intellektuellt. Ett utseende, vilket det än är, borde inte få utesluta respekten för det som någon gör och är som person. Om man sätter skulden för samhällets brist på jämställdhet på de feminina praktikerna, finns det inte ett drag av att skuldbelägga kvinnan i så fall i en situation där det manliga beteendet, den patriarkala blicken är problemet? Jag menar inte att det inte är viktigt att samhällliga institutioner tar sitt ansvar för att minska på skönhetsstrycket för kvinnor. Min tanke är bara den att man inte ska behöva motarbeta femininiteten, och de kvinnor som vill leva så, för att man tror att detta skulle vara den enda lösningen på ojämlikhetsproblemen. Följer man de Beauvoir så är

---

<sup>427</sup> Bordo, s. 66.

<sup>428</sup> Ibid., s. 166, s. 178.

<sup>429</sup> de Beauvoir (1995), s. 407.

det inte attributen, nagellack eller makeup, som är grundproblemet – det är bristen på handlingsfrihet hos kvinnan.

Inom den psykologiska forskningslitteraturen om ätstörningar förklarar man ofta den kvinnliga skönhetshetsen i samhället genom evolutionspsykologiska argument.<sup>430</sup> Jag menar istället att utseendefixeringen, även om den genom kulturen har formats till ett "kvinnligt problem", åtminstone till en viss grad, bottnar i den mänskliga sexualiteten sedd som ett eget, självständigt värde. Trots det här saknar en stor del av det kulturella kommenterandet av kvinnors och mäns kroppar en funktion. Om man är ärlig är många kommentarer om magerhet och fetma onödiga, mycket skulle man kunna vinna genom en större eftertänksamhet i sådana situationer.

Vår fixering vid våra kroppar kan till en stor del påverkas av kapitalismen och av patriarkatet, men ändå är det ett mänskligt och ett grundläggande behov, att vilja känna sig kroppsligt åtrådd av en annan. Kroppsligheten tillför en viktig meningsdimension i livet; redan tidigt i barndomen förstår man att man någon gång ska kunna ge närhet och kärlek också med sin kropp. Kroppsligheten har givetvis också många andra roller. Vi uttrycker närhet, uppskattning och kärlek genom kramar och smekningar bland annat i barn och föräldrelationer eller i annan mänsklig samvaro. Jag betonar sexualiteten och erotikerna som viktig och positiv i sig för att göra det tydligare att till exempel just evolutionspsykologiska synsätt inte lyckas belysa varför kroppslighet och skönhet kan bli så betydelsefullt för människor. Reproduktion och att få barn är en stor del av livet, men många människor skulle antagligen inte se det här som det allra viktigaste med sina kärleksrelationer. Förmågan att få barn kan betraktas som en gåva – en sak som inte kommer så naturligt för många. Att se kroppen som en viktig källa till närhet i mänskliga relationer, gör det begripligt att vi är så fixerade vid kroppslig estetik.

## 7.10 Sammanfattning

Inom den sociokulturella forskningen om ätstörningar kan man se hur sjukdomsteoretiker tenderar att placera in anorexi- och andra ätstörningsbegrepp i ett modernt "fetmasamhälle". Det menas ofta att den västerländska kulturen balanserar mellan sjuklig bantning, anorexi och en alltmer svällande kropp – en övervikt som tenderar att övergå i sjuklig fetma. Forskare inom filosofi och annan humaniora förklarar ofta

---

<sup>430</sup> Se Ålgars, ss. 19-20.

anorexins utbredning och förekomst genom ett modernt massmedialt magerhetsideal, som det påstås att vi alla riskerar att internalisera till en viss del eller helt och hållet. Även den psykologiska forskningen på området är ofta koncentrerad på de magra mediala bilderna och genom olika empiriska studier försöker man undersöka hur kvinnor internaliserar detta ideal. Psykologer ser också ofta ätstörningar som ett resultat av kvinnlig sexuell objektifiering. Men också denna psykologiska litteratur är vanligen fokuserad på ett magert kvinnoideal och hur det uttrycks genom media.

Genom ett wittgensteinskt förståelseperspektiv, det vill säga genom en begreppslig undersökning av hur vi kan tala om kroppslig skönhet i olika situationer, dels de vardagliga men även samtals inom konst och litteratur, har jag visat att kulturens skönhetsideal är mångskiftande och komplexa. Trots att man kan säga att det magra kroppsidealet är starkt upplyft i kulturen, finns det många andra samexisterande kroppsnormer, som exempelvis den fylliga eller vältränade kroppen. I kapitlet har min kritik riktat sig mot hur man inom den vetenskapliga forskningen tenderar att fokusera för mycket på det smala idealet, på själva bilderna, utan att fästa tillräckligt med uppmärksamhet på de kommentarer om skönhet och kroppar som också kan drabba en människa. En bild i sig självt kan inte orsaka eller påverka någon, ifall man betraktar bilden som lösryckt ur sitt sammanhang. Den betydelse som en bild på en mager eller fyllig kvinna kan få för en människa hämtar sin laddning från de livssammanhang där vi talar om skönhet och bedömer varandras kroppar.

Inom den sociokulturella forskningen om anorexins och andra ätstörningars orsaker har det ofta lyfts fram kapitalistiska intressen och patriarkala mönster, och hur det har uttryckts i vilka människor som får synas och i vilka ideal som får ta plats i de mediala bilderna. Till exempel att det är unga, vita och smala kvinnor som oftast avbildas. I kapitlet betonar jag att kroppen har en viktig erotisk dimension i livet. Så trots att kapitalism och patriarkala makter kan inverka på människor, vill jag betona lite mer än vad som nu görs inom forskningslitteraturen, hur kroppen spelar en viktig meningsskapande roll i våra liv. Utan den här kroppsliga meningsdimensionen skulle varken kapitalismen, reklambyråer eller massmedia kunna utöva ett så starkt inflytande som de påstås göra idag. Kroppens sexuella roll kan kanske tyckas vara en självklarhet när man lyfter fram den i dagsljuset. Likväl är det tydligt att denna positiva dimension enkelt hamnar i skymundan när forskare debatterar riskerna med kvinnlig objektifiering och skönhetsideal. Det är i



ljuset av att kroppslighet och attraktion är viktiga begrepp i livet, som man kan förstå de många kritiska rösterna mot exempelvis kvinnlig objektifiering, såväl inom forskningen som inom kulturen.

Då jag gjorde mina intervjuer märkte jag att det blev svårt att tala om patienternas problem genom endast de dominerande förklaringarna på sexuell objektifiering, ätstörningar och problem med kroppen. Intervjuerna gav mig en möjlighet att beskriva några av de olika sammanhang där anorexi kan uppstå. Genom att betrakta dessa sammanhang har jag velat visa att de sätt som man förstår kroppsproblem och kvinnlig objektifiering inom forskningen är otillräckliga. Det är inte nödvändigtvis genom de magra mediala bilderna som patienter förstår sig själva, de kan också till exempel vilja tala om hur olika kommentarer har påverkat dem. Återigen – jag har inte avfärdat de aktuella empiriska orsaksteorierna som irrelevanta, men ur ett existentiellt perspektiv anser jag att dessa olika meningsdimensioner är nödvändiga för att förstå de problem som människor idag verkligen kämpar med.

## 8 Att lyssna in berättelsen

*Rättvisa. Ständigt vara beredd att medge, att en annan människa är något annat än vad man läser då hon är närvarande (eller då man tänker på henne). Eller snarare läsa i henne att hon helt säkert är något annat, kanske någonting fullständigt annat, än vad man läser i henne.*

*Varje mänskligt väsen ropar i tysthet om att bli läst annorlunda.*

Simone Weil, ur *Tyngden och nåden*

### 8.1 Berättelser om sjukdom som faller utanför anorexins förklaringsmodeller

Det finns olika kulturella bilder av en anorektiker som verkar vara sinsemellan motstridiga. Det är vanligt att man tänker att hen måste vara ytlig och fåfång eftersom personen har tappat bort sig själv i sin strävan efter att uppnå den perfekta kroppen. Men man kan också förbinda anorexin med asketiska ideal och förena hens personlighet med begrepp som självkontroll, djupsinnighet och begåvning. Inom den populärvetenskapliga litteraturen sägs det ofta att anorexins föregångare kan hittas i självsvälten hos de kvinnliga helgonen under medeltiden. Bland annat Torvalds talar om att "ätstörningarna tycks träda in på världsscenen tillsammans med de första århundradenas askethelgon".<sup>431</sup> Hon nämner Katarina av Siena. Samma uppfattning finns även inom forskningslitteraturen eftersom exempelvis Hepworth förbinder Katarina av Siena med vår moderna anorexi.<sup>432</sup> Men utgående från den moderna anorexidagnosens symptomlista blir parallellen mellan Katarina av Sienas fasta och den moderna anorektikers självutplåning nästan obegriplig. Sankta Katarina skulle inte ens ha nått upp till anorexins kriterier eftersom hon knappast hade en skev kroppsuppfattning eller viktfofi. Hon hade religiösa motiv för sin fasta vilket man inte kan säga om vår tids anorektiker, vars svältande ofta kan börja med en naiv bantning. Det här är kanske att spekulera, men om man föreställer sig hur en religiös asket skulle ha berättat om sin självsvalt och jämför det med hur en anorexipatient skulle tala om sin anorexi, så skulle man säkert få ganska olika berättelser. Skulle ett helgon ha förstått sin svält genom ett

---

<sup>431</sup> Torvalds, ss. 47-48.

<sup>432</sup> Hepworth, ss. 13-14.

sjukdomsbegrepp? Enligt min uppfattning är jämförelsen mellan askeshelgonen och den moderna anorexin en stor psykiatrihistorisk missuppfattning. Däremot är det rimligt att tänka sig att det bland de religiösa asketerna kan ha funnits sådana personer där självsvälten kan ha antagit avvikande och sjukliga former.

I essän *Ätstörningar och mimetiskt begär* utvecklar Girard en social och historisk teori som han kallar *den mimetiska teorin*, om hur ätstörningar fungerar som sjukdomar och hur vår kultur förorsakar deras uppkomst. I sin teori utgår han från hur media och populärkulturen genom att föra fram trådsmala skönhetsideal provocerar fram ett skadligt och vad han talar om som ett "mimetiskt" eller rivaliserande begär hos unga kvinnor efter att magra. Som jag har visat tidigare i min text menar man ofta inom den sociokulturella forskningen om anorexi att det magra idealet i vårt samhälle hjälper till att utlösa sjukdomarna. Också mycket av den samtida psykologiska forskningen om ätstörningar har fokuserat på studier om magerhetsidealens påverkan. Trots det här är de många psykodynamiska och psykologiska orsaksteorierna om ätstörningar oftast knutna till individuella eller familjecentrerade motiv.

I *Anorexi och mimetiskt begär* diskuterar några forskare den mimetiska teorin som ett välkommet inlägg i forskningslitteraturen om vad som ger upphov till, som de uttrycker det, ätstörningarnas alltmer epidemiska spridning. Girard är kritisk mot de psykoanalytiska förklaringsmodellerna och försöker istället rikta uppmärksamheten mot kulturen och mot mediernas spridning av det magra skönhetsidealet som han menar orsakar kvinnors ätstörningar. Förutom Girard, menar också Olsson att alltför många teoretiker är instängda i ett individperspektiv som utestänger de samhällseliga faktorerna.<sup>433</sup> Det är bra att Girard som filosof ger sig in på ätstörningarnas område, eftersom kvinnosjukdomar av tradition har tenderat att glömmas bort inom filosofin som disciplin. Och det finns många bra poänger att hämta hos den mimetiska teorin även om den också har sina brister och inte, som jag kommer att visa, håller som en allmän förklaring av ätstörningarnas utbredning. Eftersom Girard vill komma åt de psykoanalytiska förklaringarna av ätstörningar kommer jag att kort beskriva några av de teoretiska tankegångar som har påverkat ätstörningarnas domän allra mest. Efter det kommer jag att beskriva, diskutera och kritisera Girards kulturhistoriska teori.

Det finns flera auktoriteter på ätstörningar som ofta diskuteras i litteraturen och en sådan känd tysk-amerikansk psykoanalytiker är Hilde Bruch. Hon ser anorexin som en

---

<sup>433</sup> Olsson, s. 11.

utvecklingsstörning i personligheten som har sin grund i ett förvrängt förhållande till modern. Inom psykoanalytiskt inspirerade terapier betraktar man ofta sjukdomen som ett sökande efter identitet. Genom att utveckla anorexi försöker individen slå sig fri från familjemönster med alltför hårt definierade roller som man inte klarar av att förändra.<sup>434</sup> Till exempel så menade Bruch att anorektiker upplever sina mödrar som dominerande och påträngande och att de därför hindras i sin självutveckling. I sin bok om ätstörningar och föräldraskap skriver Torvalds att Bruch fortsätter att inspirera många samtal där terapeuter och föräldrar möts ännu idag och att detta är en ständig källa till samvetsqual och självförebäelser för många föräldrar till barn med ätstörningar. Enligt Torvalds finns det forskare som märkt skillnader mellan anorektiker och bulimiker. De påstår att anorektikern svälter sig själv som en följd av moderns överengagemang och att bulimikern hetsäter på grund av moderns brist på engagemang. Som också Torvalds påpekar blir det svårt att förstå hur teorin går ihop med att man kan ha en ätstörning UNS,<sup>435</sup> som är en lindrigare ätstörning och som sätts när man inte kan specificera om det är anorexi eller bulimi. Enligt Torvalds utgör dessa slags ätstörningar över hälften av de fall man möter inom vården.<sup>436</sup>

I min läkarintervju blir det klarlagt att anorexi ofta övergår i bulimi eller i en ätstörning UNS. Det är inte heller omöjligt att diagnoskriterierna för ätstörningar kommer att förändras i framtiden och att man exempelvis inför en allmän ätstörningsdiagnos med undergrupperna anorexi och bulimi:

Intervjuaren: Finns det någonting i diagnostiseringen av ätstörningar som du upplever är problematiskt?

Läkaren: Jo, det finns mycket. Och speciellt det här att inget diagnossystem tar i beaktande att inom ätstörningar så går du ofta från en diagnos till en annan. Från anorexi så kanske du först går via bulimi och sedan kanske du blir frisk. Eller från anorexi går du till EDNOS, alltså en lindrigare sjukdom och sedan först blir du frisk. Det är ju ologiskt, hur skulle en sjukdom byta till någon annan? Så därför tycker jag att det är enklare att tänka att man har

---

<sup>434</sup> Ibid., ss. 11-12.

<sup>435</sup> Torvalds, ss. 132-133.

<sup>436</sup> En ätstörning UNS eller en ätstörning utan närmare specifikation kallas på engelska EDNOS, som står för Eating Disorder Not Otherwise Specified. Se DSM-5, ss. 353-354. Torvalds, s. 73.

en ätstörning och sedan har man olika undergrupper. Men vi kommer säkert om 20 år inte att ha de här diagnoskriterierna vi har idag. Men vi måste ju leva efter det. Det är det bästa systemet vi har kommit till hittills. Så vi måste ändå använda oss av det. Det är också som ett språk, hur kan vi annars jämföra olika forskning, om vi inte vet vad slags patienter där har varit? Vi hamnar att anpassa oss.

Hur otillräckliga Bruch's och andra forskares teorier om mödrars över- och underengagemang är, konkretiseras av hur vanligt det är att diagnoser ofta kan förändras över tid.

En expert som haft ett stort inflytande på området är psykiatern Johan Cullberg som också ser anorexin som en personlighetsstörning. Sjukdomen ses som ett försvar mot modern: genom att anorektikern i den tidiga barndomen har identifierat modern med födointaget håller hon henne utanför jaget. Självsvälten blir även här ett försök att frigöra sig från en negativ modersbild.<sup>437</sup> En annan auktoritet på området, den italienska psykologen Mara Selvini Palazzoli, säger sig ha ändrat sig i synen på vad som orsakar sjukdomen. Den inflytelserika monografin *Anorexi: boken om självsvalt*, utkom första gången 1963. I den omarbetade upplagan från år 1979, skriver hon att hon varit tvungen att "förkasta individualpsykologins och psykoanalysens begreppsmässiga modeller" för att kunna fokusera på interaktionen människor emellan.<sup>438</sup> Palazzoli har i de familjer som hon behandlat, sett ett återkommande mönster i hur föräldrarna samspekar med varandra. De rivaliserar med varandra om att få en offerroll. Anspach beskriver Palazzolis teori i sin essä *Anorexi och tidsandan*:

Var och en gör sig till martyr och försöker samtidigt skuldbelägga den andra. Var och en framställer sig som den som ädelmodigt offerar sig för familjens bästa. Om denna framställning blir ifrågasatt av någon, försöker mödrarna öppet lägga skulden på den personen, medan fäderna "stänger in sig i en bedrövad tystnad, medan de anklagar alla för den orättvisa och den brist på förståelse som de känner att de är offer för". En dylik interaktion leder till en upptrappning i ett spel där man måste förlora för att framstå som en vinnare.<sup>439</sup>

---

<sup>437</sup> Cullberg, s. 175.

<sup>438</sup> M. S. Palazzoli: *Anorexi: boken om självsvalt* (Stockholm: Natur och Kultur, 1979), s. 8.

<sup>439</sup> M. R. Anspach: "Anorexi och tidsandan" i *Anorexi och mimetiskt begär*. Red. René Girard (Stockholm: Themis, 2010), s. 73.

Bägge föräldrarna vill ha dotterns sympati men kommer hon för nära någon av dem avvisas hon eftersom hennes sympati skulle undergräva den offerroll som var och en av föräldrarna har valt. Också här ses matstrejken som ett svar på en förstelnad familjedynamik.<sup>440</sup> För mig låter Palazzolis föräldrainteraktion som ett ganska vanligt sätt att samspela på i långa förhållanden. Åtminstone är det ett drag som antagligen mer eller mindre upptrappat existerar i väldigt många förhållanden. I en familj med anorexi upptrappas säkert alla möjliga osunda beteendemönster som finns under ytan mellan ett föräldrapar, som en följd av den press som sjukdomen medför. Jag är därför inte helt förvånad över att Palazzoli har hittat detta offermönster i många familjer med anorexi.

Det kan faktiskt verka som om många terapeuter och experter på anorexi är alldeles för individfokuserade eftersom inte heller Palazzoli, som familjeterapeut har ägnat någon uppmärksamhet åt det som sker ute i samhället, med alla skönhetsideal och vad det får för följder för kvinnors kropps- och självuppfattningar. Men den viktiga frågan, som jag ser det, är inte just teorierna som sådana, utan om en terapeut kan lyssna *utanför* teorierna om anorexi: att kunna lyssna in en patient och söka efter förklaringar och betydelser också där man kanske inte alltid förväntar sig att hitta dem. Vad det innebär att verkligen lyssna in en anorexipatient kommer jag att diskutera litet senare i kapitlet.

Terapeuten Peggy Claude-Pierre har grundat Montreaux-kliniken i Victoria i Canada. I sin bok *Ätstörningarnas hemliga språk: att förstå och bota anorexi och bulimi* menar hon att sjukdomarna grundas i en speciell känslighet som föregår symptomens uppträdande under tonåren. Hos sina patienter hittade hon ett jag som under en längre tid hade varit uppfyllt av sin egen värdelöshet och förnekat sig självt. Hon talar om detta som ett "själens inbördeskrig" och namnger företeelsen LNS, som står för "ett långvarigt negativitetssyndrom". Hon ser på anorektikern som en ytterst ansvarstagande individ, en god samarit, som försöker axla mänsklighetens problem och detta överambitiösa projekt får henne att ta på sig martyrollen.<sup>441</sup>

Trots att Claude-Pierres terapimetoder ifrågasatts på djupet<sup>442</sup> verkar det som om vår kultur är besjälad av en syn på anorektikern som den överpresterande och "duktiga" flickan eftersom det är så vanligt att man ser på den som insjuknat som överambitiös.

---

<sup>440</sup> Ibid., s. 74.

<sup>441</sup> Olsson, ss. 10-11 och P. Claude-Pierre: *Syömishäiriöiden salainen kieli: miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiam* (Helsingfors: Tammi, 2000).

<sup>442</sup> <https://www.theguardian.com/world/1999/dec/16/gender.uk>.

Även bland annat Girard beskriver den typiska anorektikern som "högutbildad, begåvad, ambitiös, och perfektionistisk" och "som själva urtypen för den som betraktas som överbegåvad".<sup>443</sup> Att psykiatrin och den kliniska psykologin genomgående och av förståeliga skäl, har utvecklat orsaksteorier om psykisk sjukdom som har fokuserat på individen eller på familjen, istället för att se familjen som en resurs har också bidragit till stereotypa uppfattningar om den sjuka och den personens familj. När jag i en av mina föräldrantervjuer frågar Rebeckas (20) pappa Roger, om han har upplevt stigmatisering, svarar han:

Jag kan inte säga att vi har upplevt det eller stött på det men jag kan tänka mig att det ändå finns. Vissa tycker att vi har ställt för stora krav på Rebecka, att vi får skylla oss själva. Att det är vi som har gjort att hon har blivit sjuk. Jag tror att vissa tänker så. Och sedan så lägger också vissa skuld på Rebecka. Att: "Måste du alltid vara så duktig och vara bäst?" Och så här att: "Du får skylla dig själv att det har gått för långt!".

Det ligger någonting i att många flickor som insjuknar har en sådan perfektionistisk sida, men det är också slående hur många kvinnor som förmodligen skulle kalla sig själva överpresterande utan att ha insjuknat i anorexi eller bulimi. Dessutom använder man ofta begrepp som "överpresterande" eller "ansvarstagande" när man försöker förklara varför kvinnor så ofta exempelvis blir utbrända eller kliniskt deprimerade. Att vi överlag kallar kvinnor för överpresterande uttrycker vilken syn vi har på kvinnor och män i allmänhet. Generellt ser man ofta mäns ambitioner som någonting bra och det är mer sällan man talar om män som överpresterande även om det nog också kan förekomma. Jag kan tänka mig att sådant är vanligare inom exempelvis yrkesområden där män ofta kan uppnå toppositioner.

Det svåra med psykodynamiska eller andra psykologiska förklaringsmodeller för anorexi och andra ätstörningar, är att man alltid hittar kvinnor som passar in i de orsaksmodeller som är på modet, men som ändå inte utvecklar sjukdomen. Om man utgår från en människas bakgrund och vilka problem som kan ha funnits där, är det ibland till och med litet gåtfullt att man *inte* blir sjuk. Men det finns få förklaringsmodeller att tillämpa på dem som klarat sig något så när oskadda ur en besvärlig uppväxt. Vi behöver inte några förklaringar till att vi lyckas leva vad vi skulle kalla för ett friskt eller tillfredsställande liv.

---

<sup>443</sup> Girard, s. 85.

En annan anledning till varför psykodynamiska och andra psykologiska förklaringsmodeller kan vara svåra att tillämpa på alla som insjuknar, är att det är så många olika slags flickor och kvinnor som blir sjuka. Om man tänker på mina intervjuer var Rebecka, Maria och Hanna idrottsutövare, de var idrottstjejer när de blev sjuka. I Elins fall bröt sjukdomen ut väldigt tidigt, redan när hon var i tolvårsåldern, i en ålder när utseendet inte ännu var så viktigt i kamratkretsen. Hennes sjukdomshistoria beskriver hur olika hårt man kan drabbas av en ätstörning och att det inte måste finnas bara en enda orsak till att någon drabbas. Den belyser även hur viktigt det är att lyssna lyhört på patienten, också på de sociokulturella anledningarna, för att på så sätt bättre kunna vidga den sjukas låsta, kroppsliga perspektiv på sig själv.

Mina intervjuade är alla väldigt *personliga* och de har olika inställning till samhällets skönhetsideal. På något sätt verkar Rebecka och Katja vara varandras motsatser i hur de uppfattar skönhetsidealens betydelse för att de blev sjuka. Rebecka tror inte att utseendehetsen i samhället bidrog särskilt mycket till att hon blev sjuk utan ser sin anorexi som ett sökande efter personlig identitet:

Intervjuaren: Om du tänker på utseendefixeringen i samhället, så talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen var någonting som påverkade att du fick en ätstörning?

Rebecka: Alltså, inte att jag fick en ätstörning för den beror på helt andra saker. Jag tror att min anorexi berodde på min osäkerhet och dåliga självkänsla i samband med att jag sökte efter min identitet. Men när jag väl var inne i min sjukdom så hjälpte det ju till att förvränga min bild av mig själv. När man är sjuk och när man ser bilder på väldigt smala kvinnor så tänker man att: "Men jag är ju inte sjuk och att så där ska man ju tydligen se ut!". Jag tyckte inte att jag var speciellt sjuk eftersom jag knappt var smalare än idealbilden av en kvinna. Så jag tror nog att den kan dra ner ändå men jag tror inte att det beror på det.

Katja däremot, blev så kommenterad för sitt utseende under hela uppväxten att hon tolkar sin anorexi som en begriplig följd av detta. Skulle man dessutom intervjua pojkar och män som insjuknat skulle man säkert få andra sjukdomsberättelser och orsaksförståelser. Men som jag tidigare påpekat, på grund av att kulturen är skönhets- och kroppskommentarande är det tänkbart att deras historier kan påminna mycket om den kvinnliga anorexin.



I min psykiaterintervju menar läkaren att den traditionella ungdomspsykiatrin i Finland har utgått från en psykodynamisk modell där man förutsätter att ätstörningar försvinner bara man får igång ungdomsutvecklingen. Det här har fördröjt utvecklandet av specialiserade ätstörningsenheter i Finland:

Intervjuaren: Vilka är de största problemen inom ätstörningsvården i Finland idag?

Läkaren: Ojämligheten. Alltså att det är så beroende på var du bor hur du har möjlighet att få vård. Bara på vissa orter finns vettig ätstörningsvård. Det har hänt mycket de fem senaste åren. Många enheter har börjat nu grunda någonting liknande som vi har här. Men det tar tid att få erfarenheten in.

Intervjuaren: Kan det här bero på att ätstörningar är så uppdelade i en kroppslig och i en psykisk sida? Att det liksom blir svårt att organisera och systematisera en vettig vårdmodell?

Läkaren: Jo, det är kanske en svårighet. Men mycket tror jag också att det har att göra med att av tradition har ungdomspsykiatrin i Finland varit väldigt psykodynamiskt präglad och då har man kanske en annan syn på vad ätstörningar är. Man har tänkt att bara man får ungdomsutvecklingen igång så sedan på köpet så blir ätstörningen bra. Att man inte behöver just adressera ätstörningen. Medan vi här har en mera kognitiv modell. Vi tänker att ätstörningen måste vi i första hand sköta bort och sedan kanske det där andra ännu finns som behöver någonting. Men det är ju så dagligt närvarande, de flesta människor äter en fyra-fem gånger om dagen. Om man varje gång har svårt med det, så jag menar, med sunt bondförnuft ser man ju att det här måste man komma åt.

Intervjuaren: Är det så att ni först behandlar själva ätstörningen och ifall någon t.ex. har ett ångestsyndrom, tar ni itu med det efter att ni har fått igång ätandet?

Läkaren: I de flesta fall så kan man samtidigt vårda. Så där att det går vid sidan om, att det integreras som en depression och ätstörning, för de förstärker ju varandra. På sätt och vis så vårdar vi samtidigt. Men har du svår bakgrund och trauma och sådant så då kan det hända att sedan när ätstörningen är borta så kan du gå i terapi som mera tar de sakerna i beaktande. Men de flesta behandlas så att när de slutar vid oss så är allt behandlat.

Eftersom mitt intervjumaterial illustrerar hur olika bakgrund och livssituationer, personer som drabbas av anorexi kan leva i, talar detta för att det är viktigt att det finns en specialiserad ätstörningsvård, som så långt som det är möjligt, kan ge en individuellt anpassad vård. För någon kan det vara bra med en familjeinriktad vårdmodell, där hela familjen kan vara med och diskutera problemen. Någon annan kanske behöver en terapeut som kan diskutera vilka problem patienten upplevt med sin familj. En tredje kanske behöver en terapeut som vid sidan av de många förståelsemodellerna av anorexi, också kan lyssna med ett feministiskt/kulturellt perspektiv på ätstörningar. Inom forskningen är det också, skulle jag säga, angeläget att rikta uppmärksamheten mot kulturen, för att bättre förstå hur vår livsstil tillsammans med andra psykologiska eller biologiska faktorer, kan utgöra en aspekt av varför så många unga flickor reagerar på sin omgivning med att insjukna i olika ätstörningar.

## 8.2 En kritik av Girards teori om det mimetiska begäret

Enligt Girard är hela samhället drabbat av smalhetsysterin eftersom *vi alla* vill banta. Bantar man inte, är det någonting man aktivt väljer att inte göra. Han talar genomgående om *vi* och *oss* och söker alltså förklaringen till ätstörningar i våra kulturella beteenden, inte genom att till exempel gräva psykoanalytiskt i det individuella. Följaktligen kan man säga att *vi* styrs av ett, som han säger, "slankhetens imperativ som behärskar de kollektiva föreställningarna".<sup>444</sup> Girard menar att det inte är det kapitalistiska systemet som förorsakar vår smalhets hunger och att alla våra vanliga förklaringsmodeller som exempelvis grundas i sexualitet, socialklass, makt eller i det "manliga tyranniet" är ansträngda och intetsägande. Egentligen är förklaringen till ätstörningarnas utbredning väldigt enkel, faktiskt så enkel att den har undgått alla stora teoretiker på området. De unga påverkas av sina jämnåriga under tonårstiden till att utveckla ett tävlingsinriktat, mimetiskt begär efter att vara smala, att efterlikna varandra och till att se bantning som någonting som man måste eftersträva till varje pris. Alla magra modeller inom media, Hollywood och teve är auktoritativa och kollektiva förebilder som förstärker de jämnåriga förebilderna som de unga har.<sup>445</sup>

Men vad innebär då det mimetiska begäret? Det mimetiska begäret handlar om att vilja ha någonting som någon annan har eller *vill*

---

<sup>444</sup> Girard, s. 78.

<sup>445</sup> Ibid., ss. 77-82.

ha. Girard skriver: "Så fort det mimetiska idealet har fastslagits, försöker alla överträffa varandra för att nå målet, i detta fall att bli smal."<sup>446</sup> Det kan alltså också handla om att vilja vara det någon annan *är*. Magerheten är mimetiskt eftersom det, enligt Girard, är ett styrande ideal som alla människor begär. Tävlanen urartar i ett kollektivt syndrom där alla blir rivaler med varandra. Ett exempel som jag kommer att tänka på för att ytterligare förklara en sida av det mimetiska begäret är då ett barn kommer till daghemmet med en ny leksak. Plötsligt vill alla barnen ha en likadan, enbart för att ett av barnen har en sådan. Spänningen i begäret uppstår i att vilja ha det som ett annat barn dras till. Då hen tappar intresset för leksaken går också det egna begäret upp i rök. Det här exemplet beskriver ett beteende, men saknar de betydelse som åtrån efter smalhet kan få i ett fall då den leder till att en person insjuknar i anorexi. Det mimetiska begäret kan uttrycka hur vi genom att efterlikna varandra vill uppnå social status, popularitet med mera.

Att tävlanen kan spåra ur beror på att det egna självet inte duger i ens egna ögon:

Det mimetiska begäret riktar sig mot den perfekta slankheten hos en fullkomlig varelse vars strålgång i vår fantasi inkarneras i någon annan, men som vi aldrig själva lyckas bli, åtminstone inte i våra egna ögon. Att förstå begäret är att förstå att dess självcentrering är oskiljaktig från dess uppgående i den andre. Stoikerna säger att vi borde ta tillflykt till oss själva, men det bulimiska jaget är obeboeligt, något som Augustinus och Pascal upptäckte för länge sedan. Så länge vi inte har ett mål värdigt vår tomhet, kommer vi att ta efter de andras tomhet och ständigt återskapa det helvete vi försöker undkomma.<sup>447</sup>

På grund av den egna dåliga självkänslan och självföraktet, avundas man någon så våldsamt att man vill identifiera sig med personen, smälta samman med hen. Men i samma ögonblick som man försöker efterlikna någon förvandlas den andra till en rival.<sup>448</sup> Anorektiker är därför, enligt det mimetiska synsättet, styrda av ett begär som urartat i en sjuklig jakt efter den magraste kroppen. Jag skulle säga att Girard väldigt fint sätter ord på hur våldsamt man kan avundas andra kvinnors utseenden.

---

<sup>446</sup> Ibid., s. 107.

<sup>447</sup> Ibid., ss. 94-95.

<sup>448</sup> Se hur Olsson beskriver det mimetiska begäret utifrån Dostojevskijs berättelse *Anteckningar från källarhållet*, ss. 20-24.

Speciellt som ung. Kanske just på grund av den starka kvinnliga objektifieringen?

Det mimetiska, rivaliserande slankhetsbegäret är, påstår Girard, inte heller de kristna kyrkornas verk utan en påföljd av en så kallad mimetisk process – nämligen att vi har gjort oss av med religionen. Och när vi inte längre behöver en Gud gör vi oss andra och grymmare gudar istället som just skönheten och hälsan, som tvingar oss till en strängare fasta än vad någon religion tidigare har skådat.<sup>449</sup> Men hur kan ett kollektivt magerhetsideal driva unga flickor och kvinnor in i en tävlingsfeber som slungar in dem i en självsvält mer grotesk och ödesdiger än den fasta de forna tidernas askeshelgon bedrev? Även om vår slankhetsfixering är unik och oskiljaktig från individualismen i vårt samhälle, kan man enligt Girard hitta spår av samma slags tävlingsmentalitet också i andra kulturer. Ett sådant antropologiskt exempel är den berömda *potlatchsedn* från nordvästra USA. Hos Kwakiutliindianerna och andra stammar visade de stora hövdingarna sin överlägsenhet genom att ge sina dyrbaraste ägodelar till sina rivaler – de andra stora hövdingarna. De försökte överträffa varandra i sitt förakt för rikedom. Den segrade som gav bort mest och fick minst. Girard skriver att ofantliga rikedomar förstördes genom denna sedvänja att tävla om likgiltigheten för rikedom med prestigen som den verkliga insatsen. Exemplet visar enligt Girard att man kan tävla om allt, också om att kunna avstå. Därför kan man betrakta tävlandet om smalheten i vår kultur som parallell med potlatchgalenskapen. Men i Potlatch offrade man allt för kollektivet medan nutidens människor jämför sig som individer. Individualismen i samhället eggjar upp tävlingsmentaliteten vilket gör att varje umbärande eller njutning kan eskalera och småningom inta horribla och sjukliga dimensioner och resultera i att individen offerar sig själv för ett kollektivt ideal, som vid just anorexin.<sup>450</sup>

Liksom Svenaeus, menar Girard att man kan spåra nutidens smalhetsideal historiskt, åtminstone delvis. Han menar att allt börjar med de mimetiska förebilderna, med de fagra och nobla kvinnorna som bodde i palats. Framförallt med den mest "emblematiska" av dem alla, hustrun till kejsar Frans-Josef, Elisabeth av Österrike, eller Sissi som hon också kallades. Fastbunden i sina kvinnliga roller och ceremoniella förpliktelser blev hon olycklig och försökte genom en speciell kroppstukt finna sig en ny och modern kvinnlig identitet. Tillsammans med kejsarinnan Eugénie, som var hustru till Napoleon III och som också hon var berömd för sin

---

<sup>449</sup> Ibid., ss. 83-98.

<sup>450</sup> Ibid., ss. 98-103.

skönhet, lyckades de förbjuda krinolinen. Detta var ett slags vid underkjol som spände ut kjolen så att den blev klockformad och stod ut från kroppen. Eftersom den ofta var gjord av stålskenor eller rotting stängde den in kvinnornas underkroppar. Det sägs att dessa två kvinnor träffades på en enskild plats och jämförde sina midjor. Girard skriver att denna händelse mycket väl kan ha utgjort startskottet för en tävling dem emellan och eftersom många kvinnor i aristokratin var sysslösa, hade de ingenting bättre att göra än att imitera dessa kejsarinnor i minsta detalj. Efter Sissi och Eugénie utbröt en mimetisk rivalitet som alltid har fortsatt att spridas och intensifieras. Efter första världskriget nådde den medelklassen och efter andra världskriget hade den brett ut sig över alla socialgrupper.<sup>451</sup>

Det finns många bra perspektiv att lyfta fram ur Girards resonemang. En sådan bra infallsvinkel är vilken roll magra modeller och media spelar för flickors syn på sig själva och sina kroppar. Att många flickor och kvinnor efterapar de skönhetsideal som samhället lyfter upp är en sida av vår kultur som det är värt att ta på allvar eftersom unga flickor, som jag skrev tidigare, lever i en värld där deras kroppar ofta jämförs och bedöms efter någon viss idé om kroppslig skönhet och perfektion. Girard har också rätt i att det skapas ett slags begär efter att magra och se bra ut som provocerar fram en tävlingsmentalitet eller rivalitet mellan kvinnor när det gäller utseendet och kroppsformen. Vad Girard inte talar om är att kvinnoidealen i vår kultur är många fler än beundrandet av det magra. Samma begärande och rivaliserande blickar kan nog också riktas mot de kurvigare kvinnoidealen eller de idrottsliga och vältränade kvinnokropparna. Att vi talar om, bedömer och kommenterar flickors och kvinnors kroppar är någonting som präglar hela kulturen, och att också män kan drabbas av kroppscommentarer. Inte heller detta säger Girard någonting om. Han nämner nog om att man också i vardagen talar om magerheten, men han inser inte att det är de många vardagliga kommentarerna om kroppslig skönhet och fulhet, som gör att bilderna får sin starka roll i vår kultur. Efter att jag sagt allt det här måste man också hålla i minnet att alla kvinnor inte nödvändigtvis blir så påverkade av skönhetsfixeringen.

Många tror att våra kulturella skönhetsideal och då främst magerhetsnormen är skadliga enbart för dem som inte själva anser att de når upp till dem. Jag menar istället att den upptrappade skönhetsfixeringen i vårt samhälle, är någonting som kan drabba alla kvinnor, men också män oberoende av utseende, även de som av andra

---

<sup>451</sup> Ibid., 103-109.

anses vara vackra. Många flickor och kvinnor vill vara vackra och attraktiva eftersom det kan ge en viss status då man beundrar kvinnlig skönhet så mycket. Eftersom kvinnor har haft en undertryckt roll kulturhistoriskt har utseendet fått en väldigt stor betydelse. För många män är det ofta också det sociala som ger dem attraktion. Fredrickson & Roberts understryker att man har gjort empiriska undersökningar där det framkommit att smala och vackra kvinnor får det lättare i livet genom att de bland annat lättare än överviktiga kvinnor, undviker diskriminering på arbetsplatser och har ett större urval av kärlekspartners.<sup>452</sup> Också Svenaeus påpekar att det finns empiriska studier som visar att övervikt kan leda till diskriminering på arbetsmarknaden då fetman medför en 83 procents mindre chans att få ett jobb även om man skulle ha samma meriter som de andra sökande.<sup>453</sup>

Det är rätt så klart att fysisk skönhet och attraktion kan leda till ett större urval av sexuella relationer och kärleksförhållanden, men det som dessa studier inte mäter, inte heller när det gäller någons arbetssituation, är själva *livskvaliteten* på lång sikt. Fysisk attraktivitet leder inte nödvändigtvis till att någon har lätt för att bli förälskad eller till att ett förhållande fungerar väl sexuellt eller själsligt. Dessutom finns det nuförtiden, framförallt många rejält överviktiga män, som har haft det lätt för att ta sig fram i sin yrkeskarriär. Ibland får man nästan intrycket av att de kan dra nytta av fetman i sin yrkesroll, som till exempel när en ståuppkomiker skämtar tryggt om sin egen övervikt. Ibland undrar man om vissa empiriska undersökningar är spegelbilder av människors svaghet för enkla förklaringsmodeller av mänskligt liv.

Det finns många fördelar med att vara fysiskt attraktiv, men i praktiken är skönhet och attraktion, någonting som en person kan bli tvungen att lära sig att hantera efterhand i livet, lite på samma sätt som ett fysiskt handikapp. Liksom fysiska handikapp är även skönheten någonting som väcker uppmärksamhet och tankar om själva personen hos människor. Förutom att vackra och attraktiva kvinnor ofta kan uppfattas som dummare och mer talanglösa än de är både av kvinnor och av män, riskerar de ofta att misstolkas. Attraktiva kvinnor kan bland annat lättare än andra uppfattas som flirtiga och förföriska. Att det finns sådana sociala normer kring kvinnlig attraktion kan göra det svårare för många kvinnor att vara socialt öppna. Lågstadieflickor klär sig nuförtiden väldigt kvinnligt ibland och börjar använda smink tidigt. Att de så obehindrat kan göra det, beror på att de ännu är ganska omedvetna om

---

<sup>452</sup> Fredrickson & Roberts, s. 178.

<sup>453</sup> Svenaeus (2013), s. 109.

vad skönhet, attraktion och kvinnlighet kan innebära i en vuxen kvinnas liv. Den här moraliskt-existentiella dimensionen av att vara vad samhället talar om som en vacker kvinna och hur rivaliteten påverkar den personens tillvaro kommer fram i min intervju med Katja:

Intervjuaren: Vad skulle du säga har varit det *allra* värsta för dig med att vara snygg? Att riskera att gömmas bakom ytan, eller är det någonting annat?

Katja: I mitt fall är det att jag har så svårt med kvinnor. Det är *mitt* största problem. Med män är det inte ett problem. Jag har aldrig haft svårt med att lära känna män eller att ha män som vänner.

Intervjuaren: Leder det till en slags ensamhet och vänlöshet?

Katja: Jo. Och att folk kan vara elaka mot en på ett helt annat sätt. Kvinnor. Jag har jättedåligt självförtroende med kvinnor. För i en grupp med kvinnor så tror jag att alla hatar mig. Jag utgår från att alla hatar mig, sedan om det finns någon där som tycker om mig så är det ett plus. På den utbildningen som jag gick så där fanns det två. En startade jag mitt företag med och en tycker om mig, men alla andra vet jag att de öppet hatar mig. Så, det är trist tycker jag.

Många motstridiga skönhetsideal i media och i populärkulturen som stimulerar det visuella, magerhetshetsen, en stark rivalitet mellan unga flickor och kvinnor i allmänhet och en kroppskommenterande kultur kan säkert driva på en utveckling där flickor kan reagera med anorexi. Men som också Girard är medveten om, leder det här ändå inte till att *alla* unga flickor insjuknar i en ätstörning även om vi lever under samma kulturella omständigheter. Vad beror detta på? Här menar Girard att vi alla har en starkare eller svagare fallenhet för att rivalisera, men de flickor som insjuknar vill vara bäst i klassen. Samma rivaliserande benägenhet hittar man också i finansvärlden, men då kallar man det inte för en sjukdom eftersom följderna inte blir lika synliga och katastrofala.<sup>454</sup>

Här är Girards svar problematiskt, eftersom hans mimetiska teori var tänkt att rikta blicken mot kulturen, bort från det personliga och från dunkelheten i de psykoanalytiska förklaringarna. Säger man att vissa flickor är mer mimetiskt rivaliserande än andra och att de därför utvecklar anorexi, skapar man återigen vissa moraliska föreställningar om den sjuka. Den psykiatriska eller psykologiska uppmärksamheten

---

<sup>454</sup> Girard, ss. 149-150.

riktas mot personen igen och mot familjen, och inte på ett tillräckligt öppet sätt. Däremot tror jag att man kan säga att den mimetiska teorin beskriver många aspekter av den anorektiska sjukdomens karaktär, alltså hur en person fungerar när hen väl har insjuknat. För då stannar livet upp och allt kommer att kretsa kring ett mimetiskt, rivaliserande begär efter att vara mager. Även om Girards mimetiska teori inte håller, har den en positiv effekt; intresset riktas utåt och bort från de psykoanalytiska tankemodellerna. Jag vill inte säga att psykoanalytiska teorier inte kan vara betydelsefulla, eller att de inte kan hjälpa någon med anorexi, utan bara konstatera att det också behövs andra och mer utåtriktade förståelser av anorexin.

### 8.3 Den mångtydiga sjukdomsupplevelsen

Man bör vara uppmärksam på att den anorektiska inte är så uppslukad av sin sjukdom som man kan tro. Ofta beskriver man den anorektiska som att hen inte vill bli frisk, att hen helt saknar sjukdomsinsikt och att hen är tillfreds i sin anorektiska värld. Mina intervjuer med framförallt Elin och Maria indikerar hur dubbelbottnad anorexin som sjukdom är. Under ett av sina svåraste ångestfall drivs Elin till att dricka propplösarvätska i familjens badrum och mister nära nog sitt liv. Självordsrisken finns ofta närvarande vid ätstörningar. Också Maria var hårt utsatt:

När jag en kväll låg på sjukhuset och jag hade en så låg puls att maskinen larmade hela tiden, den kvällen vågade jag inte somna i rädsla för att jag inte skulle vakna upp igen. Då insåg jag att jag var sjuk och behövde hjälp och ville ha hjälp för att ta mig ur det. Jag ville ju inte dö.

Sjukdomen som sådan kan driva anorektiker till extrem självsvalt, kroppslig utmärgling och slutligen till döden, men trots det finns det ändå en plats inom dem som längtar bort från alla tvångstankar, depression och ångest. Det är viktigt att minnas. Maria säger:

Jag tyckte det var skönt att få en diagnos. För jag kände att: "Är det faktiskt så här det ska vara – ska man leva så här?". Och att: "Jag är ju inte riktigt som alla andra". Så ändå tyckte jag någonstans att det var skönt att få en diagnos. Jag tänkte: "jag har faktiskt det". Så det var liksom så där lite pendlande emellanåt vad man tyckte. Och beroende på vilken dag, och hur mycket man orkade den dagen och



hur mycket med man var i tanken. För dagarna pendlar ju mycket. En dag var det så här: "Nej, nej, nej, jag är inte sjuk!" och så andra dagen: "Jo, men jag är sjuk och jag vill ta mig ur det här!". Det svängde väldigt mycket där emellan

Även Elin beskriver anorexins mångtydighet som sjukdomsupplevelse. Hon började experimentera med bantning när hon gick i sjätte klassen i lågstadiet. Eftersom hon rasade i vikt ganska snabbt blev hon skickad till skolläkaren som bedömde att läget inte var så allvarligt. Elin blev rädd för att hon inte skulle bli tagen på allvar vid ätstörningsenheten och började banta ännu mer för att hon skulle ses som sjuk. Men samtidigt ville hon ändå inte att någon skulle reagera:

Intervjuaren: Om du ännu ser tillbaks på den tiden när du fick din diagnos, så vad tänkte du om den då?

Elin: Jag visste inte så mycket om vad anorexi är. Det första jag gjorde när jag fick diagnosen, är att jag läste på. "Vad är det här egentligen?". Jag tänkte nog inte så mycket, jag undrade mest vad det här är. Och sedan när jag såg vilka kriterier och symptom man måste ha så började jag försöka pricka av vilka symptom jag hade. Vilka uppfyller jag och vilka uppfyller jag inte.

Intervjuaren: Läste du på om vilka diagnoskriterierna är för anorexi?

Elin: Jo, jag skulle uppfylla allting. Jag tänkte att jag ska bli den som är mest sjuk. Så det blev så för mig att jag tänkte att ifall jag nu har den här diagnosen så måste jag se till att jag verkligen uppfyller den också. För jag blev så rädd när skolläkaren sa till mig att det här inte är så farligt, men att jag ska skickas till ätstörningsenheten ändå. Då tänkte jag att jag kommer att komma dit och att de kommer att säga att jag nog inte är sjuk. Så därför svängde det. Jag tänkte att jag måste bevisa att jag är sjuk. För jag mådde dåligt då och jag förstod inte riktigt varför jag mådde så dåligt. Även om jag hade börjat fundera på om jag hade ett bra förhållande till mat och till hur jag rörde på mig. Och jag hade börjat fundera på vad det här egentligen handlar om eftersom jag ändå var så ung. Hela karusellen började ju när jag var 12 år. Jag var inte så gammal.

Intervjuaren: Var det just för att du var rädd för att de på ätstörningsenheten inte skulle ta dig på allvar, att de inte skulle tro på att du verkligen var sjuk som du kände att du var tvungen att bevisa för dem att du var sjuk?

Elin: Jag var livrädd för att ingen skulle ta en på allvar. Samtidigt ville jag inte att någon skulle reagera heller. Det var tudelat. Men jag var nog ganska trött på att ha ett dagligt krig i huvudet som ingen visste om. Någonstans ville jag nog ha hjälp även fast jag inte var mottaglig för det.

Som helhet håller inte den mimetiska teorin som en kulturell/historisk förklaring av varför flickor och kvinnor insjuknar i ätstörningar. Den beaktar inte alls individualiteten hos dem som insjuknar. Vissa flickor insjuknar väldigt tidigt, kanske redan i en ålder där de inte är så påverkade av skadliga kvinnobilder. I Elins fall ansåg man att ett posttraumatiskt stressyndrom, som var anknuten till föräldrarnas skilsmässa, var roten till hennes sjukdom. För vissa kvinnor kan magerhetsidealet och andra skönhetsideal, tillsammans med andra orsaksfaktorer, vara centrala för varför de har reagerat med att bli sjuka. Katja är ett bra exempel på detta. Hon var, på ett helt annat sätt än de andra, utsatt för skönhetskulturens tryck eftersom hon var så bedömd och kommenterad. Teorin förbiser också att begreppet kultur är svåröverskådligt eftersom skönhetsidealen är så komplexa och sinsemellan ganska motstridiga. Det är många idrottare som blir sjuka i anorexi. Inom idrotten hör kroppsidealen samman med begrepp som styrka, hälsa och träning. Det är en stark, tränad och hälsosam kropp man är ute efter. Hanna (23), som var elitidrottare när hon insjuknade,<sup>455</sup> hennes ideal var Marit Björgen som framstår som en grekisk hälsogudinna i jämförelse med Kate Moss magra, "heroin chica" look som blev populär under 1990-talet och som var förenad med drogmissbruk. Man bör också minnas att ätstörningar är uppbyggda av många komponenter: de biologiska och de psykologiska varav de kulturella skönhetsidealen bara utgör *en* sådan sida. Den kulturella andelen kan säkert variera beroende på individen. Teorin beaktar inte heller transsexuella och manliga perspektiv på ätstörningar. Därutöver kan man säga att Girards teori vilar på ett ytterst spekulativt påstående om att anorexins föregångare skulle hittas hos de två kejsarinnorna Sissi och Eugénie. Mer realistiskt än att förlägga anorexins uppkomst vid en given tidpunkt och hos två historiska kvinnor är att tänka att anorektiska beteenden som all annan psykiatrisk sjuklighet, säkert kan ha förekommit långt tillbaks i tiden men gömmts undan i familjerna. Det är också sannolikt att man genom tiderna, utgående från ens livsåskådning, har kunnat

---

<sup>455</sup> Se Hannas intervju.

använda andra begrepp för olika former av självsvält och därför också hanterat det på andra sätt.

Rebeckas fall visar att ätstörningar för många unga kvinnor kan handla om att hitta sig själva, sin personliga identitet på ett bättre sätt. Här menar jag att det inte så mycket handlar om själva skönhetsidealen i kulturen utan mer om samhället och kulturen som helhet, alltså om själva livsstilen. Det kan vara svårt att växa upp idag eftersom man ganska tidigt tvingas välja vad man ska satsa på i livet och det kan ge obehag och ångest. Rebeckas pappa Roger talar om anorexin som en ångesthantering:

Intervjuaren: Vi ska prata mer om vården litet senare, därför tror jag vi ännu funderar litet på själva diagnosen. Om du tänker på den erfarenhet du som förälder har om anorexi så vad är anorexi för dig?

Roger: Jag skulle säga att det är en psykisk sjukdom som handlar om ett slags ångesthantering med ätandet. Det är en psykisk sjukdom där man väljer att hantera ångesten med sitt ätande och så blir det en negativ spiral av det för man får mera ångest och man blir mer deprimerad. Det är ångesthantering som är det som har sparat ur. Min pappa var alkoholist och på något vis så är det litet samma sak det här med missbruk och anorexi i och med att det också är mycket kopplat till ångest, tror jag.

Intervjuaren: Så, alkoholisten och anorektikern, de har det gemensamt att de försöker kontrollera sin ångest helt enkelt?

Roger: Jo, jag skulle säga det. Det handlar om att hantera eller kontrollera sin ångest genom någonting mera fysiskt som mat eller sprit eller någonting. Och det är ju så att en människa som får ett dåligt mående så försöker alltid först att alltid sköta det själv. Hur ska jag överleva och klara min vardag, hur ska jag leva mitt liv – jo, just på det här sättet. Och det hjälper ju i början men sedan får det ju mera negativa konsekvenser. Och just drickandet får en massa negativa konsekvenser och att man missköter maten får också negativa konsekvenser som blir fysiska också, inte bara psykiska. Om man tänker att både alkoholister och anorektiker drabbas av det som de gör.

När jag frågar Rebecka hur hon uppfattar anorexin svarar hon så här:

Det är en svår psykisk sjukdom som går ut på att kontrollera sin ångest genom att dra ner på maten och träna mycket och ofta och träningen blir ofta tvångsmässig. Och ja, man gör allt för att kontrollera kroppen för då känner man att man får kontroll över någonting i livet. Känslan av att ha kontroll över sin kropp ger en kort positiv känsla och man känner sig bra och lugn trots att det finns mycket annat i livet som man känner att man inte kan kontrollera, vilket iallafall jag kände mycket obehag och mädde dåligt över. Ja, det är ett sätt att hantera sin ångest.

Rogers och Rebeckas syn på ätstörningar som en slags ångesthantering stämmer väl överens med hur många kliniskt verksamma psykologer och psykiatriker ser på ätstörningar idag. Det finns helt enkelt inga enkla orsaksförklaringar som kan tillämpas på alla ätstörningsfall. Men det verkar som om man nuförtiden gärna ser genetiken som en delförklaring till att någon insjuknar och man talar gärna om en sociokulturell sårbarhet, benägenhet för depression och en oförmåga att stå ut med ångest.<sup>456</sup> Forskaren i utvecklingspsykologi Rasmus Isomaa menar i sin doktorsavhandling *Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence*, att bantning på grund av nedstämdhet och en ogrundad, diffus känsla av att vara för fet ökar risken 15-faldigt för att insjukna i en ätstörning.<sup>457</sup>

Men kan vår kultur orsaka anorexi och ätstörningar ungefär på samma sätt som ett virus kan orsaka en fysisk sjukdom, som en kausal effekt? Även om vi blir angripna av ett virus kan sjukdomseffekten se olika ut beroende på vem det är som insjuknar. Vid samma typ av cancer kan någon dö medan någon annan kan klara sig. Vi reagerar olika på miljön också vid förkylningar eller andra fysiska sjukdomar. Till exempel så kan vissa sova under ett vidöppet fönster på sommaren utan att få några problem medan någon annan kommer att ha ont i halsen eller vara förkyld. Det finns en individuell skillnad i hur lätt vi blir sjuka och hur vi hanterar sjukdomen eller drabbas av den, både vid fysiska sjukdomar men också vid psykiska. Kulturen kan inte i samma mening som när ett bakterieangrepp orsakar halsfluss, sägas orsaka ätstörningar, för i så fall skulle alla kvinnor bli sjuka. Men när någon blir sjuk i anorexi kan det betraktas som individens sätt att *reagera* på sin omgivning i vid mening. Så som den personen har upplevt, tolkat och påverkats av alla händelser i hens bakgrund, biologiskt och psykologiskt, reagerar hen på de kulturella

---

<sup>456</sup> Se hur DSM-5 beskriver riskfaktorerna för att insjukna i anorexi, s. 342.

<sup>457</sup> R. Isomaa: *Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence* (Åbo: Uniprint, 2011), s. 4.

omständigheterna runtomkring, med allt vad det betyder att ha vänner eller ha svårt med vänner, att gå i skola, att hitta sig själv som människa eller kvinna, att veta vad man vill med livet och så vidare. Man kan alltså inte förstå anorexibegreppet utgående från en enskild händelse, till exempel att någon har varit nedstämd och därför utvecklat en ätstörning. För att bättre förstå hur en ätstörning kan betraktas som en ångesthantering måste anorexin sättas i förhållande till den historia som den insjuknade har att berätta. Som författaren Siri Hustvedt påpekar i boken *Den skakande kvinnan*,<sup>458</sup> har alla patienter sin berättelse och berättelsen är: "en nödvändig del av *betydelsen* av deras sjukdomar."<sup>459</sup> Hustvedt menar att detta stämmer in i synnerhet på de psykiatriska patienterna. Också i mina intervjuades berättelser ser man hur livsberättelsen lindas in i sjukdomen så att de nästan blir svåra att skilja åt.

#### **8.4 De etiska begreppens betydelse för tillfrisknandet; lyhört lyssnande, närvaro, tålmod, värme och tillit**

Någonting som är mycket spännande med att göra djupintervjuer är att personen man intervjuar plötsligt kan säga någonting som man är helt oförberedd på. Rätt som det är får man en beskrivning på en upplevelse, ett nytt begrepp eller en tanke som inte slagit en förut. Men det kan också vara att personen har en annan syn på någon fråga än man själv har. Att i den stunden kunna reagera på den intervjuade på ett vettigt sätt och med de rätta orden, så att personen *vill* fortsätta sin berättelse på ett öppet sätt, är inte alltid så enkelt. Min intervju med Katja blev personlig eftersom hon i ett tidigt skede så uppriktigt beskrev för mig vilka problem hon hade haft med att växa upp och bli en "kvinnlig" kvinna. Intervjun med Katja var den sista intervjun jag gjorde och jag hade då hunnit skaffa mig mer trygghet som intervjuare. Som ett experiment använde jag mig mer av mina egna erfarenheter och av min personlighet då jag ställde mina frågor än vad jag hade gjort i mina föregående intervjuer. Där hade jag varit mån om att alltid försöka ställa så öppna frågor som möjligt även om det, som jag sade i introduktionen, inte alltid lyckades så bra som jag hade hoppats. I intervjun med Katja ser man att hon, trots att frågorna inte är så öppna ställda, ändå svarar självständigt och ärligt.

Katjas berättelse ger inte bara en bättre förståelse av vad det betyder att vara sjuk. Man förstår också bättre vad det innebär för

---

<sup>458</sup> S. Hustvedt: *Den skakande kvinnan* (Stockholm: Norstedts 2009).

<sup>459</sup> *Ibid.*, s. 42.

kvinnors självbilder att växa upp i en kultur där man aldrig i vardagen diskuterar skönhetsideal, kvinnlighet och kvinnlig sexualitet riktigt på djupet. Katja beskriver sin kropp som en opassande "bimbokropp" efter att jag ställt henne några frågor om hur hon upplevde sin kropp när hon var sjuk:

Intervjuaren: Så, när du såg dig själv i spegeln, såg du dig själv som stor?

Katja: Jag har aldrig sett mig som fet, det har jag aldrig sett mig som. Men jag såg mig som att jag skulle ha varit kanske 15 kilo tyngre än vad jag var. Som att jag skulle ha sett normal ut. Men jag *kände* mig stor. Vad jag såg i spegeln var inte en fet människa, det var hur jag *kände* mig, jag *kände* mig stor. Lång och större än alla andra.

Intervjuaren: Så för dig var det egentligen ett större problem det här med hur man *upplever* och *känner* av sin kropp och sig själv än vad du såg i spegeln.

Katja: Jo.

Intervjuaren: Såg du att dina revben stack ut när du såg dig själv i spegeln?

Katja: Nej, det såg jag inte.

Intervjuaren: Och inte heller säkert att axlarna började sticka ut?

Katja: Nej. Det kunde jag se på bild. Att aj, har jag faktiskt nästan lika smala lår som vader. Det såg jag först på bild. Jag tyckte att det var konstigt, att hur kan jag se ut så där på bild men inte i verkligheten tänkte jag?

Intervjuaren: Fick du panikångest av just den här *känslan* av att du var stor?

Katja: Inte panikångest, men ångest, jo. Jag tyckte att det var fruktansvärt jobbigt.

Intervjuaren: Kände du dig ful samtidigt?

Katja: Nej, jag *kände* mig inte direkt ful heller, jag har aldrig känt mig ful. Jag har alltid känt mig ganska vacker. Men jag har kunnat

ha dagar där jag har känt att idag har jag en ful dag. Men det tror jag alla kan ha. Men jag har aldrig känt mig ful, nej.

Intervjuaren: Men det var mera den här *upplevelsen* av dig själv att du är stor och att du är lång, det var den känslan du inte tyckte om?

Katja: Jo, och efter att jag fick former så har jag alltid tyckt att jag har en – jag kände mig så "karlaktig" ibland. Och så där att jag tar ganska mycket plats och jag känner mig inte blyg och jag känner mig så där "redig"<sup>460</sup> på något sätt. Men jag tycker att jag har en "bimbokropp". Stora bröst och en *bimbokropp* och det tyckte jag att inte passar.

Intervjuaren: Vad menar du med passar inte? Menar du att bimbokroppen inte passar till din personlighet? Att du inte upplever dig som person som en sådan *kvinna* som har en sådan kropp? Typ någonting sådant då?

Katja: Exakt.

Intervjuaren: I den terapin som du har gått i, har du fått diskutera igenom det här med hur du upplever dig själv kroppsligt? Har du fått perspektiv på det här med hur man som kvinna kan acceptera sin kropp som den är och förena den med hur man är som person? Har din psykolog gett dig några verktyg för hur du kan hantera din kvinnlighet?

Katja: Nej, faktiskt inte.

Intervjuaren: Nå, det är ju ganska intressant.

Katja: Jo. Nej, det har jag inte fått alls. Vi har ju nog absolut talat om hur det känns för mig. Men inte har jag fått några verktyg, det har bara varit att jaha, det är så du känner. Men inte något desto mera än det.

Intervjuaren: Tror du att det skulle ha varit bra att få perspektiv på det, att det skulle ha kunnat ge dig någonting?

Katja: Jo, nog tror jag det. Nog tror jag det. Hmm, jag vet faktiskt inte, det är ganska intressant. Men, jo, alltså inte har jag ju vetat hur jag ska – jag har ju inte fått några verktyg för hur jag ska tänka med

---

<sup>460</sup> Ordet "redig" uttalas med ett kort "e" och används inom olika finlandssvenska dialekter och betyder ungefär "rejäl" eller "präktig".

det egentligen. Den här psykologen som jag hade var klantig på ett sätt. Hon hade många bra sidor men just med sådana här saker så var hon ganska – hon kunde t.ex. ofta påpeka det här med att hon tyckte att jag var snygg. Eller att hon ibland kunde fokusera på det yttre: "Jamen, inte behöver du tänka på det, du är ju jättesnygg!". Och att: "Du behöver ju *absolut* inte...". Alltså, att jag ska ha den där skammen att jamen, *jag* tycker, nu är det ju *jag* som tycker så här. Det spelar ingen roll vad hon som sitter mitt emot mig sitter och tänker. Det är ju inte det som är grejen utan det är ju hur *jag* upplever mig själv som är det centrala och viktiga.

Intervjuaren: Menar du att det blev svårt för dig att säga hur du faktiskt upplever dig själv och din kropp, just för att du ser så bra ut?

Katja: Jo, jag fick kanske den där känslan av att nu måste jag be om ursäkt, förlåt nu för att jag upplever mig så här. Men att det blev litet så jo, de gångerna vi har talat om det.

Genom silikonbrösten och botoxläpparna har plastikkirurgin gjort det möjligt att vara anorektiskt mager och yppig samtidigt. Även om det finns kvinnor som klarar det här av naturen kan skönhetskriterierna att vara anorektiskt mager och samtidigt ha kvar formerna vara ouppnåeliga för många kvinnor. Plastikkirurgins möjligheter med silikonimplantat och botoxläppar har tillfört populärkulturen en sexualiserad och objektifierad kvinnotyp som är förbunden med en så kallad "bimbolook". Eller dessa kvinnor har något av vad man traditionellt har talat om som ett "dum blondin"-utseende. Man använder ofta begreppen dum blondin eller bimbo om kvinnor med barbieaktiga ansikten, långt blont hår och kurviga kroppar. Man förbinder deras karaktärer med hur de ser ut och man ser dem som dumma, ytliga och fåfänga. I vardagen använder man ordet "bimbo" ofta om kvinnor när man vill fördumma dem på olika sätt. Men begreppet kan också användas om män. Samma sätt att förlöjliga män finns också om man tänker på att bodybuilding också är förknippat med dumhet och fåfänga. Men att man gör sig lustig över kvinnor med ett visst utseende är mera socialt godtagbart och utbrett.

Katjas exempel visar att samtidigt som vår kultur är rätt så sexualiserad i den meningen att det till exempel är vissa slags kvinnor som lättare blir objektifierade och kvinnor ofta fotograferas lättklädda i media, så har vi ändå kulturella svårigheter med att hantera sexualitet. Å ena sidan är det kvinnan som ofta beskrivs som den erotiska, den som ska väcka åtrå men samtidigt kan det vara svårt att ge den attraktiva kvinnan samma respektfulla bemötande som man ger en man. Den



attraktiva eller "erotiska" kvinnan är samtidigt väldigt begränsad: hon ska väcka lust men får inte visa att hon åtrår på samma sätt som män. Att växa upp kan ibland innebära att tidigt lära sig könsstereotypa sexualmönster och inse att man kroppsligen har utvecklats till vad kulturen efter Marilyn Monroe, Brigitte Bardot eller Pamela Andersson kallar för en "bimbo". När Katja beskriver sin kropp som en "bimbokropp" och att det inte "passar" uttrycker hon samtidigt att hon vet vad hon har utvecklats till i kulturens ögon och utan att ha valt det själv. Hon är medveten om vilken syn kulturen har på kvinnlighet och kvinnlig sexualitet eftersom hon vet vad *användningen* av bimbobegreppet uttrycker för en kvinnosyn i olika sammanhang.

Det intressanta med intervjuartiet ovan är att även om jag som intervjuare hade svårt att sätta de rätta orden på den här renodlade *kvinnliga* eller *feminina* upplevelsen som Katja beskriver när hon säger att hon kände sig för "redig" eller "rejäl" för att ha en "bimbokropp", så visste jag ändå instinktivt vad hon menade. När jag reagerade på hennes beskrivning med att fråga henne om hon inte upplever sig som en *sådan* kvinna med en *sådan* kropp, var det en ganska otymplig formulering. Men Katja bekräftar mig genom att svara "exakt" vilket gjorde att jag tryggt kunde fortsätta med min förståelse av henne. Det här visar att man inte behöver uttrycka sig korrekt för att man ska kunna förstå vad någon menar i ett visst sammanhang. Genom att vi visste hur man i vardagliga situationer brukar tala om män och kvinnor och om deras kroppar kunde vi formulera en *gemensam* kvinnlig erfarenhet av strukturellt ojämlika sexual- och genusbeteenden i vår kultur. Från den här synvinkeln beskriver begreppet bimbokropp väldigt bra upplevelser av orättvisa och förtryck från ett kvinnligt erfarenhetsområde.

de Beauvoirs *Det andra könet* är en detaljrik skildring av alla de sätt som flickor uppfostras in i att bli och uppleva sig själva som underlägsna män, från tidig barndom till ålderdom. På 1990-talet inspirerades några forskare av feministisk teori och tog fram queerbegreppet, vilket kan förstås som en kritik mot en normerande heterosexualitet.<sup>461</sup> Queerteorin hjälper en att kunna se bortom könsdikotomier och därmed uppnå en mer nyanserad bild av genus och kön. Det finns som genusvetaren Fanny Ambjörnsson konstaterar inget normalt sätt att vara en sexuell kvinna eller man på.<sup>462</sup> Man har i samhället börjat se och tala också om de människor som inte passar in i en normerande heterosexualitet. Jag anser att alla dessa feministiska och

---

<sup>461</sup> F. Ambjörnsson: *Vad är queer?* (Stockholm: Natur och Kultur, 2006), ss. 7-38.

<sup>462</sup> *Ibid.*, s. 9.

samhällsmoraliska framsteg inte står i strid med de Beauvoirs idéer och hennes strävan att lyfta upp förtryck i dagsljuset. Om man kan bortse från att hon ofta generaliserar i och med att hon ofta talar om kvinnor som om *alla* skulle uppleva och reagera likadant på ett kvinnligt förtryck liksom hon också generaliserar män har hennes feminism fortfarande en aktualitet. Hennes styrka består bland annat i att hon lyfter fram att man har moraliserat kring den kvinnliga sexualiteten genom historien. Hon betonar att en förvriden sexual-syn, tillsammans med en förtryckande uppfostran och den sexuella objektifieringen av kvinnor, passiverar henne.

## 8.5 Att lyssna bortom teorierna

På grund av att biologiska könsidentiteter länge har ifrågasatts och man har lärt sig att tänka bredare på kön, kan det kanske ligga nära tillhands att förena Katjas kroppsliga förargelse över sin bimbokropp med det missnöje som till exempel transsexuella kan känna inför sin kropp. Men Katja hör inte till gruppen transpersoner, hennes problem hör till det "traditionellt" kvinnliga området. För att bättre kunna förstå varför Katja upplever sin kropp som obekvämt och opassande kommer jag därför att återvända till några av de Beauvoirs tankegångar om vad den kvinnliga objektifieringen får för följder. Det är när hon beskriver kvinnans moraliska problem med att acceptera sig själv som lika sexuellt drivande och energirik som mannen som hon tangerar den upplevelse som Katja beskriver i min intervju. de Beauvoir skriver:

I samma stund som den unga flickan vigs åt "renhet" och oskuld upptäcker hon inom sig och i sin omgivning könets oroande mysterier. Man vill ha henne vit som hermelin, genomskinlig som kristall, man klär henne i luftig organdi, tapetserar hennes rum i karamellfärger, sänker rösten när hon närmar sig, förbjuder henne skabrös litteratur. Men den oskuld är inte född, som inte hyser "gräsliga" föreställningar och begär inom sig. Hon gör allt för att dölja dem också för sin bästa väninna, och för sig själv. Hon vill bara leva och tänka enligt order. Hennes misstro till sig själv gör henne bakslug, olycklig, hängig och den största svårighet som väntar henne senare är att bekämpa sina hämningar. Men trots alla bortträngningar tycker hon att hon dignar under bördan av dunkla synder. Det är inte bara med skam utan också med samvetskval som hon förvandlas till kvinna.<sup>463</sup>

---

<sup>463</sup> de Beauvoir, s. 195.

Och hon fortsätter:

Ingen uppfostran kan hindra en flicka att bli medveten om sin kropp och drömma om sitt öde. Det mesta man kan uppnå med stränghet är starka bortträngningar som kommer att trycka henne under hela hennes sexuella liv. I stället vore det önskvärt att man lärde henne att acceptera sig själv utan eftergifter och skamkänsla.<sup>464</sup>

Trots att de Beauvoir levde i en tid där man hade en väldigt sträng syn på kvinnlig sexualmoral, finns det något i dessa citat som inte har föräldrars alls och det är att man som väldigt ung kvinna kan känna en ambivalens i förhållandet till sin egen kropp, till sin sexualitet och till vem man förväntas vara som person. Om kvinnor förutsätts vara på ett visst sätt i vår kultur, om man exempelvis belönar passivitet och tillbakadragenhet, hur ska man förhålla sig till en kropp som kräver mycket plats i omgivningen, som drar till sig blickar, leenden och begär? de Beauvoir talar om att det är i ett samhälle där det föreligger orättvisor mellan könen som kvinnan begränsas i sin sexualitet: "den flicka som finner uttrycksmöjligheter i sport, umgänge, intellektuella eller religiösa aktiviteter uppfattar inte sin egenart som ett handikapp och har lätt för att acceptera den."<sup>465</sup>

En del av Katjas problem består i att hon inte förmår kombinera sin personlighet med alla de värderingar som är fogade till hennes kurviga kropp liksom med de värderingar om hur man ska bete sig som kvinna. I hennes fall kan man se hur en nivå eller en dimension av sjukdomsbilden kan handla om att söka sig fram till en kvinnlig, kroppslig identitet som man kan känna sig någorlunda bekväm med i ett samhälle som förutsätter en viss kvinnlig självständighet och frihet. Trots att de empiriska orsakerna till varför Katja hade insjuknat kan ha varit en eller flera, och det är angeläget att utforska också dessa – var det själva kvinnligheten hon också kände ångest över och hade behov av att diskutera. Därför kan man tänka att det behov Katja uttryckte i intervjun om att tala om kvinnligheten, var en konstituerande aspekt av den betydelse anorexin hade för henne.

Katjas fallexempel visar tydligt hur viktigt det är att lyssna fördomsfritt, patientfokuserat och utan att skuldbelägga den som har ätstörningsproblem, för att nå fram till alla de fixeringar i tänkandet som man bör försöka öppna för att kunna ge patienten en mer flexibel syn på

---

<sup>464</sup> Ibid., s. 195.

<sup>465</sup> Ibid., s. 192.

sin personlighet och på sin kropp. Katjas problem belyser även att man inte kan förstå anorexi eller andra ätstörningar som om problemen i första hand handlar om magra modeller, vikt, utseende eller fåfänga. Anorexin har en mycket djupare moralisk-existentiell innebörd för personen än så, men kan också ibland ha en sådan innebörd för hela kulturen. Det är därför det är så angeläget med det *etiska* bemötandet av ätstörningspatienter, att kunna *lyssna in* personen på alla plan. Jag tror det är någonting åt det här hållet som min intervjuade specialist på ätstörningar syftar på när hen säger så här:

Intervjuaren: Är psykiatriska diagnoser som anorexi eller bulimi relaterade till sociala omständigheter?

Läkaren: Du menar att under vissa omständigheter så ökar diagnoser eller vad menar du med relaterade?

Intervjuaren: Jo, jag tänker på hur vårt samhälle ser ut t.ex. med all utseendefixering, om du tror att sådana saker påverkar att man kan insjukna i ätstörningar?

Läkaren: Jo, det tror jag. Och jag tror att alla tider, jag är väldigt intresserad av historia och läser det gärna, och det att vi har ätstörningar idag så har ju att göra med hur vår värld ser ut idag. Skulle vi leva på 1800-talet så skulle det vara några helt andra sjukdomar som skulle vara aktuella. Det finns en antropolog som heter Margaret Mead, hon lever ju inte mera och jag minns att jag var väldigt ung när jag läste hennes böcker från Oceanien, och jag tyckte det var så spännande. Hon har sagt att i tider av stor förändring i ett samhälle så tenderar människan att uttrycka sig via kroppen. Och det är en hemskt spännande tanke. För idag är det ju så att en aspekt är att vi vet att ätstörningar kommer mycket nu i u-länder och i arabvärlden. Och jag hörde en jätteintressant föreläsning en gång, hon var egyptier till bakgrunden men levde i England i London. Hon pratade mycket om att i många kulturer har ätstörningar inte med vikten och kroppen att göra utan mera med identiteten. Att hitta sin identitet om man hemifrån har de här gamla, traditionella, hur man har levt i arabvärlden. Och familjen har kanske flyttat, man är flykting, och nu lever man i en helt annan kultur. Och hur ska man förena det där. Och det där tycker jag att man ser här också. Och det här är ett ganska kontroversiellt ämne, jag har inga vetenskapliga bevis för det, men vi har haft väldigt mycket ätstörningar bland barnen från de här storfamiljerna. Och de lever ju litet i en brytningstid. Hemifrån är deras föräldrar

uppvuxna väldigt strikt – inte TV och inte kjol till skolan och hela det sättet att vara. Och nu har ju världen ändrat. Också laestadianfamiljerna idag lever på ett annat sätt och är mera utsatt för det här. Hur ska du liksom förena det här? Hur ska du leva som kvinna?

Vissa terapeuter har sett anorexin med dess förlust av former och menstruation som ett sätt att göra kroppen mer maskulin.<sup>466</sup> Torvalds skriver att påståendet att flickor insjuknar i anorexi för att de inte vill växa upp och bli kvinnor till och med är en gammal sanning.<sup>467</sup> Om man ser på genus som ett kontinuum med extrem manlighet som den ena ytterligheten och med kvinnligheten på den andra sidan, kan man tänka sig att vissa flickor och kvinnor blir mer "drabbade" av sitt kön än vad andra blir. Jag skulle säga att det visserligen finns en dimension i anorexin och i andra ätstörningar, tillsammans med andra orsaksfaktorer, som har med kvinnlighet och sexualitet att göra men att detta inte behöver gälla för alla som insjuknar. Men det finns skäl för ätstörningsvården att förhålla sig öppet, allvarligt och med ett kritiskt, i meningen feministiskt förhållningssätt till den här typen av problem. Det är etiskt motiverat att vara beredd på att diskutera sådant som bröststorlek och sexualitet om det är det som krävs för att kunna hjälpa. Givet vår kultur skulle antagligen en kritisk syn på skönhet, kvinnlighet och sexualitet säkert kunna vara givande för många unga kvinnor, inte bara inom ätstörningsvården. Vilken form av feminism som bäst fångar in de problem man har förhanden då det gäller kroppsideal och sexualitet är någonting som man kan överväga i varje enskilt fall. En transpersons problem och upplevelser av makt och normer kan se annorlunda ut än en kvinna med ätstörning men ändå kan det finnas utrymme för en feministisk läsning av deras situation. Frågan blir i varje enskilt fall vad det för just den individen kan betyda att vara kvinna, man eller transperson i vårt samhälle idag. Vad det alltså innebär att verkligen lyssna in en anorexipatient är att också kunna lyssna bortom och utanför alla psykologiska och kulturteoretiska förklaringar om orsaker.

Med ett *etiskt* bemötande inom ätstörningsvården vill jag, förutom att lyfta fram lyssnandets och samtalets roll, också tala om begrepp som närvaro, tålmod, värme och tillit. Det är sådana begrepp som är viktiga för vad det innebär att finnas till för någon. Trots att detta är centrala begrepp i en hjälpsam relation, illustrerar mina intervjuer hur

---

<sup>466</sup> Appignanesi, s. 448.

<sup>467</sup> Torvalds, s. 147.

enkla de är att glömmas bort i en vårdstruktur som kräver snabba insatser i form av matscheman och samtal om vikt och om störda ätbeteenden. Bland annat Katja menar att den ätstörningsvård som hon hade fått hade varit för matcentrerad:

Intervjuaren: Hur såg vårdprocessen ut från att du fick diagnosen till att du sedan tillfrisknade? T.ex. hur lång tid tog det?

Katja: Alltså, jag gick ganska exakt ett år på ätstörningspolikliniken. Alltså, det kan nog hända att det kändes så länge innan jag vågade börja följa det där programmet, inte började jag någonsin följa det helt och fullt, för jag tyckte att jag inte klarade av att äta allt det här som de ger åt mig nu, som jag måste äta. Och det tog länge innan jag gick upp i vikt. Då det var som värst så vägde jag 52 och då är jag lång så jag var på en väldigt låg vikt nog. Men jag minns att det var som olika nivåer, att komma upp till 55 kändes jätteskrämmande. Det var det första som var allra värst, 54 vägde jag jättelänge, fast jag åt bra. Sedan när jag fick igång det där att jag skulle äta en banan extra och så fick vi in kvällsmålet. Jag minns inte när jag började äta det, om det skulle ha gått ett halvt år innan jag började äta kvällsmål. Ja, men vad var frågan nu igen?

Intervjuaren: Ja, alltså hur vårdprocessen såg ut tills du tillfrisknade?

Katja: Ja, det var som terapिसamtal bara. Jag for dit och pratade en timme i veckan om hur det har gått den här veckan, vad har du för tankar kring det här. Det här ska du äta och har du kunnat äta det här och bla bla bla. Men jag insåg ganska snabbt att det här inte är mitt huvudproblem. *Mat* är inte det som är mitt problem. Problemet är någonting helt annat. Och det var kanske litet över ett år sedan när jag hade fått in något slag av rutiner för mitt ätande, så insåg jag att den här personen inte riktigt kan hjälpa mig med mitt problem. För det var så mycket fokus på mat hela tiden. Och jag tänkte att om jag kommer hit och pratar om mat varenda vecka, så måste jag ha någonting att tala om. Jag måste ha ett problem för att jag ska kunna gå hit. Jag kommer inte att bli bättre för vi talar *bara* om mat. Så, jag tror att det var jag som föreslog, jag minns inte om det var hon eller jag som föreslog att jag kanske borde gå till en psykolog helt enkelt. Och komma bort från den här fokusen kring mat och försöka reda ut mitt egentliga problem. Eller det som ligger som grund för allting. Så, jag började gå privat till en psykolog, fick ett sådant här B intyg via en privat läkarcentral, och hon har också varit på ätstörningspolikliniken den här psykologen. Så, efter ett år började

jag gå till henne och vi pratade väldigt litet om mat. Hon försökte prata om det men jag försökte att inte prata så mycket om det. Utan jag tänkte att den där maten reder upp sig bara jag reder ut mig själv först.

Intervjuaren: Så du menar alltså att den samtalsterapin du fick på ätstörningsenheten kändes alldeles för mat fokuserad för att hjälpa dig.

Katja: Jo, den var väldigt mat fokuserad.

De många teorierna om anorexi; de biologiska, psykologiska, feministiska eller de andra kulturellrelaterade förklaringarna, vill ur olika utgångspunkter, formulera en generaliserande definition på anorexin. Ofta lyckas dessa teorier säga någonting riktigt om anorexi men misslyckas ändå med att omfatta alla de varierande sammanhang där människor insjuknar. Jag ser på teorierna som så att de kompletterar varandra, de lyckas fånga in olika aspekter av människors erfarenheter. Teoriers anspråk på att försöka formulera någonting allmängiltigt som fångar upp *alla* mänskliga erfarenheter uppfattar jag ändå som en brist hos dem i allmänhet.

Katjas exempel illustrerar hur anorexibegreppet ofta kan vara bundet till det *unika* i en individs situation; den moralisk-existentiella innebörden den har för en person. I anorexivården är såväl ätträning som medicinering ofrånkomligt. Men för att kunna hjälpa på lång sikt är ett etiskt bemötande av patienter minst lika betydelsefullt som instruktioner om hur man ska äta eller medicinering. Begrepp såsom lyhört lyssnande, närvaro, tålmod eller tillit – det är de som förmår öppna upp en patient till att åter vilja äta, till att vilja ta ansvaret för sitt liv. Det är i ett levande och uppmärksamt samtal där lyssnandet naturligtvis har en viktig roll som begreppen jag beskrev ovan får sin etiska innebörd. Patientberättelser och öppna vårdsamtal är viktiga eftersom man då kan få syn på de livssammanhang, de många olika orsakssambanden och de självförståelser, som anorexin är sammanbunden med och som ofta kan hittas någon annanstans än de exempel som de stora kulturteorierna förutsätter.

Oavsett att de Beauvoir kan vara provocerande, finns det ändå värdefulla perspektiv att hämta hos henne, när det gäller förståelsen av hur genuserfarenheter lärs in genom uppfostran och miljön. Till exempel så säger hon att det inte finns någonting biologiskt eller anatomiskt hos kvinnan som automatiskt skulle bestämma henne till att

vara eller bli det vackrare könet och därmed till objektifiering.<sup>468</sup> Som de Beauvoir skriver så finns det ju ingenting nerlagt i den kvinnliga anatomin, som automatiskt skulle bestämma henne till passivitet och till att hon själv gör sig till ett objekt i stället för att som ofta pojkar och män, ta alla chanser i livet och vara aktiv. Att hon således blir *det andra* könet är en följd av miljön. När det gäller just objektifieringen ligger det någonting i det här i och med att det är anmärkningsvärt att manskroppar inte görs till sexuella objekt i lika stor omfattning som kvinnokroppar. Men att objektifieringen av kvinnor kan sägas vara en effekt av miljön och därmed också kan beskrivas som "socialt konstruerad" betyder ju inte att man är tvungen att förneka könskategoriernas existentiella verklighet för människor. Att kvinnlighet *kan* vara ett verkligt problem för många är just vad anorexin i Katjas fall säger oss. Oberoende av om genus har en social sida är den biologiska kroppen någonting som man måste *förhålla* sig till. Mitt arbete handlar inte som sådant som att ta ställning i diskussionerna kring om hur genus konstrueras socialt, utan istället att försöka förstå de upplevelser jag utgår från och de begrepp jag behövt för att formulera mina idéer om inlyssning, vård och hela det etiska perspektiv som den här avhandlingen bygger på. Jag är alltså medveten om att det finns mera att säga om socialkonstruktivism, biologi och kön men hela den problematiken kan jag dessvärre inte behandla här.

Objektifieringen av kvinnor *är* ett verkligt problem så länge den tillsammans med andra faktorer såsom biologiska eller psykologiska, kan ha en del i varför någon kan reagera med att insjukna i en ätstörning. Så länge som objektifieringen tillsammans med andra föreställningar om hur kvinnor ska uppträda och vara, lyckas gömma någons talanger och kunskaper, så länge är den ett problem. Därför är den också någonting att ta på allvar oavsett hur socialt konstruerade begrepp som kön och sexualitet än skulle sägas vara.

Feminism är inget enhetligt begrepp utan består, som sociologen Jane Freedman framhåller,<sup>469</sup> av en skiftande och mångfasetterad samling idéer och handlingar. Det är svårt att definiera vad feminism är utifrån ett antal centrala begrepp, eftersom många av de skilda riktningarna inte bara verkar ligga långt ifrån varandra utan kan vara direkt motstridiga ibland.<sup>470</sup> Ett exempel på hur fragmenterad den samtida feminismen kan bli, är debatten om jämlikhet mellan könen, vad den skulle innebära och *hur* eller *om* den kan uppnås. Denna debatt är

---

<sup>468</sup> de Beauvoir (1995), s. 169-170.

<sup>469</sup> J. Freedman: *Feminism – en introduktion* (Lund: Liber, 2003).

<sup>470</sup> *Ibid.*, ss. 7-8.



central i feministisk analys och diskussion och handlar om huruvida kvinnor skall arbeta för att bli lika män eller om de skall betona sin skillnad från män. Men om kvinnor vill bekräfta sina skillnader, gäller det då de biologiska skillnaderna eller skillnader som beror på sociala och ekonomiska förutsättningar? Enligt Freedman är denna debatt ytterst komplicerad eftersom den väcker så många frågor och har lett till låsta positioner mellan feminister i olika läger. En svårhanterlig omständighet i debatten är även att kvinnors skillnad från män i århundraden har använts för att rättfärdiga diskriminering och utestängning av kvinnor från fullt socialt och politiskt medborgarskap. Freedman konstaterar: "Således riskerar de feminister som framhåller skillnad att det kan se ut som om de stöder den patriarkala utslutningsprocessens teoretiska verktyg."<sup>471</sup> Vad feminister har varit rädda för är alltså att man när man lyfter fram kvinnors erfarenheter, samtidigt förstärker uppfattningarna om köns polaritet, som det från början var tänkt att feminismen skulle utmana. En gemensam grund för alla feminismer är dock, menar Freedman, att man uppmärksammar kvinnors underordnade position i samhället och den diskriminering kvinnor utsätts för på grund av sitt kön. Alla feminister kräver dessutom förändringar i den sociala, ekonomiska, politiska eller kulturella ordningen för att motarbeta kvinnors underläge.

Det var min uppgift att lyssna på mina intervjuade och ta deras erfarenheter om kroppsligheten på allvar, oavsett vilka dessa upplevelser än var och hur väl de platsade in i de olika dagsaktuella teoretiska feministiska diskussionerna om jämlikhet. Katjas upplevelse och problem var att inte veta hur hon utgående från ett heterosexuellt perspektiv, skulle förhålla sig till sin kvinnliga kropp och till sin roll som kvinna. Att jag diskuterar just denna erfarenhet betyder inte att jag inte skulle se värdet med också andra sätt att vara på som kvinna, till exempel att man vill och kan bete sig könsneutralt istället för att vara en "kvinnlig" kvinna. Genom Katjas exempel fick jag syn på hur viktigt ett öppet lyssnande är. Katja identifierade sig som en heterosexuell kvinna men uttryckte ändå en tvetydighet i hur hon upplevde sin kropp i förhållande till hur hon visste att den betraktades och vilka värderingar om henne som person som förknippades med hennes kropp. I den här beskrivningen finns en likhet till de problem som transpersoner kan ge uttryck för. Det öppna lyssnandet binds alltså inte av fördomar, förutfattade meningar, normer och annat som låser ens perspektiv. Ju mer fördomsfritt man lyckas lyssna in vilken människa som helst, desto större

---

<sup>471</sup> Ibid., ss. 17-19.

chans att verkligen få syn på de existentiella problem som gäller någon viss människa.

## 8.6 Berättelsen som en konstituerande del av patientens sjukdomsbild

I mina föregående avsnitt var den centrala idén att man inte kan definiera anorexibegreppet utifrån en enda orsaksteori om anorexi och andra ätstörningar. Genom mina intervjuer illustrerade jag hur anorexibegreppet existentiellt och moraliskt kan ha väldigt olika innebörd för en patient. Genom intervjuerna framträdde begrepp som är bundna till de olika sammanhang som sjukdomen uppstod i. Istället för en biologisk förklaringsmodell där biologiska funktionsbrister anses vara sjukdomens orsak eller de socialkonstruktivistiska idéerna om smalhet och kroppsuppfattning, så fick jag syn på mycket varierande upplevelser. De vanligaste förklaringsmodellerna är alltså inte tillräckliga, kan man säga.

Det finns situationer där ett anorektiskt beteende kan förstås i svårigheten att leva upp till en vanlig kulturell uppfattning om kvinnorollen, medan sjukdomen i ett annat fall är omöjlig att förstå utan att beakta hur en person kan falla mellan könskategorierna. I ett tredje fall kan sjukdomen förstås som en reaktion på en dynamik i familjen, på sorg eller besvikelse. Det gäller alltså att inte fastslå en enda orsak för varje enskilt fall, eller att finna en generaliserande orsaksdefinition för alla sjukdomsfall, utan snarare att försöka beskriva de situationer och begrepp som kommer in i de unika sjukdomsberättelserna.

I avhandlingen har jag beskrivit hur den nutida forskningsdebatten om psykiatriska diagnosers/sjukdomars natur ända sedan 1960 – talet, har tenderat att delas in i två positioner: naturalismen och socialkonstruktivismen. Naturalisterna framhåller att mentala sjukdomar ska förstås i analogi med somatiska sjukdomar, att de är biologiska funktionsfel som inte är beroende av historia och kultur. Socialkonstruktivisterna ifrågasätter att det är möjligt att förklara och avgränsa mentala sjukdomar på ett neutralt och objektiva sätt, från det som är kulturella och samhälleliga problem. Istället för att fastna i valet mellan naturalism och socialkonstruktivism har jag visat hur man kan utveckla en *moralisk* syn på hur mentala sjukdomar kan förstås. Det är genom våra moraliska och ansvarsfulla reaktioner på andra människors lidanden av olika slag som själva idén om att hjälpa och vårda uppstår. Till exempel så reagerar vi inte på en annan människas depression

eftersom vi känner till något om personens kemiska hjärnprocesser. Vi reagerar på att personens tankar och känslor innebär att hen lider, att hen begränsas eller inte upplever mening. Grunden till våra sjukdomsbegrepp och diagnoser ligger i dessa etiska reaktioner.

Inga av de berättelser som de intervjuade gav mig skulle vara begripliga utan den moraliska grund som jag beskriver i min avhandling genom mitt etiska sjukdomsbegrepp. En omsorg, livsförståelse eller en medkänsla för de här människornas utsatthet är grunden för att tala om dem som sjuka. I alla fall har de här personernas liv, mål eller förväntningar satts på undantag. Både den biologiska modellen och socialkonstruktivisten tar, som jag tidigare diskuterat, avstamp i frågan vad *är* en sjukdom? Den fråga jag ställer är: vad *betyder* den för patienten? Frågan om diagnosens mening som löper genom hela min avhandling är i grunden en moralisk fråga, vars början alltså är den reaktion jag beskrivit. Bakom frågan om mening eller betydelse måste man anta en blick som ser den sjuka människan, som känner någon form av omsorg om hen eller uppmärksammar något hos hen. Det finns en mellanmänsklig relation i den här meningsfrågan som skiljer sig från den biologiska positionen som försöker hitta sjukdomarnas grund i biologiska felfunktioner eller från socialkonstruktivismen som ägnar sig åt att blotta maktförhållanden i samhället, kapitalistiska intressen eller motsvarande, som i och för sig också kan drabba en människa. Genom att rikta uppmärksamheten mot de olika meningssamband som diagnosen kan ha, så får man en *bild* av anorexin som skiljer sig från de övriga bilderna. Inte så att jag skulle vilja förneka biologiska sidor i sjukdomen eller maktförhållanden – men de frågorna är inte så fruktbara eller de enda relevanta, för att kunna förstå sjukdomarna, eller för att kunna hjälpa en människa och hennes nära relationer att få kontroll över dem.

Patienternas egna upplevelser ser jag inte som en orsaksförklaring till varför de insjuknade, men nog som en nyckel för att förstå vad sjukdomen gjort med dem och hur den påverkat deras liv och relationer och hur vården kan hjälpa dem vidare. Också brister eller dygder i vården hjälper mig att förstå vad sjukdomen har inneburit i de individuella fallen och får mig att se det fruktlösa i att formulera en enhetlig förklaring. Däremot har diagnoserna många besläktade drag; det närmaste jag kan komma i formuleringsväg påminner om Wittgensteins *familjelikheter*:

Jag kan inte karakterisera dessa likheter bättre än genom ordet "familjelikheter"; ty det är så som de olika likheter, vilka består mellan medlemmarna av en familj, griper in i och korsar varandra:

växt, anletsdrag, ögonfärg, sätt att gå, temperament, etc., etc., - Och jag kommer att säga: 'spelen' bildar en familj.

Och likaså bildar de olika talsorterna en familj. Varför kallar vi någonting för ett "tal"? Väl därför att det har en – direkt – släktskap med en del ting som man hittills kallat tal; och därigenom, kan man säga, erhåller det en indirekt släktskap med annat som vi också benämnt *så*. Och vi utsträcker vårt begrepp tal liksom vi vid spinnandet tvinnar fibrer till fibrer. Och trådens styrka ligger inte i att någon fiber genomlöper hela dess längd utan däri att många fibrer går omlott.

Om emellertid någon skulle säga: "Alltså finns det något gemensamt för alla dessa företeelser – nämligen disjunktionen av alla dessa gemensamma egenskaper" – då skulle jag svara: här leker du bara med ord. Man kunde lika gärna säga: det finns något som löper genom hela tråden – nämligen detta att fibrerna kontinuerligt går om lott.<sup>472</sup>

I *Filosofiska undersökningar* kan man i korthet säga att Wittgenstein diskuterar frågan om på vilket sätt man kan förstå att ord, begrepp eller satser har en mening i ett språk. Han vänder sig emot en bild av språket där man antar att varje ord skulle avbilda någonting bestämt i verkligheten eller så att säga referera till någonting specifikt, till exempel ett objekt. Enligt Wittgenstein är det genom att man från början har ambitionen att definiera ord och begrepp genom att ange vad de refererar till, som ofta ligger som grund för att filosofiska problem uppkommer. Med termen *språkspel*<sup>473</sup> ville Wittgenstein visa att begrepp inte har en fast betydelse utan det är istället hur man använder ett begrepp i en konkret situation eller i något specifikt sammanhang som avslöjar vad man menar.

Jag har visat att socialkonstruktivister och naturalister ofta har utgått från att begreppet sjukdom måste förstås genom en biologisk grund. Genom att visa på hur de personer jag intervjuat har talat om sin sjukdom har jag velat peka på hur en mängd olika begrepp kommer in som ger oss en helt annan bild av diagnosen än den biologiska modellen ger. Också genom att beskriva den etiska reaktionen och hur begrepp som uttrycker ansvar, engagemang, medkänsla och förståelse för en människas situation, har jag i en wittgensteinsk mening velat leda bort blicken från att enbart stirra på sjukdomens biologiska sida. Det verkar finnas en ständig lockelse att tänka sig att våra begrepp måste

---

<sup>472</sup> Wittgenstein, § 67, s. 43.

<sup>473</sup> *Ibid.*, se t.ex. § 1, s. 11-12., § 7, s. 14., § 22-24, ss. 20-22.

representera något bestämt eller fast, både då man talar om sjukdomar men också i andra fall. I ett sammanhang kan till exempel utropet "bra" uttrycka uppskattning, i en annan situation ironi och i ett tredje kunde man förstå utropet som en fråga. Ser man på de här tre situationerna så märker man att "bra" inte har enbart en fastslagen betydelse.

Wittgenstein uppmärksammar hur svårt det är att avgränsa vad som menas med begreppet "spel" genom att visa hur omöjligt det är att hitta en gemensam egenskap för alla de företeelser som vi kallar spel.<sup>474</sup> Vissa spel kan utmärkas av att man kan vinna eller förlora som i schack, bollspel eller kortspel medan andra spel kan ha det gemensamt att de är underhållande så som TV-spel och pussel kan vara. Och andra spel kan ha rollen som tidsfördriv, till exempel enkla spel på mobiltelefonen. Om man fortsätter att jämföra allt som vi kallar spel kommer man att se hur likheter och släktskapsförhållanden dyker upp och försvinner, både i stort som i smått. Man kan se på psykiatriska diagnoser litet på samma sätt som Wittgenstein talar om familjelikheter. Till exempel skulle en anorexi som inte har några symptom eller uttryck i något skede vara omöjlig att förstå. Vissa diagnoser har många gemensamma kännetecken, till exempel leder de till att någon kan förlora sin handlingskraft väldigt genomgripigt och till att relationer påverkas i hög grad så som vid depressioner, bipolär sjukdom eller schizofreni. Andra diagnoser kan leda till att något visst område i livet påverkas ogynnsamt såsom vid dyslexi och social fobi men behöver inte betyda att nära relationer påverkas särskilt mycket. Genom att använda familjelikheter på området psykiatri, ser man hur begrepp kan användas i en utsträckt mening, beroende på vilken kultur det är och hur man här klassificerar diagnoser inom psykiatrin. Det här betyder inte att jag skulle anse att vilket beteende som helst kan benämnas som en sjukdom eller beskrivas under en diagnos. Som jag tidigare har sagt finns det otaliga beteenden och upplevelser som vi aldrig ens skulle komma på tanken med att rubricera under en diagnos.

I min text har jag gjort gällande att den blick som ser en annan människa finns med i vården som en grundläggande del och jag hävdar att också en biologisk utgångspunkt är förenlig med mitt etiska sjukdomsbegrepp. Den etiska blicken är också en grund för de förslag jag ger om på vilket sätt ett etiskt bemötande också kunde omfattas av vården, i den mån frågor om hur en sjukdom upplevs och vad den betyder för patienten och hans närstående är internt förbundna med varandra. Inom sjukvården kommer det etiska in som ett moraliskt

---

<sup>474</sup> Ibid., § 66, ss. 42-43.

bemötande av patienten: att lyssna och diskutera de livsproblem som kommer upp på ett öppet och lyhört sätt. Att man inom vården beaktar teorier om ätstörningar är grundläggande, men att också kunna se förbi dem för att kunna finna de existentiella upplevelser och problem som är unika för individen. Tanken om ett etiskt bemötande av patienter kan förstås som en tillämpning av det etiska sjukdomsbegreppet, som jag har utvecklat i mina tidigare kapitel.

Vidare har jag beskrivit hur olika forskare och författare inom den moderna sjukdoms- och hälsodebatten ofta framställer sjukvården som att den är helt och hållet naturvetenskapligt inriktad. Den vanligaste synen på läkare i dessa debatter är att de är så fokuserade på sjukdom som någonting som utspelas inuti människors kroppar, att de blir om inte helt blinda, så åtminstone litet okänsliga för de moraliska begreppen såsom omtanke, lyhördhet i lyssnandet, att kunna se hela människan i sin situation och så vidare. När exempelvis Svenaeus i sin bok *Sjukdomens mening* diskuterar hur läkare kan bli mer empatiska i sitt lyssnande, vill han återknyta de moraliska begreppen till medicinen. Jag vill inte kritisera Svenaeus sätt att tala för en bättre hermeneutiskt och sensitivt lyssnande läkare, det är inte min avsikt. Jag vill betona att jag finner sådana försök som angelägna och jag anser att de kan vara fruktbara för medicinen. Men till skillnad från de forskare som menar att den moderna medicinen till sin natur är biologiskt och naturvetenskapligt orienterad, lyfter jag enbart fram det etiska perspektivet. Jag har hävdat att begrepp som lyssnande, empati eller omsorg redan finns där som den logiska grunden för att vi har diagnoser och ett sjukvårdssystem och illustrerar genom mina intervjuades berättelser, att de verkligen är grundläggande för patientens tillfrisknande inom ätstörningsvården.

I ljuset av hur jag använder mig av det wittgensteinska synsättet på hur man löser upp begreppsliga problem, lyfter min filosofiska undersökning därför fram en syn på anorexin som att den har många olika existentiella samband och innebörder. Undersökningen lämnar de empiriska teorierna om anorexins orsaker som de är, men pekar mot behovet av en existentiell förståelse av patienten, förutom att man förstår individen utifrån de orsaksteorier som utarbetats av de empiriska vetenskaperna. Jag vill betona betydelsen av att lyssna på patienternas egna upplevelser av sitt insjuknande som konstitutiva delar av deras sjukdomsbild. Man kan tala om en skillnad mellan vad som förorsakar anorexi vilket är en empirisk fråga och vad anorexin *handlar om* eller *består i* för patienten och här utgör patienternas berättelser en

viktig aspekt. För olika individer kan det alltså handla om olika existentiella problem, vilket *kan* men inte behöver betyda att orsakerna är olika. De idéer jag lägger fram om varför man borde lyssna till patienternas sjukdomsberättelser, betraktar jag inte som att de har en relevans för själva diagnostiseringen av anorexin och andra ätstörningar utan snarare som att de berör vårdetiken i en behandlingssituation. Detta perspektiv på sjukdom ger oss en insikt om bristerna med en vård som inte beaktar en patients hela berättelse: det skulle betyda att man inte vårdar hela sjukdomen.

Den stora behållningen med en wittgensteinsk syn på sjukdom och diagnoser är, som jag har kommit att se det, att man kan få upp ögonen för vilka begreppsliga problem ett tänkande i definitioner kan leda till inte bara inom de forsknings- och samhällsliga debatter om diagnoser jag redan har beskrivit, men också inom vanliga vårdssituationer. För att ge en fullare bild av vad jag menar med begreppsliga problem inom kliniska situationer ger jag några exempel. Detta är exempelsituationer som förenklar många läkares och terapeuters mångsidighet men som kan ge en förståelse av problemens natur. Det är därför jag använder dessa typfall. Man kan föreställa sig tre typer av läkare eller terapeuter; den första har en biologisk syn på sjukdom, den andra utgår från en psykodynamisk modell och den tredje har en kulturteoretisk idé för ögonen. Den första läkaren tänker att sjukdom kan definieras genom biologiska felfunktioner i kroppen (i hjärnan) och den andra utgår till exempel från Bruchs syn att modern har varit för dominant och för påträngande och att det är därför som anorektiker hindras i sin självutveckling. Den tredje förespråkar en kulturteoretisk variant, till exempel Bordos idé om att anorexin kan förstås som en omedveten revolt mot ett patriarkaliskt mönster av olika maktförhållanden i samhället.

Ifall en läkare förstår sjukdom på ett strikt sätt och talar om patientens problem efter någon viss teoretisk förståelseram och patienten talar om sina problem utifrån vad hen upplever att hen har behov av att tala om, kan det uppstå en klyfta i kommunikationen mellan dem. Och dessa problem i kommunikationen som kan uppstå i en vårdssituation kan förstås som *begreppsliga*. Om en biologiskt inriktad läkare inte reagerar tillräckligt mycket på hur en patient uttrycker sig verbalt om sina problem med sin kropp (t.ex. Katjas begrepp "bimbokropp"), når läkaren inte fram till patientens självupplevelse dvs. till hennes berättelse, och tappar därmed kontakten till stora delar av vad sjukdomen betyder för patienten. På samma sätt kan den "rena" psykodynamiska eller

kulturteoretiska terapeuten, om de inte hör på patientens problem tillräckligt påpassligt, missa stora delar av sjukdomens betydelseförmedlande delar.

Jag har tidigare kritiserat synen på att alla läkare skulle behandla och tala med patienter i enlighet med ett biologiskt sjukdomsbegrepp och visat att verkligheten är mer komplex än så. Det kan säkert finnas läkare och terapeuter som tänker enligt biologiska eller andra modeller på sjukdom, men det existerar också många som genom variationen i sitt lyssnande, just visar att de inte går efter rena teoretiska mallar för hur sjukdom borde förstås. Avsikten med mina exempel ovan var alltså inte att generalisera genom att säga att alla läkare fungerar enligt biomedicinska mönster eller att psykodynamiska terapeuter inte kan lyssna variationsrikt. Inte heller var exemplet en kritik mot att använda psykodynamiska eller kulturteoretiska idéer inom vården.

## 8.7 Sammanfattning

Det finns många teorier som ur olika utgångspunkter; biologiska, psykologiska, familjecentrerade och olika former av feministiska och socialkonstruktivistiska förklaringar, vill formulera en generaliserande definition på anorexi. Ett exempel på en sådan empirisk förklaringsmodell är René Girards kulturhistoriska teori om anorexi – den *mimetiska teorin*, som han menar kan förklara anorexins och ätstörningarnas utbredning i vårt västerländska samhälle. Vi har alla drabbats av en smalhetshets, menar Girard. Med sin teori vill han visa att det är enkelt att förklara anorexi och andra ätstörningar – varför skulle man inte kunna insjukna i ätstörningar eftersom kulturen är sådan att alla försöker banta?

Som jag redan klargjorde i det föregående kapitlet, är de intervjuades berättelser och upplevelser svåra att förena med många av de dominerande teorierna om anorexi. Även om bilder på magra modeller säkert kan spela en påverkande eller utlösande roll för hur någon kan drabbas av en ätstörning, är de breda kultursammanhangen; den kommenterande och mångskiftande skönhetskulturen någonting som Girard inte uppmärksammar tillräckligt väl. I mina intervjuer framgick det att många av kvinnorna såg sin anorexi som ett sätt att hantera ångest. Ifall man ser på anorexi och andra ätstörningar som en ångesthantering, är det svårt att utgå från att enbart en händelse, exempelvis en bild begripliggör denna ångestkontroll. För att bättre



belysa sambandet mellan anorexi och ångest har jag betonat att det är fruktbart att lyssna till den historia som den insjuknade har att berätta.

Det är inte bara för att Girards perspektiv inte lyckas fånga in en svåröverskådlig vardag som den inte håller som teori. Mina intervjuer ger exempel på och påminner om att anorexi kan uppkomma i väldigt varierande sammanhang. Det var idrottstjejer, skilsmässobarn och modeller som drabbades – med det gemensamma draget att anorexin på olika sätt handlade om försök att få kontroll över sin tillvaro. För en av mina fall exempel, Katja, spelade faktiskt utseendesamhället en stor roll för hennes anorexi, men på ett för den mimetiska teorin överraskande sätt. Katja upplevde ett missnöje över att hennes kropp var kurvig och kallade den för en "bimbokropp". Hon hade svårt att förena sin personlighet med de kulturella värderingar som är fogade till kroppslig kurvighet men också med alla de värderingar om hur man ska bete sig som kvinna.

I kapitlet talar jag om en skillnad mellan vad som förorsakar anorexi vilket är en empirisk fråga och vad anorexin handlar om eller består i för patienten. I den här meningen kan man förstå patienternas berättelser som en konstituerande aspekt av deras sjukdomsbild. För olika personer kan alltså anorexin handla om olika existentiella problem. Det här betyder att de empiriska orsakerna kan ha varit liknande men också helt olika. Oberoende av vilka de empiriska orsakerna till Katjas anorexi än må ha varit, uttryckte hon ett existentiellt behov av att diskutera feminiteten; detta kan förstås som en konstituerande aspekt av den betydelse som diagnosen kom att få för henne.

Trots att de skiftande empiriska teorierna ofta lyckas säga något riktigt om anorexi så omfattar de inte de olika sammanhang där människor insjuknar. Mina intervjuer illustrerar hur anorexibegreppet ofta kan vara bundet till det unika i en individs situation; den moralisk-existentiella innebörden den har för en person. I vissa situationer kan man inte förstå anorexibegreppet utan att relatera det till traditionella kulturella uppfattningar om hur man ska vara och bete sig som kvinna. I ett annat fall kan man inte förstå sjukdomen utan att beakta att någon har problem med könsidentiteten. I ett tredje fall kommer anorexin att kunna förstås som en reaktion på något problem inom familjen, på en skilsmässa, på sorg eller besvikelse. Min tanke är att man inte bör fastslå en enda orsak för varje patient, eller att man arbetar fram en generaliserande orsaksförklaring för alla insjuknade. Det gäller istället att försöka beskriva de situationer och begrepp som kommer in i de unika sjukdomsberättelserna.

I anorexivården kan såväl ätträning som medicinering vara ofrånkomligt. Men för att kunna hjälpa på lång sikt är ett etiskt bemötande av patienter minst lika betydelsefullt som instruktioner om hur man ska äta eller medicinering. Med detta menar jag att man så tidigt som möjligt, lyssnar så öppet som man kan, också förbi och bortom alla psykologiska och kulturteoretiska förklaringar om orsaker. Det handlar också om att lyssna på ett sätt där inte det egna jaget med sina förutfattade meningar styr tolkningen för bryskt. Med ett etiskt bemötande vill jag, förutom lyssnandets roll, förena begrepp som närvaro, tålmod, värme, och tillit. Sådana begrepp är viktiga för vad det betyder att finnas till för någon. Detta är centrala begrepp i en hjälpande relation, men som mina intervjuer illustrerar, enkla att glömmas bort i en vårdstruktur som kräver snabba insatser i form av matscheman och samtal om vikt och om störda ätbeteenden.

Anorexi är en sjukdom som involverar det kroppsliga mer än andra psykiatriska diagnoser; hur en person förhåller sig till sin egen kropp och sexualitet. Vad det innebär att lyssna lyhört på en patient inom ätstörningsvården är att förutom att diskutera personens bakgrund också lyssna till vad hen uttrycker när hen talar om sin kropp. För många patienter kan det vara viktigt att få ett kritiskt, i betydelsen feministiskt, förhållningssätt till de samhälleliga skönhetsidealen och till vad det kan betyda för just den personen, att vara kvinna, man eller transperson i vårt samhälle. Genom patientberättelserna och öppna vårdssamtal kan man få syn på de livssammanhang, de många olika orsakssambanden och de existentiella frågor, som anorexin är sammanbunden med, och som ofta kan utspela sig på annat håll än de exempel som de stora psykologi- och kulturteorierna förutsätter.

## 9 Är anorexi en verklig och legitim sjukdom eller en social konstruktion?

*Alla lyckliga familjer är  
varandra lika, men den  
olyckliga familjen är alltid  
olycklig på sitt speciella  
sätt.*

Leo Tolstoj, ur *Anna  
Karenina*

### 9.1 Hacking om poängen med socialkonstruktivismen

Ian Hacking har i sin bok *Social konstruktion av vad?* undersökt vad olika forskare inom såväl samhälls- och beteendevetenskaper som naturvetenskaper har menat, när de har talat om att någon viss kategori, såsom genus eller övergrepp mot barn är en social konstruktion. Han menar att man ska fråga sig vad *poängen* är med varje analys i termer av sociala konstruktioner.<sup>475</sup> I det som följer kommer jag att kort presentera hur Hacking har tolkat talet om sociala konstruktioner inom många vetenskapsområden.

För att få en uppfattning om hur många sidor av verkligheten som har ansetts vara konstruerad kan man ta några axplock ur Hacking's exempel på böcker som handlar om sociala konstruktioner. Han konstaterar att så varierande saker som bland annat genus, sjukdom, dövhet, verkligheten, Zulunationalism, yrkesdiskurs, jaget, emotioner, identiteter, kvinnliga flyktingar, quarkar, läskunnighet, ålder, naturen och olyckshändelser har ansetts vara socialt konstruerade. Men också kunskap, medvetandet, panik, åttiotalet och extraordinär vetenskap har man talat om som sociala konstruktioner. Hacking's exempel visar, att det är möjligt att i stort sett allt som en människa är och kan komma i beröring med under en livstid, någon gång har kallats för eller någon gång i framtiden kan komma att betraktas som en social konstruktion. Man bör också vara medveten om, som Hacking skriver, att talet om konstruktioner även gäller enskilda personer: till och med *jag själv*, kan naturligtvis vara en social konstruktion, det kan vi alla vara. Dessutom menar Hacking att detta också gäller erfarenheter, eftersom aktivister inom feminism och för funktionshindrades rättigheter har påstått, att

---

<sup>475</sup> Hacking (1999), s. 18.

erfarenheterna av att vara kvinna eller av att ha någon fysisk funktionsnedsättning är socialt konstruerade.<sup>476</sup>

Enligt Hacking har den primära anledningen till att man har använt sig av begreppet social konstruktion, varit att öka *medvetenheten* om någon speciell omständighet eller något faktum. Detta görs ofta på två olika sätt, på ett övergripande och ett mer, som han skriver, "lokaliserat" eller platsbundet vis. För det första kan man tänka att en stor del av, eller hela vår upplevda erfarenhet, också hur vi upplever hela världen, ska betraktas som socialt konstruerad. För det andra finns det också mer lokala idéer om den sociala konstruktionen av något speciellt fenomen eller X. Exempel på sådana X kan vara broderskap eller övergrepp mot barn. De lokala idéerna kan ofta vara oberoende av varandra, påpekar Hacking, eftersom samma socialkonstruktivist kan hävda att broderskap är verkligt men betrakta Zulunationalism som en social konstruktion. Men det som förenar många av dessa idéer är att det underliggande målet är att höja medvetenheten om fenomenet i fråga.<sup>477</sup>

Hacking skriver vidare att tankar om sociala konstruktioner ofta förs fram mot en stark form av bakgrundsantagande. Han säger: "De används för att underminera tanken om att X är essentiellt, rentav att X har en *essens*."<sup>478</sup> Ett bra exempel på när essentialismen bildar mäktiga former av bakgrundsantaganden är debatten om genus. En kärnidé hos de tidiga genusteoretikerna var att genus inte bestäms av biologiska skillnader mellan könen.<sup>479</sup> Med genus menas det sociala könet i jämförelse med det biologiska, alltså hur en individ formas av normer i kulturen, till att uppfattas som man eller kvinna. Enligt Hacking har feminister inte bara bestridit uppfattningar om essenser angående genus, utan också om att kön skulle ha essentiella egenskaper. Han menar att till exempel genusvetaren Judith Butler anser att inte bara genus, utan också det biologiska könet konstrueras kulturellt.<sup>480</sup>

Hacking understryker att socialkonstruktivistiska arbeten är kritiska mot rådande förhållanden:

- De som talar om sociala konstruktioner av X är benägna att anse att:
- (1) X hade inte behövt finnas eller hade inte alls behövt vara som det är. X, eller X som det är just nu, är inte bestämt av tingens natur; det är inte oundvikligt.

---

<sup>476</sup> Ibid., ss. 13-14.

<sup>477</sup> Ibid., s. 19.

<sup>478</sup> Ibid., s. 31.

<sup>479</sup> Ibid., s. 21.

<sup>480</sup> Ibid., ss. 32, 21-22.

Mycket ofta går de längre och understryker att:

- (2) X är riktigt dåligt som det är.
- (3) Det skulle vara mycket bättre om vi kunde göra oss av med X, eller åtminstone radikalt förändra det.<sup>481</sup>

Som Hacking skriver, arbetar socialkonstruktivister vanligen utgående från tes (1): att något X existens eller dess karaktär inte bestäms av tingens natur. Eftersom X formades av sociala händelser, krafter eller historiska förlopp som kunde ha varit annorlunda, kan X inte betraktas som att det är oundvikligt eller ofrånkomligt. Hacking påpekar, helt korrekt enligt min uppfattning, att många socialkonstruktivister går vidare till tes (2) och (3), men det finns också de som inte gör det. Man behöver inte tänka att något som inte verkar vara oundvikligt eller oersättligt också måste vara någonting dåligt. Han har också rätt i att många socialkonstruktivistiska teser vill kritisera, förändra eller förstöra något X som de är missnöjda med i den etablerade samhälleliga ordningen.<sup>482</sup> Vad Hackings uppdelning ovanför beskriver, är att det finns olika nivåer av engagemang hos en socialkonstruktivist. Vad en socialkonstruktivist vill uppnå, måste man därför tolka utgående från varje enskild forskare inom sitt område.

Som jag tidigare redan har påpekat och som Hacking också poängterar, så är idén om sociala konstruktioner enormt frigörande i fråga om vissa exempel såsom just frågor om genus, moderskap, andra kvinnliga erfarenheter eller erfarenheter av att ha en fysisk funktionsnedsättning. Det kan exempelvis vara en stor lättnad för den som har någon medfödd funktionsnedsättning att inse att kategorierna "handikappad" eller "rullstolsburen", har bidragit till att hen utvecklat känslor och tankar om sig själv, utifrån att hen har blivit sedd och behandlad som en person som är mer begränsad än hen behöver vara. Lättnaden består i att personen inte behöver känna sig styrd av sin etikett, hen har många möjligheter i livet att uppnå även om hen givetvis också har en funktionsbegränsning. I bästa fall kan socialkonstruktivismen lösgöra en slags existentiell lättnad över att man som individ inte är fullt så bunden vid sina olika roller och identiteter, som man av tradition har trott oavsett om det handlar om att vara kvinna, man eller ha någon sjukdom eller någon viss begränsning i sin funktionsförmåga.

---

<sup>481</sup> Ibid., ss. 19-20.

<sup>482</sup> Ibid., s. 20.

Ett problem med socialkonstruktivistiska idéer är att de ofta utgår från att kritiken fungerar frigörande i varierande sammanhang i det verkliga livet och att de har en lika frigörande effekt för alla individer. De har universella anspråk kan man säga. Med det vill jag inte säga att socialkonstruktivismen inte skulle svara mot en hel del problem som människor har. Dess största förtjänst ligger kanske i hur den avmaskerat kopplingar mellan biologi och karaktärsdrag och beteenden som pålagts könen. Att visa på hur problematiskt det blir att utgående från fysiologi dra slutsatser om beteendenormer för könen har dessutom varit frigörande för många. Den existentiella bredden av erfarenheter hos människor är ändå sådan att frågan blir om de alltid känner igen sig i de socialkonstruktivistiska teorierna. Beskrivs de problem som människor verkligen brottas med?

För några kvinnor kan det vara enkelt att lösgöra sig från kulturella normer kring femininitet och hur man ska vara och uppträda som kvinna, medan det kan vara svårare för andra att överskrida genusgränserna. Som jag i mitt förra kapitel illustrerade med fallet Katja, var det nästan en omöjlighet för henne att inte förhålla sig på något sätt till sin biologiska kropp och att vara någonting annat än just kvinna. Här finns det anledning att skilja mellan dem som lider av något som hör samman med kön, kropp och normativa förväntningar och dem som inte har dessa problem. De existentiella problem som en människa kan tvingas kämpa med och som kan höra ihop med könet varierar. Jag tänker på hur kroppsliga problem kan vävas samman med andra sidor av ens karaktär. Social fobi, blyghet, framfusighet i kombination med ens genus och hur ens kropp faktiskt ser ut kan beroende på livssituationerna ta väldigt olika former. Om man har social fobi och dessutom ser feminin ut, kan det bli ännu svårare att ta sig ur sin kategori. Det finns ingen enkel lösning på hur en människas problem ska beskrivas eller hur hen skall ta sig ur den. Ofta går det inte i en handvändning, utan verkar kräva ett stort existentiellt språng. Också om man anser att begrepp som "femininitet", "kvinna" inte har en biologisk grund så är det viktigt att ändå konstatera hur dessa begrepp är del av de sammanhang där sjukdomen konstitueras. Vill man erbjuda människor redskap att övervinna sina problem så måste man acceptera detta och samtidigt, om man så vill, föra den ideologiska kampen som kanske en dag förändrar samhällsklimatet på ett sätt som gör att vissa av dagens problem ebbar ut och försvinner.

Kroppen är ofta ett problem som man försöker övervinna i strävan att frigöra människan. Många gånger är den det också men

samtidigt är den en oundviklig del av att vara människa. Den biologiska och kroppsliga aspekten av genus är mycket viktig, för hur vi kommer att uppleva oss existentiellt som män, transpersoner eller kvinnor. Ett exempel är transsexuella personer som upplever att de tillhör fel kön. Om inte den biologiska aspekten skulle vara så viktig för hur man upplever sitt "existentiella kön", så skulle man inte ens göra några medicinska operationer. En transsexuell vill ju verkligen förändra sitt biologiska kön. Det är inte bara för att de här personerna upplever en form av vantrivsel i kulturen som de säger sig tillhöra fel kön, de känner också en avsmak för sin fysiska kropp – också för de biologiska könsorganen. Man kan säga att köns- eller genuskategorierna, inte bara kan förstås som biologiska eller sociologiska till sin natur, de är också moraliskt-existentiella.

Eftersom genuskategorier har en moraliskt-existentiell dimension, kan det vara svårt för en individ att plötsligt "byta kön" genom att på ett genomgripande sätt, börja bete sig så som det förväntas av det motsatta könet. Däremot kan socialkonstruktivistiska idéer ha stor betydelse i de samhälleliga och politiska sammanhang där man diskuterar etiska och medicinska frågor om hur man gör när barn till exempel föds med en obestämd könsidentitet. I sådana fall är det ganska klart att det finns en poäng med socialkonstruktivismen. Att samhället har en indelning i enbart två kön kan betraktas som en samhällelig konstruktion och att införa någon eller några kategorier till, skulle innebära att man inkluderar och ser också de människor som inte känner sig tillhöra någondera kategorin. I det här fallet existerar det åtminstone inga politiska hinder för att förändra könskategorierna från två till tre eller fyra. Hur väl en kultur skulle anpassa sig och förhålla sig till sådana samhällspolitiska förändringar är en annan fråga. Man kan förutsätta en kulturell åsiktsmångfald i frågan, vilket ofta kan ske inför samhälleliga förändringar som har en genuskaraktär.

## 9.2 Elins historia

För att förstå hur djupt någon kan lida av anorexi och vad det kan innebära att inte få rätt sorts vård, kommer jag att diskutera Elins sjukdomshistoria och vad den betydde för henne och för hennes anhöriga. Med hjälp av Elins och Susannes relation vill jag konkretisera mina begreppsliga idéer och fördjupa förståelsen av anorexidiagnosens olika roller och betydelser. Det var under år 2014, som jag gjorde de flesta av mina djupintervjuer med anorexipatienter och deras föräldrar. Alla intervjuer gjordes individuellt. Mina första intervjuer gjorde jag med Elin

och hennes mamma Susanne. Elin, som hade insjuknat redan som 13-14 åring, var inte ännu helt frisk när jag träffade henne för min intervju. Hon var när vi träffades kring 20 år. Hon var väl förberedd för intervjutillfället och berättade väldigt öppet om sina upplevelser av anorexin som sjukdomsupplevelse, diagnos och om hur hon upplevt vården. Elin gjorde ett starkt intryck på mig. Det var imponerande hur lugnt och analytiskt hon undersökte, vad anorexin som sjukdomserfarenhet och diagnos hade inneburit för henne, trots sina svåra upplevelser. Av de intervjuade var Elin den som hade varit hårdast drabbad av anorexin och hon var mycket angelägen om att få berätta om sina erfarenheter. Att hon gav mig förtroendet att använda sina erfarenheter, stärkte i sin tur min känsla av integritet i mitt forskningsarbete om diagnosernas betydelse.

Elin hade börjat experimentera med bantning redan som 12-åring och gick dramatiskt ner i vikt ända fram till att hon skulle fylla 14 år, då hon också fick sin anorexidiagnos. Detta blev början till en lång och tragisk sjukdomskamp för henne, för hennes mamma och för hela familjen. I min intervju med Elin uttrycker hon stark bitterhet och sorg över den vård hon hade fått i Finland. Dels hade hon inte kommit överens med de terapeuter som hade erbjudits henne, men det som tyngde henne mest av allt var att hon hade bedömts som *för sjuk* för att kunna hjälpa:

Intervjuaren: Vad har du för erfarenheter av sjukvården? Har du fått den hjälp som du skulle ha behövt?

Elin: Det har jag inte fått. Det har varit väldigt bristfällig vård vad gäller mig. Jag har nog fallit många gånger mellan stolarna.

Intervjuaren: På vilket sätt har vården haft brister för din del?

Elin: Till att börja med så kan jag nämna att jag fått byta terapeuter och psykologer och sådant här hela tiden. Jag har aldrig träffat någon en längre period för att det inte har fungerat och så där. Det negativa har också varit att de inte kunnat erbjuda rätt sorts hjälp och att jag har fått höra flera gånger att jag är för sjuk för att hjälpa. Det har jag fått höra. Och det mest negativa som hänt är att jag blev skickad på tvångsvård på finska i början innan de kunde flytta mig till svensk vård. Och det där blev väldigt mycket så här fel.

Elin fick sin diagnos under våren 2009 och hennes mamma beskriver för mig i sin intervju att det var en mängd olika terapeuter och läkare som



var inblandade den våren och sommaren. Hon var bland annat i kontakt med en barnpsykiater, en barnläkare, en psykolog, en fysioterapeut och några terapeuter som skulle träna henne att äta, vilket gjordes både på den lokala ätstörningsenhetens öppenvård och hemma.<sup>483</sup> Men trots alla försök med matscheman och ätträning, blev inte Elin bättre och ville ha en remiss till en ätstörningspoliklinik utomlands. Hennes tillstånd försämrades ytterligare under sommaren 2009 och blev så allvarligt att hon inte kunde vara ensam hemma. I augusti blev hon därför intagen på dagvård på en barnavdelning, så att hennes mamma skulle kunna fortsätta på sitt arbete. I månadsskiftet augusti-september fick hon en remiss till en ätstörningsenhet utomlands och var intagen där fram tills årsskiftet 2009-2010 då hon blev hemskickad från enheten, eftersom hon ansågs normalviktig. Eftersom Elin hade erfarenheter av ätstörningsvård både utomlands och från hemlandet frågade jag henne om hon kunde urskilja några skillnader i bemötandet mellan dessa två:

Om man tänker på sjukhuset som finns här, så om man träffar någon där som inte kan någonting om ätstörningar, då känns det som att de tänker litet så här att: "Men det är väl bara att äta så blir det bra". Och sedan om man träffar till exempel de som är specialiserade, så känns det som att de har bemött mig ganska negativt, som att de tänker typ att hon är inte värd att sätta energi och pengar på för hon kommer ändå inte att kunna bli bra. Och sedan det här med att jag har fått höra att jag är en kroniker, då känns det också som att man har blivit ganska negativt bemött. Men sedan till exempel när jag var på ätstörningsenheten utomlands, så där blev man ju väldigt professionellt och bra bemött. Och där var alla kunniga och de visste vad de gjorde.

När Elin fick vård utomlands var hon inlagd på en heldygnsavdelning för patienter med ätstörningar. En välfungerande ätstörningsvård innebär att den trappas ner stegvis från heltidsvård till dagvård, enligt hur patienten mår och klarar av vardagen. Men i Elins fall fanns det ingenting att komma tillbaka till och den vård som erbjöds, var inte tillräcklig för henne. Susanne beskriver hur besvärlig vårdssituationen var både för Elin men också för henne efter att Elin kommit hem från utlandet:

Ja, kroppsligt såg hon ju ut att må bra men det här har ännu en fortsättning. För första och andra veckan gick bra och allt var precis som det brukar vara. Vården utomlands bygger på det att de har en

---

<sup>483</sup> Se Susannes intervju.

haldygnsavdelning och från heldygnsavdelningen går du över till dagvårdsavdelningen och där är du i princip mellan 8 och 17 till exempel och bor hemma. Och sedan så trappas det stegvis ner vartefter du själv fixar det. Men här fanns ju inte alls de möjligheterna så till exempel skolan blev ju dagvården och däremellan så skulle hon skjutsas till och från olika läkare och terapeuter. Och det var liksom ganska mycket så här det var. Och det måste ha varit redan i början på februari 2010, så då hade hon varit hos sin musikterapeut och KBT terapeut som hon gick hos. Och hon mådde jättedåligt då och hon ropade på hjälp. Och de hade tagit kontakt med läkaren men hon blev hemskickad och kom hem i alla fall därifrån. Och så skulle hon gå till skolan efter det men istället för att gå till skolan så tog hon en överdos med Burana som fanns hemma och så ringer hon till mig så jag fick kasta mig i bilen och komma hem från jobbet. Så då var vi inne på den vägen igen. Och några dagar senare så hade hon pengar i plånboken så då kunde hon själv gå till apoteket och köpa värktabletter som hon skulle kunna ta igen. Så det var ganska turbulenta veckor där det också.

Under hela vårterminen 2010 sköttes den största delen av Elins vård som hemvård, och hon tvingades vara i skolan, även om hon mådde så dåligt att hon var självmordsbenägen. Midsommardagen 2010 kulminerade ångesten i att Elin svalde en klunk av en flaska propplösarvätska, som är starkt frätande. Efter den händelsen bedömdes hon som suicidal, kom under tvångsvårdslagen och blev inlagd på en psykiatrisk avdelning, där hon blev tvungen att uppleva tvångsbältning:

Intervjuaren: Du nämnde att du varit på tvångsvård. Vad var det som hände som gjorde att du blev ivägskickad på tvångsvård?

Elin: Det var sommarlov. Jag hade ägnat två månader under våren till att plugga ikapp hela årskurs åtta och det var bestämt att jag skulle få börja i nian med mina jämnåriga. När sommaren kom blev allting snabbt sämre. För mig har det ofta varit så att när jag inte har någonting att göra tar sjukdomen över. Och så blev det nu. Jag började fuska med maten och min ångest ökade i intensitet för varje dag. Till sist stod jag inte ut längre. I en av mina absolut värsta ångestattacker gick jag in i badrummet och satte mig på golvet. Jag skakade av ångesten och ville bara slippa den. Utan att tänka det minsta sträckte jag mig efter en flaska som stod på badrumsgolvet, skruvade av korken och tog en klunk. Jag kände direkt hur det brände i halsen. Jag tog inte mer än den första klunken. Ganska

snabbt förstod jag att jag gjort något som inte alls var bra. Jag drabbades av panik och ropade på min syster. Hon såg flaskan och mig och kunde lista ut vad jag gjort. Min storebror fick skjutsa in mig till akuten där mamma mötte upp oss. Det blev en väldig fart på läkaren och sjuksköterskorna där. Det bestämdes att jag skulle flyttas till annan ort p.g.a. risken för inre skador. De bedömde att resurserna på sjukhuset här inte skulle räcka till. Jag åkte ambulanshelikopter och lades in. Tvångsvården var skriven på sjukhuset hemma så jag fick aldrig vara ensam utan hade en sjuksköterska med mig hela tiden. Det visade sig efter undersökningar att min kropp klarat sig mirakulöst väl och jag flyttades till en barnpsykiatrisk avdelning i ett dygn innan jag fick åka tillbaka hem. Träffade min psykiatriker på hemmaplan och hon bedömde mig som suicidal. Därefter skickades jag till ytterligare ett sjukhus på annan ort för att fortsätta tvångsvårdas.

Stora delar av denna händelse har jag fått berättat för mig. Jag var i psykiskt och fysiskt dåligt skick. Det visade sig att den flaskan jag druckit en klunk av var propplösare, som är starkt frätande. De trodde inte att jag skulle klara mig så bra som jag gjorde. När de skickade mig till annan ort trodde de att antingen dör hon eller så får hon leva med en slang som matar henne resten av livet för hennes matstrupe kommer vara förstörd. Värt att nämna är att jag inte tänkte att jag ville ta mitt liv när jag gjorde detta men det var så det bedömdes av läkarna. Min tanke var att minska ångesten. När jag fick mina extra ångesttoppar blev jag väldigt impulsiv och gjorde vad som helst för att få ner dem. Detta var ett desperat försök att få ner ångesten. Det slutade med att ångesten bara ökade för efteråt fick jag ångest över vad jag gjort och ville inte leva med mig själv p.g.a. vad jag utsatt mig själv för.

Intervjuaren: Hur upplevde du tvångsvården?

Elin: Hela den karusellen är ångestfylld och man kände sig så liten och ensam och så begränsad. Och när jag först behandlades på finska, på annan ort och när mamma inte fick vara där först. Då var jag helt ensam och var 15 år gammal och jag mådde riktigt dåligt och ingen kunde prata med mig. Då var jag osynlig för dem. Det var hemskt. Jag blev också tvångsbältad och ingen kunde lyssna på vad jag sa, så det var jättehemskt. Det är någonting som har satt spår i mig också och som jag får bearbeta idag.

Intervjuaren: Kan du berätta mera om hur tvångsvården såg ut? Vad mera hände där förutom att du blev tvungen att vara med om tvångsbältning?

Elin: På det första stället, där alla pratade finska, hände inte speciellt mycket. Jag låg i min säng nästan hela dagarna förutom de stunder mamma fick vara där med mig. Jag åt knappt någonting utan stirrade bara upp i taket. Det var ingen som brydde sig så mycket. Jag hade samtal med läkaren, som pratade finska, och det enda som diskuterades var flytt till en tvåspråkig avdelning. Jag flyttades efter en vecka. På det andra stället pratade majoriteten av personalen bägge språken men i princip alla patienter var finskspråkiga. Det var ingen med ätstörningsproblematik och personalen hade knappt någon kompetens alls för hur det skulle hanteras. Jag fick sitta och stirra på min tallrik i två timmar efter varje måltid jag inte ätit. Det var ett tag som jag inte gjorde annat än stirrade på tallriken. Jag fick ingen egentlig vårdplan heller utan allting var väldigt oklart. På dagarna satt jag mest i en soffa och stirrade ut i tomma intet. De begränsade min tid på mitt rum utan tvingade mig vara i allrummet där de kunde ha uppsikt över mig. Ändå kände man sig osynlig och mindre värd än de andra. Rummen var enkla. Det fanns en liten säng, ett nattduksbord och ett skrivbord. En garderob för kläder som var låst och en toalett, som för det mesta också var låst. Vilka saker man fick ha begränsades. Under min tid där blev jag sämre då jag inte klarade av att äta. Min mamma kämpade för att få hem mig då hon såg att jag inte alls började må bättre. Det var möten som slutade med ordkrig mellan mig och personalen. Ingenting fungerade speciellt bra.

Elin var inlagd på psykiatriskt sjukhus i en månad och uttrycker i min intervju många motstridiga känslor angående den vård hon fått. Hon var delvis lättad över att vården hade kunnat rädda hennes liv men å andra sidan skulle hon komma att få bearbeta sviterna av tvångsbältningen för en lång tid framåt. Efter att Elin hade kommit hem från tvångsvården försvann, enligt hennes mamma, hennes impulsivitet och självdestruktivitet, men hon var ju så att säga inte botad heller och kampen mot anorexin fortsatte, med bättre och sämre perioder.<sup>484</sup> När Elin hade börjat i gymnasiet blev hon sämre igen: hon slutade i princip att äta. Tillsammans med sin mamma bad hon att hon skulle få komma till den nya ätstörningsenheten, som hade utvecklats i området, under den tiden som hon hade varit sjuk. Men det var inte så lätt:

... Men det fick jag ju inte för att jag var för sjuk och jag skulle påverka de andra för mycket negativt och personalen här skulle inte

---

<sup>484</sup> Se Susannes intervju.

klara av mig. Så då fick jag istället ligga hemma i sängen och försöka äta på egen hand. Vilket jag då inte gjorde.

Elin menade att personalen på den lokala enheten upplevde henne som inte bara för sjuk utan också som för smart för dem att hantera:

... för jag har ansetts vara för sjuk och för smart för dem också, har jag fått höra. Att jag skulle kunna lura personalen så lätt för att jag kan så många knep som inte andra patienter kan. Jag har ju lärt mig väldigt mycket när jag har varit bortskickad. Jag har ju lärt mig av andra typ mer professionella patienter hur man kan slippa undan. Så det var väl det att jag inte ska komma hit och visa dem.

Intervjuaren: På vilket sätt kan man lura personalen? Vad finns det för knep?

Elin: Det finns mängder av knep. Som att stoppa undan mat i fickorna medan de tittar bort en minut. Eller vattna blommorna med en näringsdryck. Eller träna i smyg när man går på toaletten. Sedan kan man snacka sig ur situationer om man är smart. Det gäller att ha bra argument och stå på sig så kan det funka.

Elin hade haft många svåra upplevelser av vården, men det som plågade henne moraliskt och existentiellt mest av allt, var att hon inte hade fått vård då hon skulle ha behövt den som mest och bedömd som en kroniker:

Man kände sig väldigt hjälplös. Jag förstod inte riktigt hur de tänkte. Alltså, när de inte ens ville hjälpa. Det enda de erbjöd var att jag skulle komma och väga mig en gång i veckan, så att de skulle se att det inte gick negativt. För att det de sa var att du får vara hemma nu och skärper du dig inte så skickar vi dig på tvångsvård när du blir så dålig igen. Så man kände sig väldigt utelämnad.

Själva begreppet "kroniker", upprörde Elin, eftersom det var ett begrepp som hon ofta återkom till i intervjun. Detta var ett begrepp som Elin ville diskutera med mig också efter att intervjun var färdig. Vi diskuterade den etiska betydelsen av att som anorektiker och sjuk få höra att man är en kroniker.

Intervjuaren: Alla de gånger du fått höra att du är en kroniker och de gångerna när du har varit tvungen att uppleva att man inte har velat hjälpa dig, så vad har du då tänkt om din diagnos eller om din

situation? Har du t.ex. sett någon mening med att ha fått en anorexidiagnos då?

Elin: Jag har själv börjat se mig som en kroniker och tänkt att det är meningen med mitt liv att vara det. Jag har i perioder inte orkat kämpa emot min anorexi då jag tänkt att det ändå är lönlöst då jag är en kroniker. Ett tag accepterade jag att jag får leva resten av mitt liv, antagligen väldigt korta, som en kroniker. Då har jag ju i alla fall lyckats med någonting i livet, att bli en lyckad kroniker.

Förutom att man kan lida av en sjukdom som anorexi avslöjar Elins historia vilka nivåer och dimensioner ett sjukdomslidande kan anta ifall vården inte fungerar på ett tillräckligt sätt. Jag gjorde två intervjuer med Susanne. Jag gjorde även en uppföljningsintervju ungefär ett år efter den första. Och då berättade hon att Elin hade börjat må litet bättre, att hon tog ansvar för sitt ätande på ett helt annat sätt än förut. Susanne sade också att hon skulle ha behövt någon form av samtalskontakt, efter de kämpigaste åren de haft med Elins sjukdom, bara för att få gå igenom allt vad sjukdomen och vården hade inneburit.

### **9.3 Den moraliska positionen som en reaktion på debatterna inom naturalismen och socialkonstruktivismen**

Ser man på kultur- och forskningsdebatterna kring psykiatriska diagnoser formuleras ofta, precis som Hacking skriver, argumentet uttryckligen så här: "X är verkligt – Nej, X är konstruerat".<sup>485</sup> Vad Hacking beskriver här är hur debatterna inom forskningen kring de psykiatriska diagnosernas/sjukdomarnas natur ända sedan 1960-talet har tenderat att delas in i två positioner: den diagnostiska realismen eller naturalismen och socialkonstruktivismen. Naturalisterna vidhåller att mentala sjukdomar ska förstås i analogi med somatiska sjukdomar, att de kan definieras som biologiska funktionsfel som inte är beroende av historia och kultur. Socialkonstruktivisterna å sin sida, ifrågasätter att det är möjligt att förklara och avgränsa mentala sjukdomar på ett neutralt och objektiva sätt, från det som är kulturella och samhälleliga problem. Jag har lyft fram att detta forskningsparadigm även har fått en roll inom kulturella debatter om psykiatri och vård.

---

<sup>485</sup> Hacking (1999), s. 138.

Jag har vidare beskrivit hur dessa två positioner har en gemensam naturalistisk utgångspunkt – både naturalisten och socialkonstruktivisten tenderar ofta att utgå från att mentala sjukdomar enbart kan anses vara genuint "verkliga" sjukdomar, ifall man antar att de har en biologisk grund. Vad jag vill visa med min begreppsliga undersökning, som är inspirerad av ett wittgensteinskt sätt att se på sjukdom, är att denna debatt är otillräcklig eftersom vi inte kan finna en förklaring i biologin till att vi förhåller oss till ett särskilt problem som till en sjukdom. Vi känner till exempel inte till någonting om en människas hjärnprocesser innan vi reagerar på att hen är kliniskt deprimerad. Vad vi reagerar på är att personens tankar och känslor innebär att hen lider omotiverat, att hen begränsas eller inte upplever mening. Min utgångspunkt är genomgående att det är genom våra moraliska och ansvarsfulla reaktioner på andra människors lidanden av olika slag som själva idén om att hjälpa och vårda uppstår. Grunden till våra sjukdomsbegrepp och diagnoser ligger i dessa etiska reaktioner.

Denna moraliska syn på sjukdom, det jag kallar för det etiska sjukdomsbegreppet, är en frukt av att jag inte betraktar det som en produktiv lösning att i en diskussion om sjukdomars "verklighetsstatus", helt eller delvis låsas fast i en diskussion om biologin eller kulturen som orsaksfaktorer till sjukdomarna. Det är egentligen inte synen på sjukdomarna som att de kan orsakas av biologiska eller kulturella faktum som jag vänder mig emot. Det är när man ger orsakerna statusen av att också fungera som en definition på sjukdomarna som debatterna leder tankarna fel – de tenderar ofta att förbise alla de betydelse som sjukdom kan få i en persons vardag och hur hen själv förstår sin sjukdom. Jag vill visa, både begreppsligt och med konkreta exempel ur mina intervjuer, att själva startpunkten för de två ovan beskrivna positionerna som består i frågan "Är sjukdomen verklig?", ofta inte är en meningsfull fråga i en sjukdomskontext.

Inom kunskapsteorin som är ett huvudområde inom filosofin, behandlar man frågor kring vad det innebär att veta någonting och hur man kan få sann kunskap om världen. De grundläggande frågorna kan då till exempel kretsa kring om man med säkerhet kan veta någonting alls och hur man kan bevisa att man vet det man vet. I en wittgensteinsk mening kan man säga att frågor om någonting är verkligt eller inte nästan aldrig kommer på tal i vår vardag. Istället för att som filosofen René Descartes fråga sig vad man med säkerhet kan veta, kan man ställa sig frågan vad man meningsfullt kan betvivla. Man kan föreställa sig situationer när ett tvivel kunde dyka upp. Ifall någon säger

att han älskar mig men inte uttrycker några behov av att träffa mig, då skulle jag betvivla att han älskar mig på riktigt. Om en grupp beväringar på en militäranläggning inför ett tungt läger går till läkaren för att få sjukintyg utskrivna, kan ett tvivel uppstå kring om de verkligen är sjuka.

Den stora filosofiska svårigheten med debatten om psykiatriska diagnosers äkthet, så som jag har ställt upp den ovan, är att den ger ett intryck av att det skulle vara nödvändigt att söka efter vetenskapliga bevis för att något mänskligt problem eller lidande kan kallas för en sjukdom. Tänker man på Elin och Susanne, så skulle de aldrig ha kommit på tanken att tala om sjukdomen som någonting annat än att det handlade om en riktig sjukdom. Själva frågan: "Är sjukdomen verklig?" uppstod aldrig. I normala och vardagliga sammanhang skulle man aldrig säga att någonting inte är verkligt bara för att det har uppstått ur samhällliga processer och förändringar. Om det skärs ner på personalen på en arbetsplats och det innebär att de som blir kvar får mer arbetsuppgifter än de orkar med och de klagar på trötthet och nedstämdhet, skulle man inte säga att deras nedstämdhet inte är verklig.

Med Elins berättelse vill jag belysa och konkretisera min idé om det etiska sjukdomsbegreppet. När man förstår hur hon och hennes mamma blev tvungna att kämpa, inte bara med anorexin som en erfarenhet av lidande utan också med att få rätt sorts vård, är det troligt att man reagerar spontant med att tänka att det borde finnas tillräckligt med specialiserade ätstörningsenheter. Och min poäng är: det är denna moraliska reaktion som berättigar en välfungerande psykiatrisk vård. Det biomedicinska inslaget är en viktig del av psykiatrin, vad jag menar är enbart att de moraliska reaktionerna alltid kommer först. Man kan som tankeexperiment föreställa sig hela vår medicinska vårdapparat och biomedicinska kunskap, men exkludera alla våra moraliska reaktioner på varandras sjukdomar. Skulle inte hela vårdmaskineriet te sig obegripligt då?

Det är på grund av att jag utgår från de *upplevelser* av problem, svårigheter och lidanden som möter de insjuknade och deras närstående som jag vill förstå de psykiatriska diagnoserna – inte genom ett biologiskt verklighetsbegrepp – utan genom ett *existentiellt* verklighetsbegrepp. Kanske det är möjligt att betrakta det existentiella verklighetsbegreppet som en onödig utfyllnad i en debatt som från början utgår från en idé om det verkligas natur som inte har någon plats i de drabbades vardag – men jag behåller begreppet för att poängtera att sjukdomarna inte behöver grundas i biologin för att förstås som legitima och genuina.



## 9.4 Diagnostiska kategorier kan vara interaktiva men också transitiva

Diagnostiska etiketter är, som Hacking beskriver det, *interaktiva* kategorier, de kategoriserade personerna kan komma att börja uppleva sig själva och bete sig så som de har blivit beskrivna och kategorierna i sig själva, när de introduceras i samhället, tenderar att öka till en viss grad, eftersom patienter och läkare börjar tolka beteenden och problem enligt samma kategori. Men Hacking menar inte att det bara är den enskilda individen som omedvetet eller självmedvetet, växelverkar med en kategori eller diagnos:

Jag syftar på konsekvenserna för hela gruppen av kategoriserade individer och andra människor som de har en nära koppling till. Den autistiska familjen, som vi kan kalla den – en familj med ett autistiskt barn – påverkades starkt, och somliga skulle säga skadades, av läran om kylskåpsmamman. De förändringar som följde i familjen bidrog till ett nytänkande om vad autism är – inte därför att man lärde sig mer om vad det är, utan för att själva beteendet ändrades.<sup>486</sup>

Olika kategorier såsom diagnoserna autism, adhd eller anorexi växelverkar enligt Hacking inte enbart på en individ- och läkarnivå, utan också på ett socialt plan. När man beskriver grupper av människor under diagnoser, i ett större kulturellt sammanhang, bildas det institutionella seder och bruk kring någon viss diagnos. Ett exempel är när man förut satte hyperaktiva barn i "stimulansfria" klassrum. Man försökte minimera stimuli i klassrummen så att barnen inte skulle få utlopp för sin överloppsenergi, genom att bänkarna stod långt ifrån varandra, väggarna var kala, gardinerna var fördragna och så vidare. Här växelverkade kategorin "hyperaktiv" inte enbart med de enskilda barnen utan som Hacking beskriver det: "Den växelverkade med de barn som beskrevs som hyperaktiva i de institutioner och bruk som utformats utifrån att barnen hade kategoriserats som hyperaktiva".<sup>487</sup> Eftersom kategorin kan växelverka med en "grupp av beteenden" som institutionaliserats, kan kategoriseringen i sin tur förändras eller bytas ut.<sup>488</sup>

För att beskriva det litet enklare; när en kategori är inbäddad i en viss kultur med speciella sedvänjor och institutioner,

---

<sup>486</sup> Hacking (1999), s. 155.

<sup>487</sup> Ibid., s. 141.

<sup>488</sup> Ibid., s. 140.

utvecklas nya kollektiva beteendemönster utifrån de kategorier man använt sig av, vilket i sin tur kan ge upphov till nya sätt att kategorisera samma grupp av människor. Utifrån Hackings beskrivning på hur diagnoser eller kategorier kan växelverka med grupper av människor, kan man bättre förstå varför det har varit så lockande för många teoretiker inom sjukdomsområdet att betrakta vissa psykiatriska diagnoser som socialt konstruerade. Man förstår också bättre varför sådana sjukdomar som anorexi eller hysteri har kallats för kultursjukdomar: för att sjukdomslandskapet blir väldigt rörligt. I motsats till diabetes eller migrän, där sjukdomssymptomen förblir rätt så stabila, genom kulturer och historia, kan de psykiatriska etiketterna och beteendena som de beskriver förändras över tid. Men även om det här är sant, är det exempelvis ändå ganska osannolikt att anorexins beteenden skulle bytas ut mot autisms problem eller schizofrenins. Även om de psykiatriska etiketterna och sjukdomarna är mer rörliga än de somatiska, är de inte utbytbara mot vilka etiketter som helst.

Vad man kan se av min korta återgivning av Elins sjukdomsförlopp i det föregående avsnittet är att hennes historia illustrerar den poäng om psykiatriska diagnoser som Hacking har tagit fram, att de är interaktiva kategorier. Här verkar begreppet "kroniker" inom den lokala sjukvården, ha kommit att betyda att hon uppfattades som ett hopplöst fall. Exemplet illustrerar hur begrepp som "kroniker" kan samspela med individen på en existentiell nivå. När Elin väl blev beskriven som en kroniker, var diagnosen anorexi som fastlimmad vid hennes liv. Som läkaren i min intervju säger, blir ätstörningen och speciellt anorexin som sjukdom, *ett med jaget*,<sup>489</sup> därför fick kronikerbegreppet en sådan ödesdiger moralisk innebörd i Elins liv.

Filosofen Martin Heidegger inleder sin bok *Varat och tiden* med att konstatera att frågan om varat har råkat i glömska.<sup>490</sup> Med sitt begrepp "varaglömska", menar han att vi människor har glömt bort vissa frågor om varat som han försöker få syn på i vardagliga situationer. Att vi har biomedicin och medicinsk praktik kan som jag har sagt, bara förstås utifrån att vi reagerar på en människas lidanden och problem. Vi reagerar på någonting hos en människa och man kan se det som en fråga: Vad felas dig, hur kan jag hjälpa? Hur är det med dig? Och svaret på dessa grundläggande frågor ser man i en vårdande praxis och senare i en utveckling av läkevetenskapen, i en teknologiserad biovetenskap och så vidare. Men i takt med att medicinen vuxit sig större och har lyckats

---

<sup>489</sup> Se läkarintervjun.

<sup>490</sup> M. Heidegger: *Varat och tiden* (Uddevalla: Daidalos, 1993), s. 19.

leverera en hel del avancerad teknologi, har den samtidigt börjat uppfattas som den som har perspektivet på vad sjukdom "är". Det vill säga, mycket av den nuvarande kritiken som ofta framförs mot både den kroppsliga medicinen men också mot psykiatrin, hänger ihop med att det finns en risk för att den biologiska medicinen slutar uppfatta sig som ett svar på ett moraliskt läge. Istället för att se sig som ett svar på en fråga kan medicinen komma att uppfatta sig som att den är någonting som upptäcker sjukdomens vetenskapliga och biologiska grund. Man kan glömma den fråga eller det läge som man är ett svar på – och som är den egna vetenskapens logiska grund. Under vissa omständigheter när den kroppsliga medicinen eller psykiatrin kritiserats är det berättigat. Som när någon har fått en autism-diagnos när det egentligen var omständigheterna som det var fel på eller när en kroppsläkare inte märker att det är cancer patienten har. Men när vi reagerar på att läkare gör fel är det för att vi redan har en förståelse för vilka begrepp som utgör medicinens fundament.

Elins fall exemplifierar också att det finns olika nivåer och djup i en sjukdom som anorexi. Om man till exempel jämför Katjas anorexi, som jag beskrev i mitt förra kapitel, var även hon sjuk och behövde vård, men hon var aldrig så svårt sjuk att hon var självmordsbenägen och hon var aldrig inlagd på en heldygnsavdelning. Detta betyder inte att hon inte skulle ha lidit av sjukdomen eller att hennes man inte skulle ha varit drabbad. Men den betydelse diagnosen fick för henne var intimt sammanbunden med den vård hon också kom att få. Psykiatriska diagnoser kan ha många olika betydelsebärande egenskaper, som att de kan vara stigmatiserande eller leda till att en person inte tar ansvar för sitt beteende på grund av diagnosen. Trots det här ser jag diagnosernas hjälpande aspekt som ett nödvändigt villkor för att belysa frågan om deras mening. Mina intervjuer illustrerar och konkretiserar att den hjälp vården kan ge är logiskt sammanbunden med den betydelse som diagnosen kommer att få för patienten.

Elins situation synliggör inte bara betydelsen av att det finns tillräckligt med individanpassad ätstörningsvård, exemplet illustrerar även en intressant och viktig aspekt av diagnosernas mening. Anorexi har inte bara ett slags betydelse, alltså *social* eller *biologisk*, för patienter och föräldrar. Anorexidiagnosens roll för en människa beror starkt på hur man har upplevt vården, om man har uppfattat den som *lyhörd* och *hjälpssam* eller som *kall* och *opersonlig*. Alla de andra kvinnorna som jag hade intervjuat var nöjda med vården och många ansåg att diagnosen hade haft en stärkande roll för deras identitetskänsla. I sådana fall där

vården är tillräcklig och har en *etisk kvalitet*, kan diagnosens roll bli rakt motsatt än den var för Elin. I de här exemplen *stärker* diagnosen jaget, i och med att patienterna får mer självkänedom om varför de har insjuknat och en mer flexibel syn på sig själva, på omvärlden och vad de vill göra med sina liv.

För dem av mina intervjuade som hade fått bra vård fungerade diagnosen därför som vad jag i avhandlingen har talat om som en *transitiv kategori*. Med begreppet transitiv kategori eller transition, menar jag att en diagnos kan få en roll av att förändra en människas tänkande och liv mot någonting nytt. Vad Hacking och många andra sjukdomsteoretiker inte uppmärksammar tillräckligt väl inom medikaliseringsdebatterna, är hur diagnosens mening på ett sådant intimt sätt är sammankopplad till den hjälp som vården kan ge. I avhandlingen har jag beskrivit hur kritiken mot medikaliseringen ofta går ut på att man säger att diagnoserna minskar det personliga ansvaret för olika livsproblem. Mina undersökningar av anorexidiagnosen pekar mot det rakt motsatta – beroende på vården kan en diagnos öka känslan av ansvar för det egna livet. Detta är en av de viktigaste poängerna om diagnosernas olika roller i min avhandling.

## **9.5 Bordos socialkonstruktivistiska syn på anorexi och vad den försummar: att diagnosens mening är förbunden med den roll den får för patienten**

Tidigare i kapitlet sade jag att Hacking visade hur det kan finnas olika nivåer av engagemang hos en socialkonstruktivist. Vad en socialkonstruktivist vill uppnå, måste man därför tolka utgående från varje enskild forskare inom sitt område. Det här är också anledningen till att jag här kommer att analysera och kritisera enbart hur en forskare, Susan Bordo, tänker fram sina socialkonstruktivistiska förslag. I essän *Anorexia Nervosa. Psychopathology as the Crystallisation of Culture*<sup>491</sup> i boken *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body* arbetar hon fram ett socialkonstruktivistiskt synsätt på anorexin. I min diskussion kommer jag att använda Hackings undersökningar av vilka bakgrundsantaganden socialkonstruktivistiska idéer reagerar emot. Så här kan man få en bättre bild av vilken sorts socialkonstruktivism Bordo arbetar med när hon beskriver anorexin inte som en mental störning utan

---

<sup>491</sup> Bordo, ss. 139-164.

som en kristallisering eller uttryck av en kultur.

Den bild den breda forskningslitteraturen kring ätstörningar ger, är att det har funnits och finns en mängd olika sätt att se på hur sjukdomarnas orsaker skall förstås och beskrivas. Till exempel nämner Bordo att psykiatrikern Paul Garfinkel och psykologen David Garner i boken *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, som utkom år 1982, beskrev sjukdomen som en "multidimensionell störning".<sup>492</sup> De menade att familjeanknutna, perceptuella, kognitiva och biologiska faktorer interagerade med varandra i en mängd olika kombinationer, för att hos varje individ slutligen finna sig en slutgiltig och gemensam utgång. Enligt Bordo består ändå en stor del av den kliniska litteraturen kring ätstörningar av olika försök att beskriva dem, klassificera och utarbeta vilken patologi de vilar på, vilket styr all forskning. I de ledande tidskrifterna har man försökt att länka ätstörningarna till någon enskild patologi såsom till biologiska, psykologiska eller familjerelaterade faktorer samtidigt som man med olika studier har velat demonstrera hur ätstörningarna tillhör någon etablerad diagnostisk kategori såsom de depressiva, affektiva eller de perceptuella kategorierna. Svårigheten enligt Bordo, är att anorexi och bulimi förekommer i så vitt skilda befolkningsgrupper att det blir svårt att hitta en medicinsk definition som skulle vara gemensam för alla sorter av ätstörningsproblem. Och ju mer man har slagits av hur mångfaldig ätstörningsproblematiken är, desto mer energi har man satt ner på att exempelvis ta fram precisa klassifikationer med undergrupper av ätstörningar (som t.ex. ätstörning UNS eller hetsättningsstörning, binge eating disorder, BED).<sup>493</sup>

I sitt banbrytande verk *Eating Disorders* som publicerades år 1973, hade Bruch inte diskuterat genusbegreppet i sin tolkning av ätstörningarnas problematik, skriver Bordo. De orsaksmodeller som dominerade under det följande årtiondet var koncentrerade på utvecklingsmässiga faktorer och på familjeproblem där idéerna grundades på ett psykodynamiskt tänkande. Men det fanns även teorier som utgick från perceptuella och kognitiva dysfunktioner. Inom alla dessa förklaringsmodeller existerade det visserligen, påpekar Bordo, kulturella analyser kring sociala faktorer och kring smalhetsidealets inverkan, men förståelsen av hur genus konstrueras och av andra sociala faktorer var ytlig och osystematisk. Den kulturella undersökningen bestod av empiriska studier av hur mediala bilder (bl.a. *Playboy* och

---

<sup>492</sup> Ibid., ss. 140, 320.

<sup>493</sup> Ibid., s. 49. I DSM-5 på ss. 329-354 kan man se vilka ätstörningsproblem som nuförtiden beskrivs under en diagnos.

vinnare av Miss Amerika-titeln under 1980-talet) av smalhet påverkar kvinnors självuppfattning, hur kvinnor påverkas av andra kvinnor att vilja vara smala och hur kritik av mödrar inverkar. Hur mäns och pojkers sårbarhet för populära bilder samt hur också deras begär och rädslor har förorsakat press på flickors och kvinnors liv lade man inte någon fokus på i dessa undersökningar.<sup>494</sup>

Som jag tidigare i detta kapitel har tagit upp, har Hacking redogjort för att de flesta socialkonstruktivister är ute efter att kritisera något specifikt förhållande. Vad Bordo reagerar emot och är kritisk inför, är att man inom den psykiatriska och psykologiska litteraturen efter Bruch, inte har gjort tillräckliga kulturella och feministiska analyser av framförallt smalhetsbegreppet. Hon menar att man inte undersökt *meningen* med smalhetsidealet vare sig när det gäller anorektikerns beteenden och upplevelser eller som en struktur i samhället som uttrycker olika typer av ideal, rädslor och sociala förändringar.<sup>495</sup> Hon hävdar att man måste ställa sig frågande till varför unga kvinnor låter sig styras av ett magerhetsideal som fått övertag över de andra rundare kroppsnormerna.<sup>496</sup> Vad man ytterligare kan uppmärksamma är hur Bordo resonerar inom det samtida forskningsparadigmet den diagnostiska realismen/naturalismen kontra socialkonstruktivismen, och de här två positionerna är, som jag nämnt förut, ute efter att definiera vad psykiatriska diagnoser *är*. Bordo skriver inte ut att hon betraktar ätstörningar som sociala konstruktioner, men hennes tänkande och argumentation följer ändå ett mönster där man utgår från att de mentala störningarnas natur kan definieras och därigenom förklaras och förstås antingen utifrån en biologisk eller en kulturell modell:

The central point of intellectual orientation for this essay is expressed in its subtitle. I take the psychopathologies that develop within culture, far from being anomalies or aberrations, to be characteristic expressions of that culture; to be, indeed, the crystallization of much that is wrong with it. For that reason they are important to examine, as keys to cultural self-diagnosis and self-scrutiny.<sup>497</sup>

---

<sup>494</sup> Ibid., ss. 45-46.

<sup>495</sup> Ibid., s. 46.

<sup>496</sup> Ibid., s. 141.

<sup>497</sup> Ibid., s. 141.

Rebecka, som fick ätstörningsproblem när hon var kring 16 år, reflekterar över anledningen till att hon insjuknade i anorexi:

Jag har alltid varit ganska osäker på mig själv och haft dåligt självförtroende och så där. Och när jag gick i lågstadiet så blev jag utfryst och jag blev ganska tystlåten och ganska för mig själv. Och sedan när jag började i högstadiet så då fick jag litet kompisar och då var det en del av dem som ville börja banta. Och då tänkte jag att jag skulle haka på bara på skoj och för att försöka vara litet nyttig. Jag tänkte att det inte kunde skada att försöka vara litet hälsosam men sedan märkte jag att jag var ganska bra på det där och att vara nyttig av mig så jag började gå ner i vikt fast jag egentligen inte behövde det och kanske inte hade tänkt det från början heller. Och sedan så blev det automatiskt att det blev litet så där tvångsmässigt, det blev litet så där att jag kände mig bra om jag var nyttig och typ tränade mycket. Jag gick ner litet i vikt men det var nog ändå inte så där jätteallvarligt. Och sedan så höll jag på med idrott och så fick jag chansen att vara med i representationslaget och då blev det viktigare att vara med där så då gick mina ätstörda tankar litet över och så satsade jag hårt på idrotten och ville bli bra på det. Och sedan blev det ganska snabbt att jag verkligen skulle satsa på min idrott och se hur långt jag kunde gå.

Jag var ganska målmedveten och prestationsinriktad. Och ju äldre jag blev desto hårdare krav blev det, högre press och jag ville ju väldigt gärna spela i startuppsättningen och ville verkligen vara med och spela matcher på riktigt. Det var med representationslaget då och fastän jag var väldigt ung så bestämde jag mig för att nu ska jag verkligen träna på ordentligt och slå mig in i laget och jag började träna mer och så var jag noga med maten och såg till att allting skulle bli rätt och ge mig rätt förutsättningar. Men jag var ändå inte riktigt nöjd utan det kändes som att det inte riktigt gick framåt tillräckligt och så där så jag tränade på mer och mer och så småningom blev jag också mer noga med maten. Och sedan vet jag inte riktigt men det blev som en tvångsmässig idé igen med den här träningen och jag övertränade egentligen.

Nu när jag tänker tillbaka så vet jag att jag åt för litet och tränade alldeles för mycket för att ha någon chans att överhuvudtaget att gå framåt men det förstod jag inte då utan jag tänkte att jag inte tränade tillräckligt, att jag inte var tillräckligt bra helt enkelt. Så, jag började känna mig ganska dålig och typ misslyckad som inte klarade av att bli bättre fast jag tränade mycket. Och sedan kom de här tankarna på min kropp och allt det här tillbaks som att jag kände mig dålig, misslyckad och ful och, ja, jag var inte nöjd med mig själv helt enkelt. Sedan blev det som att det

nästan blev ett nytt fokus. Så här att om jag inte kunde lyckas med idrotten så skulle jag i alla fall se till att typ, ja, ha snygg kropp och liksom känna mig bra på andra sätt. Och det blev nästan som att det blev huvudfokus. Det var så jättekrångligt, jag ville ju idrotta och vara bra på det men samtidigt kände jag mig dålig så det var jättekonstigt och sedan blev jag verkligen jättefokuserad på min kropp istället. Ja, och då, jag sökte ju hjälp ganska tidigt, det var jag själv som tog kontakt med läkare för jag kände att det inte var rätt. Jag visste ju att jag ville bli bra på min idrott så jag förstod inte varför jag höll på och noja så mycket med min kropp. Så, jag tog kontakt med läkare och han sa ju att jag hade anorektiska tankar och att jag hade en ätstörning redan då och han tyckte att jag borde ta en paus med idrotten och vila litet för jag var väldigt övertränad också. Men det ville jag absolut inte göra utan jag ville fortsätta idrotta. Jag hade nästan fått den identiteten att jag skulle vara en idrottare. Jag var liksom en idrottare och jag kunde ju inte sluta idrotta för vem är man då typ. Så, jag kämpade ändå men jag åt alldeles för litet och allting blev ganska så här att jag tappade livsglädjen, ingenting kändes roligt längre. Och det här bara fortsatte och till slut orkade jag inte idrotta längre för jag var helt slut och då kom jag överens med läkaren om att jag behövde ta paus. Jag kunde inte fortsätta idrotta. Men när jag slutade idrotta så då slutade jag i princip att äta istället för då kändes det som att jag åt för att orka idrotta. Så nu kände jag att varför ska jag äta och liksom om jag inte tränar så kan jag inte äta. Det var då som allting eskalerade och då rasade jag i vikt, då brakade det loss. Så det var väl det som gjorde att jag fick min diagnos. Men jag vet inte exakt när jag fick den heller. Alltså, för först när jag träffade min läkare så då var jag inte så undernärd så jag fick ätstörning UNS, eller vad det heter, och sedan så småningom så vet jag att jag fick anorexidiagnos men jag vet inte exakt när jag fick den. Så det är väl hela historien.

Rebecka försöker här ge uttryck för en mängd svårigheter hon hade i hur hon förhöll sig till sig själv, kompisar, sin kropp, idrotten och till livet i stort, under den period som så småningom ledde till att hon insjuknade i anorexi. Genom Rebeckas berättelse kan man få syn på hur anorexidiagnosens betydelse innehåller en moralisk meningsdimension eftersom den hjälpte henne att kunna sätta ord på sina olika svårigheter i den unika situation som var hennes. Diagnosen och vården hjälpte henne att få grepp om sina känslor och tankar när hon kände att tillvaron gled henne ur händerna. Vilka de medicinska orsakerna till Rebeckas insjuknande än var, illustrerar hennes exempel, att hur hon *upplevde* sitt insjuknande och hur hon *berättade* om det efteråt, blev en viktig del av



vad anorexin och diagnosen kom att betyda för henne. Diagnosens roll var att få tillbaks kontrollen över hela livssituationen, som hade sparat ur, både för henne själv och för hennes anhöriga. Vad olika orsaksteorier om anorexi inte beaktar är att individer kan ha olika mål i livet. För Rebecka var det att bli elitidrottare. Att vården blev så tillfredsställande för hennes del var delvis för att hennes intressen och livsmål diskuterades och omvärderades. Eftersom man inom vården rekommenderade att hon skulle sluta med elitidrotten, fick hennes liv en helt ny vändning och livsinriktning. Det här är även anledningen till att Rebecka talar om sin diagnos som att den stärkte hennes identitet, självkänsla och handlingskraft i livet.

Som också var fallet med Katja i det föregående kapitlet, illustrerar även Rebeckas exempel värdet av en vård som diskuterar de livsproblem som kan anslutas till ett anorektiskt beteende och som kan uppstå på olika sätt eftersom varje individ lever i en speciell och konkret situation. Vad jag vill belysa och konkretisera med detta exempel är, att den etiska blicken eller viljan att hjälpa någon och den existentiella förståelsen av patienten, redan finns där inom vården. Att jag har velat lyfta fram betydelsen av att man bemöter patienter moraliskt inom ätstörningsvården, är inte att införa en ny etisk dimension i vården, det är enbart att synliggöra de moraliska begrepp såsom *omsorg*, *medkänsla*, *uppmärksamhet* och *tålmod*, som redan finns där. Av Rebeckas exempel kan man förstå att tanken om ett moraliskt bemötande av patienter i meningen av det lyhörda och öppna lyssnandet, är en rimlig påföljd och en *tillämpning* av mitt förslag om det etiska sjukdomsbegreppet.

Om man låter sig styras av ett orsaks- och definitionstänkande om diagnoser som utformar sig i biologi eller i socialkonstruktivism förbiser man lätt, att den *betydelse* en diagnos kan få för patienten kan formuleras i *andra* begrepp än vad biologiska eller samhällsliga förklaringar kan erbjuda. Man kan inte förstå Rebeckas diagnos utan begrepp som självinsikt, att få kontroll över sitt liv eller självständighet och dessa begrepp är moraliska till sin karaktär. Vad Bordos tankegångar förbiser, är att man för att bli klar över vilken mening diagnoserna kan ha, måste utgå från vilket meningssammanhang enskilda sjukdomsberättelser uttrycker, och inte från ett forskningsparadigm där utgångspunkten är att man ska kunna definiera de mentala störningarna utgående från biologiska eller samhällsliga orsaker.

Bordos diskussion kring ätstörningar är komplex, hon går i polemik med bland annat feminister som historikern Joan Brumberg som

”reducerat ätstörningarna till en fråga om smalhet”.<sup>498</sup> Hon beskriver också sin analys som politisk, hon vill uppmärksamma läsaren på det ökande antalet ätstörningar och dess relation till patriarkal kultur och postindustriell kapitalism. Hennes utgångspunkt skiljer sig delvis från min kunde man kanske säga, men de två korsar varandra i många avgörande frågor. Den socialkonstruktivistiska kulturkritik som Bordo kan sägas representera har dessutom ett stort inflytande på hur ätstörningsfrågor uppfattas och därför anser jag att det är meningsfullt att bemöta henne också på detaljplan. Jag delar inte hennes politiska projekt, men ifall en patientberättelse skulle lyfta fram kulturella bilder som en orsak till ätstörningen så är det utifrån min idé, det som vore viktigt att ta fasta på. Man kan nog slå fast att det finns många anorexipatienter, vars sjukdomsberättelser inte omfattar vare sig patriarkala modeller eller kapitalistiskt påverkande. Frågan är då hur man bör förhålla sig till förklaringsmodeller som fokuserar på någon av sjukdomens möjliga maktaspekter alltför starkt. Då man läser Bordo så slås man ändå av att hon såväl undersöker bildspråket i reklamer och analyserar hur kvinnor reagerar på det. Hon relaterar dessutom till sin egen upplevelse som en kvinna som brottats med ”vikt och kroppsbuildsfrågor hela sitt liv”.<sup>499</sup> Den diskursiva modell hon för fram bottnar ändå i den individuella kvinnans upplevda problem med sin kropp, med sin hunger, sexualitet med mera. En maktanalys av de kulturella mönstren som antas producera ätstörningar är inte oviktig, men faran med en framgångsrik och på många sätt befriande social teori kan vara att den tränger ut andra förståelser av det problem den har som uppgift att klargöra. Vad jag vill säga är alltså att det finns anledning att göra en kritisk läsning av Bordo också i detalj eftersom det hon säger i sin maktkritik så ofta rör sig på ett individuellt plan, kring de frågor som är centrala för den människa som drabbas av en ätstörning.

## **9.6 Dualist-axeln. I en familjesituation där det förekommer mental sjukdom uppkommer inte frågan om sjukdomen är verklig**

Enligt Bordo finns det ingen enhetlig struktur inom kulturen som producerar anorexi och ätstörningar, istället är anorexi ett symptom på att det i vår samtid existerar många olika typer av rädslor och svårigheter. Som jag förstår Bordo, menar hon att det genom kulturen

---

<sup>498</sup> Bordo, s. 32.

<sup>499</sup> Ibid., s. 32.

löper vissa idéströmningar som man kan skilja från varandra och som hon kallar för "kontinuitetsaxlar", eftersom vissa av idéerna strömmar fram genom historien och in i vår moderna tid, där de tre slutligen möts och finner sitt gemensamma utlopp i anorexin. De tre kontinuitetsaxlar som Bordo diskuterar är dualist-axeln, kontroll-axeln och genus/makt-axeln. Den första axeln kan beskrivas som ett flöde av dualistiska idéer som strömmar fram i vår moderna tid – vilka har sitt ursprung i filosofen Platon, fortsätter att utvecklas genom filosofen och teologen Augustinus och finner sin moderna metafysiska och vetenskapliga form genom Descartes filosofi. Bordo talar här om vårt dualistiska arv: uppfattningen om att den mänskliga existensen är indelad i två realiteter eller substanser: å ena sidan den kroppsliga eller materiella och å den andra; den mentala eller själsliga. Trots att de dualistiska idéernas form har varierat genom historien har dualismen några karakteristiska drag som ännu idag är igenkännbara och som enligt Bordos uppfattning, bildar utgångspunkten för hur en anorektiker förstår sin själsvält och uppfattar sin kropp.

För Descartes var medvetandet/tänkandet och kroppen ontologiskt skiljaktiga från varandra – de var två skilda substanser av fullkomligt olika natur med ingen egenskap gemensam. Han beskrev det inre tänkande självet som det essentiella medan han såg kroppen som ett materiellt skal, mekanisk och maskinell till sin funktion och jämförbar med djurens existens. Den första dualistiska bilden, som anorektikerns kroppsupplevelser därigenom följer, är att kroppen upplevs som *främmande*, som ett icke-själv eller som ett ting som är fastbundet vid jaget. För det andra upplevs kroppen som en *fångenskap* eller *begränsning*: ett "fängelse", ett "träsk", en "bur", eller en "dimma" – detta är skriver Bordo, ett bildspråk som förekommer hos Platon, Augustinus och Descartes om kroppens ofullkomligheter – från vilken själen, viljan eller medvetandet försöker fly. Den tredje metaforen Bordo beskriver är kroppen som *fienden*.<sup>500</sup> Detta är en bild som också förekommer hos dessa tänkare och hon citerar ur en av Platons dialoger *Faidon*, där Sokrates lyfter fram kroppens begär och svagheter som en källa till att människan inte förmår tänka förnuftigt:

Kroppen bereder oss nämligen oräkneliga besvär eftersom den måste livnäras, och dessutom hindrar den vår jakt på det som är så snart den drabbas av sjukdomar. Den fyller oss också med lustar, begär, rädslor, skenbilder av alla de slag och med strunt i sådan

---

<sup>500</sup> Bordo, ss. 144-145.

mängd att det verkligen blir precis som man brukar säga att man aldrig får chansen att tänka en tanke på grund av kroppen. Krig, revolutioner och strider – det är ingenting annat än kroppen som orsakar dem.<sup>501</sup>

Den fjärde och sista metaforen är kroppen som ett härbärge för *allt som hotar våra försök till kontroll*. Enligt Bordo, kan man hos alla dessa tre – Platon, Augustinus och Descartes, finna instruktioner och regler för hur man kan återfå kontrollen över kroppen och framförallt i betydelsen att uppnå intellektuell befrielse från de kroppsliga villfarelserna, att bli oemottaglig för dess lockelser och att släcka dess begär, längtan och hunger.

Enligt Bordo, som har undersökt ett antal patientberättelser i litteraturen, beskriver många anorektiker den "verkliga besattheten" som bestående inte i en rädsla för fetma, utan som en fasa för själva hungern och att inte ha kontroll över de biologiska funktionerna. Bland annat använder hon berättelser från psykoanalytikern Kim Chernins bok *The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness* (1981) samt Bruchs redan nämnda *Eating Disorders*. Bruch hade noterat att anorexipatienter upplever kroppsliga förnimmelser såsom hunger, köld och värme men även emotioner och ångest som någonting främmande, som att de härstammar från ett område utanför självet. Och eftersom kroppen upplevs som någonting externt och som ett *annat* beskriver anorektiker ofta *meningen* med sin självsvält och med idealet att vara för smal, som att de känner sig fångna i sina kroppar eller till och med som en önskan att existera *utan kropp*. Men trots att anorektiska kvinnor ofta uttrycker ett helt system av dualistiska idéer och associationer, skall anorexi ändå inte förstås som en filosofisk hållning utan som ett försvagande lidande. "Anorexia is not a philosophical attitude; it is a debilitating affliction", skriver Bordo.<sup>502</sup>

Här kan man notera en intressant egenskap hos Bordos resonemang, som man också kan känna igen hos andra samhälleliga diagnoskritiker och forskare vilkas tänkande reflekterar socialkonstruktivistiska idéer. Om man tänker på hur jag tidigare i kapitlet beskrev hur Hacking redogör för hur socialkonstruktivister går till väga, kan man säga att man föreställer sig att de iakttar verkligheten från en neutral position för att sedan kritisera något rådande förhållande i samhället, som de vill kunna påvisa att inte är givet av naturen och därför

---

<sup>501</sup> Platon: "Faidon" i *Skrifter. Bok 1*. (Stockholm: Atlantis, 2000), s. 226.

<sup>502</sup> Bordo, ss. 146-147.

inte är ofrånkomligt och oföränderligt. Men om man undersöker Bordos tankevärld kan man se att hennes utgångspunkt inte är neutral; redan *innan* hon anlägger ett socialkonstruktivistiskt sätt att se på problemen har hon reagerat moraliskt på svårigheterna eftersom hon talar om dem som *lidanden*. Hon har samma moraliska utgångspunkt som jag har beskrivit att är grunden för att vi överhuvudtaget har en medicinsk verksamhet.

Bordos synsätt kan förstås som en grundläggande kritik mot det medicinska perspektivet på ätstörningar men samtidigt riktar hon även en feministisk kritik mot de kulturella kontinuitetsaxlar som hon anser att förorsakar ätstörningar. Hon anser att den medicinska modellen har mycket att förlora professionellt, ekonomiskt och filosofiskt om man inte försöker bevara integriteten av vad som har avgränsats som medicinens område och att dessa försök har inneburit en blindhet för de olika aspekterna av hur en kultur kan framkalla ätstörningar. Bordo menar inte att det handlar om en konspiration och eftersom det ändå existerar en medicinsk expertis vill hon inte förneka medicinens roll i att behandla ätstörningar, men hon verkar mena att medicinen som yrkeskår har utvecklat en kultur med snävt tänkande specialister med litet inflytande utifrån.<sup>503</sup>

Genom hur Bordo riktar sin kritik kan man iakttä vad det innebär att låta sig vara fången i ett vetenskapligt paradigm där man utgår från att psykiatriska diagnoser kan förklaras och förstås utifrån antingen biologiska eller kulturellrelaterade orsaker. Om man bara tittar på den medicinska modellen är det riktigt att den tenderar att snävas till i sin förståelse eftersom den förklarar sjukdomen från biologiska, psykologiska eller familjerelaterade orsaker och därigenom lämnar de kulturellrelaterade andelarna obeaktade. Men genom att Bordo vänder sig mot de medicinska förklaringarnas snävhet gör hon om samma misstag och blir lika begränsad i sin förståelse, genom att säga att det är *kulturen* som producerar ätstörningsproblemen. Till en början hade hon som jag beskrev det, *reagerat moraliskt* på ätstörningsproblemen och verkar ha den inställningen genomgående att det är problem som behöver behandling, trots att hon kritiserar medicinens sätt att definiera problemen. Men när hon vänder uppmärksamheten mot de kulturella kontinuitetsaxlarna sker någonting märkligt, hon *förlorar* kontakten till den *lidande människan*, som ändå var utgångspunkten för hennes kritik.

Mina intervjuer ger en insikt om att det anorektiska lidandet är komplext och svårt att tränga igenom. Skulle man exempelvis

---

<sup>503</sup> Ibid., ss. 53-54.

någonsin ha kunnat föreställa sig att man som sjuk i anorexi kan plågas så fruktansvärt mycket av ångest att man som Elin tar en klunk av propplösarvätska? Mycket av det lidande som mina intervjuade beskrev för mig kan för den som aldrig har upplevt eller sett det, framstå som någonting nytt, främmande och obegripligt. Katja beskriver hur hon när det var som värst kunde få svåra panikångestattacker, framförallt när hon skulle sova ensam hemma:

... Och då det var som värst så kunde jag – vid ytterdörren till exempel, så ytterdörren öppnar man utåt, så har vi en mellandörr som man öppnar inåt. Vi har ett skåp och jag drog fram lådorna framför mellandörren, så om någon skulle komma in så skulle det braka ordentligt och då skulle jag vakna av att någon kommer in. Så jag lagade sådana där små hinder. Jag flyttade också alltid tvättställningen framför sidodörren och öppnade en dörr där också så att det skulle braka där också om någon skulle komma in. Det var på den nivån. Jag var fruktansvärt rädd.

Intervjuaren: Det var som en fobi rent av.

Katja: Jo, absolut.

Många talade om hur mycket vardagslivet kan skruvas till för den anhöriga. Katja berättar:

... Egentligen förändrades mitt liv väldigt litet i jämförelse med hur min mans liv förändrades, då jag fick matprogrammet. Det här ska du äta. Jag var mammaledig då så min man kom hem, ja, morgonmål lagade jag själv, men han kom hem och lagade lunch åt mig. Jag kunde laga den men jag kunde inte sätta upp åt mig så på det sättet var han alltid hem och äta lunch. Och han kom hem då jag åt mellanmål, kvällsmat, kvällsmål. Han var med på alla mål och under ett år så höll vi på så där. Så hans liv förändrades mycket mer än vad mitt liv gjorde.

Intervjuaren: Fick han någon hjälp eller stöd då från ätstörningspolikliniken?

Katja: Nej, han fick inte det och det är faktiskt jättesynd för han skulle nog ha behövt det. Han har ju ännu panik över att jag inte ska äta. Han har nog fått trauma över att jag inte äter. Han är livrädd hela tiden, kontrollerar mig ännu jättenoga. Så vi har nog haft enorma gräl över den här maten. Det har varit ett stort problem. I

något skede fick han ett nummer, jag minns inte om det var från ätstörningspolikliniken, men han fick ett nummer till en man som hade en fru som – vi var litet i samma ålder och de var litet i samma situation – men jag minns inte om han ringde till honom någon gång. Jag vet inte. Någon enstaka gång har han gått till en psykolog, men inte har han alls fått den hjälp som han skulle ha behövt. Absolut inte. Han borde ha fått gå en gång i månaden till ätstörningspolikliniken han också.

Det anorektiska lidandet handlar dels om hur sjukdomen upplevs av patienten, alla tvångstankar om mat och de tvångsmässiga beteendena som ångesten och sjukdomen driver patienten in i. Men det handlar också om hur det anorektiska beteendet påverkar sådant som vardagsrutiner och relationen till den anhöriga som också kan ha påverkats emotionellt av den insjuknades känslor och beteenden. Därtill talade mina intervjupersoner om sådant som att känna ångest och rädsla för stigmatisering, för att inte få rätt sorts vård, om en skamkänsla för att man betar sig irrationellt – Katja skämdes för att hon inte vågade sova ensam. Också Elin beskrev hur hon hade ansatts av ångest över vad hon hade gjort – att hon hade tagit en klunk av propplösarvätskan. Många beskrev också maktlösheten, utsattheten och isoleringen som kraften i sjukdomen och de snäva rutinerna ledde till. Maria beskriver familjesituationen så här:

Jag flyttade in hos min mamma och Peter som bodde i stan. Så vi bodde i en lägenhet på 60 m<sup>2</sup> och jag sov i deras kök. Min mamma blev sjukskriven med mig. Hon fick ju ha koll på att jag inte gick ut och gå. Vi steg upp på morgonen och hon lagade frukosten och hon fick ju nog gå på tå för skar hon tomaten för tjock eller för smal så var frukosten förstörd. För då åt jag inte. Samma sak med kläderna – jag kunde ju inte välja vad jag skulle sätta på mig utan det var min mamma som fick välja kläderna. Hon satte fram dem till mig och sa: "Det här kan du sätta på dig idag". Samtidigt så gick vi på en liten runda på stan eftersom vi bodde centralt. Hon visste att det litet skulle dämpa min ångest men ändå inte ta så mycket energi av mig. Och det här har hon berättat efterhand att, jag trodde ju att vi gick och höll varandra i armkrok och så där, men tydligen så var det som så att jag hängde på henne för jag orkade inte hålla upp mig själv och att alla gick och tittade. Men det upplevde inte jag att de gjorde. För jag var så avtrubbad. Det var ungefär så mina dagar såg ut. Att litet få komma ut och röra på mig. Och min mamma fick ta alla beslut i princip. För jag kunde inte välja någonting.

Granskar man sålunda anorexibegreppet genom sin kontext, ser man att de dimensioner lidandet kan uppgå i här, är någonting som når långt utöver de upplevelser och följder som många av de fysiska åkommorna leder till och vilka man spontant och med lätthet skulle kalla för sjukdomar, som till exempel diabetes eller vanlig influensa. Ur en kontextuell förståelse på sjukdom med blicken riktad på lidandet, och på hur vi reagerar med ett ansvar inför alla dessa varierande problem, skulle jag vilja säga att anorexin är lika hämmande och allvarlig som svåra kliniska depressioner, bipolär sjukdom eller schizofreni kan vara. Genom den moraliska synen på sjukdom, som är den bärande tanken i min avhandling och som vill blotta och fördjupa olika aspekter av den psykiska sjukdomens lidanden, blir det därför problematiskt att förstå varför man som Bordo skulle säga att anorexin bättre kan förstås som en kristallisering av en kultur och inte som en psykisk avvikelse eller störning.

En central tanke i mitt arbete som min diskussion om anorexi vilar på, är att man inte behöver ge sjukdomen en grund i biologiska eller mentala felfunktioner, för att man ska kunna förstå den som riktig. Om man tänker på mina intervjuer var det inga av de drabbade, varken patienterna eller de anhöriga som skulle ha förnekat att anorexin så som den förekom i familjen, var en sjukdom. Och så är det ofta, vill jag lyfta fram, i den verklighet där de närstående lever nära in på den sjuka. Många psykiatriska patienter kan vilja förneka sin sjukdom och har inte sjukdomsinsikt och det finns fall när en läkare kan ha feldiagnostiserat eller gett en diagnos när det inte skulle behövas etc. Men ifall man bortser från just sådana slags faktorer, visar mina intervjuer att en drabbad familj aldrig ens skulle komma på tanken att tala om sjukdomen som någonting *utöver* hur sjukdomen grep tag i deras liv, i hur de förändrades som individer och hur den fick hela livet att stanna av. Själva frågan *om anorexin är en verklig sjukdom* existerar överhuvudtaget inte i en sådan familjesituation. Genom att se på diagnoserna från en kontext kan man så få syn på hur de två positionerna naturalismen och socialkonstruktivismen faller sönder och blir upplösta. Dessa positioner är irrelevanta i en familje verklighet där man behöver diagnosen för att kunna sätta ord på vad svårigheterna består i och hur de kan övervinnas. Intervjumaterialet exemplifierar hur både biologism och socialkonstruktivism är ohållbara som förklaringsmodeller för varför vi använder oss av och vad vi menar med våra sjukdomsbegrepp i olika situationer. Det här betyder inte att jag skulle förneka diagnosernas biologiska eller socialkonstruktivistiska sidor helt och hållet. Betraktar



man sjukdom från ett helhetsperspektiv, insjuknar man alltid i en samhällelig kontext och vi är kroppsliga – därför kan man inte utesluta att biologiska och kulturella faktorer samverkar på en mängd olika sätt. En moralisk syn på diagnoser talar följaktligen för både medicinering, när sådan behövs och för att man kan förändra samhället, samtidigt. En medikalisering behöver inte utesluta samhälleliga insatser. Vad jag vill visa är att de här två positionerna inte förtjänar den auktoritativa roll och status de har i en debatt där man utgår från att sjukdom kan definieras i en objektiv vetenskaplig terminologi.

Även Bordos tankearbete kring dualismen hon noterar i de insjuknades emotioner och beteenden kräver en diskussion. När anorektiker uttrycker sig med att de skulle vilja fly från sina kroppar eller att de skulle vilja existera utan kropp beskriver de sina upplevelser *inifrån* sin sjukdom: de talar i metaforlika bilder utifrån sitt psykiska illamående. Misstaget Bordo gör, är att hon tar på allvar och tillskriver en mening åt dualistiska idéer, som anorektiker gett uttryck åt under de perioder de inte har kunnat kontrollera sitt eget tanke- och känsloliv. Under Bordos tal om anorektikerns dualistiska tendenser döljer sig en bild av hur det sjukliga anorektiska medvetandet tros fungera; att det är enhetligt i den meningen att det sjuka jaget alltid vill ett och detsamma. Men som jag har illustrerat med mitt intervjumaterial i mitt tidigare kapitel, är anorektikerns jagupplevelser väldigt omväxlande. Onekligen är det så att den som är sjuk inte kan styra sitt vilje- och själsliv, annars skulle vi inte i vardagslivet tala om anorexi som om det handlade om en sjukdom. Den anhöriga står som handfallen inför de problem som vi talar om som mentala störningar eller sjukdomar, så också inför anorektikerns beteenden och upplevelser. Men samtidigt kan den sjuka också längta bort från det livsspår som anorexin har fört in personen på. Det finns så att säga ett existentiellt område hos anorektikerns jag, som ser och betraktar det friska och normala livet och som vill ta sig ur sjukdomens grepp. Vad jag vill lyfta fram emot Bordo är, att det inte alls är sagt att en anorektiker hela tiden är överens med sig själv om att hen exempelvis vill existera utan sin kropp. Att anorektikern beskriver hur illa hen mår genom metaforer talar för att man inte kan ta hens kropp/själ perspektiv på allvar filosofiskt. Det är istället genom att anorektikern uttrycker sitt lidande via metaforlika bilder om hur hen längtar bort från sin kropp som man skulle säga att personen är sjuk. Genom detta perspektiv på det mångbottnade sjuka jaget och på hur man i vardagslivet reagerar på den sjukas bildlika uttryck som *tecken eller symptom på en sjukdom*, blir det problematiskt att framställa dualistiska idéer som *meningen* med

anorektikerns självsvält och upplevelser om kroppens avstånd till själen. Enligt min uppfattning är det missvisande att tänka sig att alla anorektiker skulle uttrycka ett slags kollektiv mening med sin anorexi eller sina symptom, som en reaktion på kulturella strömningar av dualistiska idéer och associationer eller andra kulturella maktförhållanden och omständigheter. Som jag konstaterade i det förra kapitlet insjuknar varje individ i ett unikt sammanhang oberoende av kulturen, därför kan man inte finna en kollektiv mening i anorexin; den existentiella betydelsen bör förstås som *personlig*.

På samma sätt som med Girards mimetiska teori, håller inte Bordos idéer som en kulturteoretisk förklaring av anorexin. Men man kan säga att hon beskriver hur kroppen kan kännas när man väl har insjuknat. Jag sade tidigare att Girards teori beskriver hur den sjuka fungerar i kraft av sin sjukdom; hen drivs in i ett rivaliserande begär efter att vara magrast av alla. En aspekt av hur det kan kännas att vara anorektiskt sjuk kan vara att alltmer fjärnas från sin kroppslighet; att uppleva den som ett fängelse, som ett kallt skal eller någonting sådant. Bordos teoretiserande innehåller därför också någonting viktigt. Det går inte att förstå anorexin som sjukdomsupplevelse eller diagnos utan att beakta hur kroppen känns och hur den som insjuknat talar om den egna kroppen. Det är också därför som det kan vara angeläget för vårdare att tala med sina patienter om hur de upplever sina kroppar. Men som jag tidigare har illustrerat med Katjas historia är det möjligt att de som insjuknat inte alls upplever sina kroppar genom en typisk dualism. Katja upplevde ju inte sin kropp som någonting som var mindre än det själsliga. Helt tvärtom reagerade hon på hur hennes feminina kropp upptog en alltför stor plats i tillvaron. Så ifall den som insjuknat har sådana dualistiska upplevelser är det också möjligt att hen har andra känslor och förhållningssätt till sin kropp. Ur ett kontextuellt perspektiv är alltså anorexibegreppets mening intimt förbunden med det kroppsliga.

### **9.7 Kontroll-axeln. Utgår elitidrottarens, maratonlöparens, kroppsbyggarens och anorektikerns vilja att kontrollera sina kroppar från dualistiska idéer?**

Bordo återger anorektikerns särdrag, enligt samma bild av en typisk anorektiker, som jag tidigare beskrivit att flera sjukdomsteoretiker och terapeuter omfattar, såsom förslagsvis Girard eller Claude-Pierre; att hen är perfektionistisk och vill glänsa inom alla områden. Som Bordo ser det, är anorektikern styrd av sina krävande föräldrar och utvecklar sedermera

anorexi som en vinst, eftersom kroppskontrollen ger personen känslor av kontroll och prestation. Bordo är också i det här avseendet styrd av idén om att det anorektiska jaget är enhetligt, eftersom hon anser att anorektikern inte störs av alla fysiska komplikationer och lidanden som den hårda svälten medför, istället påstår hon att anorektikern är nöjd och upplever eufori över att hen till fullo kan styra över och hårda kroppen.<sup>504</sup>

Bordo ser likheter mellan de känslomässiga fördelar anorektikern drar av sina försök att göra sig till härskare över sin begärliga och oregerliga kropp och nutidskulturens försök till ångestkontroll genom exempelvis tvångsmässig joggning, maratonlöpning eller olika former av triathlon tävlingar, där det centrala målet verkar vara att tänja på kroppens gränser ända fram tills att kollapsen är ett faktum. Vad som oroar Bordo allra mest är att samtidens överdrivna intresse för kroppsträning inte verkar sammanfalla med att man njuter av kroppsligheten – istället identifierar man sig med själen (eller viljan), med andliga ideal och med fantasier om total kontroll. Som exempel tar Bordo kvinnlig bodybuilding. Man skulle tro att kroppsbyggare är stolta, självsäkra och att de accepterar sina kroppar. Men även om det finns exempel på många sådana personer är det enligt Bordo, mera vanligt att kvinnliga kroppsbyggare talar om sina kroppar på samma sätt som anorektiker gör. Som bas för sina argument har hon undersökt intervjuer med kvinnliga kroppsbyggare bland annat gjorda av fotografen Trix Rosen i boken *Strong and Sexy* (1983) samt i några amerikanska tidskrifter, exempelvis artikeln "The New Puritans" i *New York Magazine* (1984), skriven av författaren Dinitia Smith. Genom sina ord förfrämjar kroppsbyggare sina kroppar påstår Bordo, och målet de är ute efter är inte hälsa utan de ser självförnekelsen som ett mål i sig självt och uttrycker en mystisk tro på en slags andlig renhet som den kan inge.<sup>505</sup>

Liksom anorektiker upplever även många kroppsbyggare att livet är okontrollerbart och erhåller därför en känsla av att ha uppnått någonting, genom att kunna behärska det kroppsliga. Upplevelsen av kontroll härstammar, som Bordo beskriver det, från två olika källor. För det första är både anorektikern och kroppsbyggaren övertygade om att man kan övervinna alla fysiska hinder och driva sig själv till ytterlighetens gräns för att uppnå sina mål. För det andra gäller det förtjusningen över att ha full kontroll över hur kroppen ser ut. Enligt Bordo förmår inte anorektikern se sin kropp på något annat sätt än hur

---

<sup>504</sup> Bordo, ss. 148-150.

<sup>505</sup> Ibid., ss. 151-152.

hens inre bild dikterar. I samma mån som anorektikern är styrd av asketiska smalhetsideal, styrs även kroppsbyggaren av sin mentala bild av hur hen vill forma sin kropp.

Vad uttrycker den samtida kroppsfetischismen? – frågar sig Bordo. I vår nutidsvärld är vår överlevnad ofta beroende av "specialister", maskiner och sofistikerad teknologi vilket innebär att även om vi lever längre än förr, uppfattar vi omständigheterna kring sjukdom och död som mer främmande, outgrundliga och som mer nyckfulla än någonsin tidigare. Samtiden kännetecknas mer än någonsin av att vi inte kan kontrollera tillvaron och därför blir maten ett sätt att uppleva kontroll och självtillräcklighet. Bordo uppfattar därför den upplevda tryggheten som nutidsmänniskan erhåller från sin tvångsmässiga kroppsfixering och träning, som ett resultat av känslor av kontroll och självständighet i en ohanterlig värld. Men kroppsfetischismen uttrycker inte bara fantasier om självtillräcklighet den reflekterar även att vi alla är *allierade* med en kultur som inte vill kännas vid kroppens förfall och död. Det är enligt Bordos nutidsförståelse unikt för moderniteten att vi har byggt upp en teknologi som kan hålla oss levande för en oöverskådlig tid framåt och att vi underhåller drömmen om evig ungdom, genom att bygga upp våra kroppar så att de vid 40 års ålder förväntas uppvisa samma elasticitet och muskelstyrka som vid en ålder av 18.<sup>506</sup>

Det finns en hel del som kan kritiseras angående hur Bordo förstår likheterna mellan anorektiker, olika tävlingsidrottare eller långdistansjoggare samt hur hon skildrar människors rädslor och målsättningar i dagens värld. Man kan ifrågasätta de dualistiska idéerna som ligger som grund för Bordos syn på kroppskontroll och som hon hävdar att gäller för de olika tävlingsidrottarnas och kroppsbyggarnas inställning till sina kroppar. Det är till exempel inte så konstigt att Bordo har hittat likheter mellan hur anorektiker och kvinnliga bodybuildare talar om sina kroppar, eftersom man kan tänka sig att många kvinnor som påbörjar någon form av fitness-träning kan ha brottats med problematiska kropps bilder. Däremot är det knappast troligt att *alla* kvinnliga kroppsbyggare lider av bristande kroppslig självkänsla och sviktande kroppsacceptans och att de tränar för att uppleva den här typen av kontroll över kroppens brister. Frågan är om Bordo genom sitt generaliserande av det empiriska materialet ändå lyckas fånga något som kan sägas vara allmänt för kvinnliga kroppsbyggare? Det finns ett drag i idrott som handlar om att kontrollera sin prestation som kan sägas ha likheter med anorexin. Båda två går via kroppen, är ofta mätbara – men

---

<sup>506</sup> Ibid., ss. 153-154.

det är inte sagt att syftet med denna prestationskontroll behöver vara speciellt lika. Idrottaren kanske tävlar för att nå uppplagda mål, förbättra sin hälsa, se vad hen kan klara av. Anorektikerna igen verkar ofta, på basis av mina intervjuer, se kroppskontrollen som ett sätt att införa ordning i en kaotisk livssituation och livet i stort. Bordo fångar in beteenden som säkert kan förekomma, men med det sagt är det inte klart att dessa sidor av kroppsbyggandet är beskrivande för varför stora delar av kvinnor bygger sina kroppar på gymmen. Istället för att generalisera kunde hon ha sagt att upplevelsen av kontroll bara är ett perspektiv på vad en kvinnlig kroppsbyggare vill uppnå. Däremot kan själva känslan av att ha kontroll vara ganska liknande för en kroppsbyggare och en person som har anorexi.

Ett mera grundläggande problem är att hon hävdar att idrottare skulle ha en dualistisk attityd till sina kroppar och till sin träning. I all idrott och kroppslig träning ingår det implicit att kroppen är lika grundläggande som själen eller medvetandet. För att överhuvudtaget kunna prestera bättre och kunna överskrida sina gränser måste inte bara det själsliga utan även kroppen hållas i form. Det kroppsliga och det själsliga är invirade i varandra och påverkar varandra oavbrutet. När en idrottare tränar sig mentalt för att kunna hålla sig lugn i stora tävlingar påverkar träningen inte bara det själsliga utan samtidigt också det kroppsliga. Hela människan lär sig att slappna av. Också i många situationer i vardagslivet förhåller man sig till kroppen som en väsentlig del av ens identitet eller existens. Som jag tidigare i kapitlet har velat visa, reagerar en anorektikers skeva kropps bild, på grund av att kroppen verkligen inte har en oviktig roll i våra liv: det existerar kulturella värderingar om vad det innebär att ha en sund kropps bild. Att feminister inom samhällsdebatter eller forskning alltsedan de Beauvoir har reagerat på kvinnlig sexuell objektifiering och analyserat vad den har betytt för kvinnors självupplevelse och varande i världen, är också det ett uttryck för en förståelse för vilken plats kroppen kan uppta och borde ha i varierande sammanhang, i media, i arbetslivet och så vidare.

Det är vidare litet märkligt att Bordo menar att det till tidens kropps fetischism skulle höra att man inte kan *njuta* av idrottandet eftersom det knappast ens hör till en tävlingsidrottarens värld att njuta av sin träning. Det är istället en annan slags tillfredsställelse och lust, än om man tänker i banor av det rent kroppsliga som elitidrottaren kan uppleva – en glädje över att lyckas nå sina mål eller någonting i den här stilen. Det är möjligt att förstå många av nutidens idrottsgrenar – triathlon, maraton eller olika former av fitness som en slags masochistisk njutning – man

njuter av att plåga sin kropp genom att tänja på sin egen smärtgräns. Som jag skulle vilja förstå det, kan fitness-träning, jogging eller maraton innehålla många olika aspekter; en kroppslig och själslig hälsoaspekt men även en estetisk sådan eftersom man kan anta att många tränar som en motvikt till ett stillasittande och mentalt krävande arbetsliv.

Jag vill även kommentera Bordos inställning till och förståelse av vår moderna tid som om den skulle vara mer omedgörlig och nyckfull än tidigare i historien. Helt tvärtom kunde man säga att mycket i den västerländska kulturen har blivit mer kontrollerbart än tidigare, till exempel kan kvinnor numera styra sina liv på ett helt annat sätt än tidigare. Ifall anorexi och andra ätstörningar skulle bero på nyckfulla omständigheter i människors och framförallt kvinnors livsvärld, så borde anorexi alltid ha funnits som ett sätt att kontrollera en fientlig och opålitlig omvärld. Det är svårt att komma underfund med hur Bordo som feministisk filosof kan undgå att tolka kvinnors livsomständigheter också genom ett längre historiskt perspektiv. Framförallt med tanke på att hon vill lyfta fram ett maktperspektiv på anorexin, eftersom hon betraktar disciplineringen av kvinnokroppen och förekomsten av ätstörningar som en hållbar strategi för social kontroll.

Om man undersöker mitt intervjumaterial kan man märka ett generellt drag i hur många av kvinnorna upplevde vad anorexin hade handlat om. De flesta såg sin anorexi som ett sätt att hantera ångest, ett sätt att uppleva kontroll över sin situation och ett sätt att hantera sina känslor inför en framtid som känns oviss. Att genom hårda dieter och olika sportaktiviteter kunna kontrollera kroppen kan ge en upplevelse av makt, att man åstadkommit någonting och att livet har ett mål. Det ligger därför en liten sanning i vad Bordo talar om, när hon säger att anorektiker uppnår en känslomässig trygghetsvinst med sin självsvält. Däremot går hon för långt när hon vill definiera alla anorektiker som perfektionister med krävande föräldrar och att det är kontrollbehovet som har en andel i att de insjuknar. Att någon insjuknar kan ha varierande, mångbottnade och personliga orsaker och behöver inte nödvändigtvis ha att göra med att man skulle ha en kontrollerande personlighet. Men när anorektikern så fort hen insjuknat, drar vinster av sin sjukdom hör det till själva sjukdomsbilden: anorexin som sjukdom fungerar så att den driver fram en persons perfektionistiska, kontrollerande och presterande sidor. Detta kan delvis begripliggöra varför det kan vara så svårt att få en insjuknad att själv vilja ta ansvaret för sitt ätande och att försöka bli frisk.

I sitt tal om anorektikerns vilja att kontrollera tillvaron är Bordo inte medveten om att anorektikerns mål och ambitioner inte kan anses vara enhetliga, eftersom hens jagupplevelser eller strävanden är sinsemellan motstridiga. Om man återgår exemplet Elin kan man minnas hur hon och hennes mamma stred om att få rätt sorts vård, att de var bittra över den vård Elin hade fått och i synnerhet att hon inte hade fått vård på den ätstörningsenhet som fanns i deras närhet, trots att hon var väldigt sjuk. Elins största sorg var att hon av vårdpersonalen hade blivit uppfattad och beskriven som en kroniker. Att hon redan när hon var sjuk hade svårt att ta till sig kronikerbegreppet och var bedrövad över att inte ha fått rätt sorts vård, illustrerar att det finns en sida hos anorektikerns jag som betraktar och bedömer omgivningens reaktioner, som ser det friska livet och som känner en önskan om att få tillfriskna.

Ur en sjukdomsaspekt blir det svårt att förstå varför Bordo drar paralleller mellan kroppsbyggare, triathlon-tävlare, vanliga joggare och maratonlöpare, speciellt med tanke på att hon är nogga med att poängtera att hon betraktar anorexin som ett lidande som behöver medicinsk behandling. Det finns vissa likheter mellan anorexins kroppskontroll och idrottarens kontrollerande inställning men analogin bär inte så långt som Bordo vilar sitt resonemang på. I en jämförelse med anorexin skulle det vara synnerligen vilseledande att tala om kroppsbyggarens eller maratonlöparens "tvångsmässiga" kroppskontroll och kroppsträning som en sjukdom eller som ett lidande. Kroppsbyggarens träning och kroppskontroll påverkar inte personens människorelationer och träningen leder till förbättrad livskvalitet även om den givetvis samtidigt också kan slita på kroppen. I de sammanhang där vi talar om något beteende eller om något problem som en sjukdom är det helt andra begrepp som kommer in än de begrepp som är av betydelse i sportsammanhang. Här handlar det snarare om begrepp som maktlöshet, isolering, oförståelse, självanklagelse och så vidare.

En essä som jag ofta återkommer till då det gäller hur man kan tänka över gränserna mellan normala känslotillstånd och de situationer när vi skulle säga att någon är psykiskt sjuk, är Hertzbergs essä "Om depressionens obeskrivbarhet". Han reflekterar över svårigheterna med att förstå vad en klinisk depression handlar om till skillnad från vanlig sorg. En av svårigheterna är att de känslor, såsom stark ångest eller förvirring som den deprimerade kan uppleva, är känslor som är svåra att uttrycka i ord och som inte hör till vanlig nedstämdhet eller sorg. Med andra ord, det *är* och *får* vara svårt att begripa vad den kliniskt deprimerade upplever. Man kan inte tala om att

det skulle finnas olika grader av nedstämdhet och att den sjukliga depressionen är en djupare form av nedstämdhetens känsloläge. Det är fråga om *två olika företeelser logiskt och kvalitativt*; begreppen förekommer i två skilda sammanhang.<sup>507</sup> I sammanhang då någon är deprimerad är det svårt att förstå dels vad den deprimerade upplever, men också vad reaktionen vänder sig mot, eftersom det objekt som nedstämda känslor vanligtvis riktar sig mot ofta kan saknas vid en depression. Någoting som är förbundet med Hertzbergs tankar är att en person som ofta reagerar med depressioner *överreagerar* på sådana situationer som inte i sig är så allvarliga. Vid sorgesituationer kan man förstå den sörjande på ett helt annat sätt än vid en depression. Här talar man om att kunna sörja med, man gör ett sorgearbete eller det ses som friskt att kunna sörja en tid. Visst finns det gränfall här också där man undrar om det handlar om en depression eller vanlig sorg, men poängen är att i de fall då omgivningen börjar ställa sig frågor om sjukdom, om personen behöver hjälp – då har situationen förändrats eller är på god väg att få en sjuklig inriktning.

Med hjälp av mitt intervjumaterial har jag utforskat de kontexter som är viktiga för förståelsen av varför vi överhuvudtaget talar om anorexin som en sjukdom. I Rebeckas fall skildrar mina intervjuer hur hela familjelivet rasade ihop när Rebecka så småningom insjuknade och blev sämre och sämre. Rebeckas pappa beskriver tydligt hur han som förälder själv mådde dåligt när Rebecka fick sin diagnos genom att han tvingades inse att hon verkligen var sjuk. I början hade han inte förstått hur sjuk hon var och han beskriver i intervjun hur han kände sorg över att egna dottern mådde så illa och hur hennes sjukdom fick hans självkänsla att svikta.<sup>508</sup> Hela livet började kretsa kring maten när det var som värst och han beskriver situationen som att det var som att få ett spädbarn till familjen på nytt:

Intervjuaren: Vi har redan berört den här frågan men på vilket sätt skulle du beskriva att vardagen förändras när ens barn får anorexi?

Roger: Ja, det beror på vilken fas du menar för det är en fas det här med att du får det och det försämras och det vänder och det förbättras och så här. Men jag skulle säga att under den här mest intensiva fasen så är det precis som att få ett spädbarn. Direkt på morgonen när man stiger upp så är det här morgonmålet det som gäller, den här stora saken. Sedan far man på jobb och sedan måste

---

<sup>507</sup> Hertzberg, s. 230.

<sup>508</sup> Se Rogers intervju.



någon hem för att kunna äta med henne på lunchen och sedan så ska det vara mellanmål och så ska det vara middag och kvällsmål och alla de här måltiderna blir ju uppblåsta. Det ska vägas och mätas och det ska sittas bredvid och det ska vara på ett speciellt sätt för att hon ska äta. Det ska vara rätt sorts mat. Det här med ätandet tar orimligt mycket tid och energi. Så det förändras praktiskt väldigt mycket och sedan förändras det på det här mera psykiska planet. Att man börjar fundera mera på det här med känslor och mående och man pratar mycket mera om de frågorna. Det är en stor förändring på många plan skulle jag säga.

Intervjuaren: När man får ett spädbarn kan det vara ganska svårt att t.ex. resa någonstans. Är det på samma sätt med anorexin? Blir man som förälder bunden till hemmet så att säga?

Roger: Jag skulle säga så här. Jag menar vi har ju haft ett sådant här väldigt fritt och bra liv i övrigt, man kan resa vart som helst och när som helst och fara med båten och allt sådant här men dom här måltiderna som ska vara på ett speciellt sätt sätter restriktioner på allting. Att ska vi fara ut med båten – har vi någon sådan mat som man kan äta på en holme som passar för Rebecka? Eller ska bara jag och frun fara nu så att vi hinner tillbaks till mellanmålet när det ska ätas? Så den här måltidssituationen tar över nästan allt i familjen under en period. Och till exempel så mädde hon ju väldigt dåligt då på sommaren 2012. Och jag och frun så brukar alltid fara ut till skärgården och vara där ett par veckor på sommaren och barnen är så stora nu att de kan vara ensamma hemma i stan. Och det där var nog väldigt en sådan här vända att: "Ska vi fara, ska vi faktiskt lämna henne med det här nu i en vecka eller två?". "Hur går det?", "Vad händer?" och så här. Det påverkar mycket. Och sedan brukar vi resa utomlands på sommaren när vi har semester och då blir det att: "Finns det någon sådan mat som Rebecka kan äta?", "Går det?". Så allt påverkas ju av hennes ätande egentligen. Och samtidigt är det så, de sa ju det från ätstörningsenheten då i början, att den bästa medicinen för Rebecka när hon var i den här fasen så det var mat. Alltså det var att kämpa för att normalisera ätandet så följer hennes välmaende med. Att hon börjar må bättre och så här. Så det här ätandet var väldigt viktigt under en period där. Och det var faktiskt så att vi hade en väg hemma där vi vägde varje gram mat.

Inom en familj behöver man diagnoser för att kunna kommunicera om problemen. En livsaspekt som inte infinner sig i idrottarens familjekontext. Rebecka säger:

Ja, alltså, just när jag var sjuk, så var ju hela sjukdomen väldigt konstig för mina föräldrar. De förstod sig inte på det helt enkelt. Och det blev väldigt mycket bättre, först genom att prata med läkare och få reda på vad det är men också genom familjeterapin för det är ju en psykisk sjukdom och jag tror inte att det är så många som vet hur psykiskt den fungerar. Och det tror jag att de fick hjälp med att förstå sig på. Just det här med att det är en ångesthantering och att jag inte gör det för att vara snygg och smal och sådana här grejer utan det är ju för att hantera ångest. Och ja, för jag tror min pappa kunde vara väldigt så här att han inte förstod vad jag höll på med och varför jag inte äter. Men de fick ju en förståelse för det.

En annan distinktion mellan anorektikerns kontrollbehov och olika träningsformer är att det är en väldigt stor skillnad mellan den existentiella ångesten över livet i allmänhet som exempelvis maratonlöparen hanterar med sitt springande och de ångestnivåer som den som är sjuk i anorexi tvingas hantera. Detta är, som jag skulle förstå det, inte en gradskillnad i ångestnivåer utan det är fråga om två olika slags sammanhang. Man kan inte förstå vad det är att vara psykiskt sjuk utan att förstå att ångesten är någonting som den psykiskt sjuka lider av och som påverkar andra negativt. På samma sätt som stark fysisk smärta kan få någon att sjunka in i sig själv, kan den sjukliga ångesten vara bedövande och handikappande och leda till att den som är sjuk inte kan vara närvarande fullt ut för de närstående. Det kan vara svårt att sätta sig in i vad den sjuka upplever, men ändå är den psykiska sjukdomens lidande till sin form ofta ett *delat* lidande. Med det här menar jag att den anhöriga kan drabbas av alla de förluster som sjukdomen inneburit för relationen med den sjuka. Eftersom anorexin ofta är förbunden med andra kliniska tillstånd som depressioner eller olika ångestsyndrom, kan anorektikern drabbas av sjukliga ångestfall som innebär ett lidande utöver de vanliga existentiella kval människor kan uppleva. Distinktionen mellan vanlig existentiell ångest och sjukliga ångestfall exemplifieras genom Elins berättelse om sin svåra anorexi, i och med att hon drack av propplösarvätskan när hon mådde riktigt dåligt. Den logiska skillnaden mellan dessa består exempelvis i hur begrepp som lidande, maktlöshet men också de anhörigas ansvarsreaktioner kommer in i det förra fallet medan springandet är ett exempel på att ta makt över och hantera sin allmänna ångest.

Som jag redan tidigare konstaterade släpper Bordo taget om den lidande människan, när hon riktar blicken mot de tre kontinuitetsaxlarnas idéströmningar som hon anser att förorsakar anorexi

och andra ätstörningar. Men det är inte bara den enskilda, sjuka människans svårigheter som Bordo inte ser tillräckligt bra, hon ser inte de specifika omständigheterna som omringar de problem som vi talar om som sjukdomar. Det lidande som kännetecknar anorexin och andra psykiatriska problem, är särpräglad och skiljer sig från andra former av lidanden eftersom problemen *drabbar* de anhöriga emotionellt, moraliskt och praktiskt på olika sätt. Elins mamma Susanne drabbades av en djup utmattningsdepression och var sjukskriven ett helt år, som en påföljd av dotterns svåra ätstörningsproblem.<sup>509</sup> Hur en anhörig drabbas eller påverkas av någons psykiatriska problem, beror på vilken sjukdom och diagnos det handlar om, på svårighetsgraden och om den psykiskt sjuka är ett barn eller en förälder. I sådana situationer där den sjuka är en förälder kan sjukdomen i allvarliga fall, försämra själva föräldraskapet. Mina intervjuer belyser inte alla sidor av hur en anhörig kan drabbas av någons psykiatriska problem. Eftersom jag vill fördjupa förståelsen av det psykiatriska lidandet, med patienternas väl för ögonen, kommer jag att beskriva några idéer ur min essä om vad svåra depressioner kan innebära för en hel familj.

Jag har i essän "Vi lämnades ensamma med mammas livslånga djupa depressioner",<sup>510</sup> som publicerades på Svenska Yles webbplats år 2016, beskrivit hur en förälders återkommande och allvarliga depressioner skadar den sjukas förmåga att vara känslomässigt närvarande och ge ömhet och stöd till andra, såväl i stunden som ur ett längre perspektiv. Som anhörig kan man bli tvungen att hantera en obearbetad livslång sorg över en relation som inte utvecklades normalt. På grund av den starka stigmatiseringen kan de anhöriga till psykiskt sjuka leva med nedtystade känslor kring den sjuka. En förälders sjukdomssvårigheter och omständigheterna kring dem kan till exempel ständigt reflekteras i hur den vuxna lever sitt liv, vilka val personen gör, vilka situationer hen kan uppleva som smärtsamma etcetera. Man kan uppleva ett *främlingskap* inför själva normaliteten: man ser till exempel hur *kärleken* uttrycks i andras relationer, som ett ständigt och plågsamt perspektiv på absurditeten i ens egna bakgrunds- och livsomständigheter. Det sjuka har blivit en del av ens identitet, inte i den meningen att man skulle vara sjuk men man ser med andra ögon på det friska och det normala, det liv som för andra kan vara en självklarhet.

---

<sup>509</sup> Se Susannes intervju.

<sup>510</sup> <https://svenska.yle.fi/artikel/2016/08/21/essa-vi-lamnades-ensamma-med-mammas-livslanga-djupa-depressioner>.

I närheten till den sjuka behöver det till exempel inte nödvändigtvis vara hallucinationerna eller det psykotiska och irrationella beteendet som den anhöriga upplever som det mest smärtsamma och som det beteende som är svårast att hantera och bemöta. Det tragiska är att det är de små vardagliga detaljerna i livet – just dessa små goda ting som för många kan vara så naturliga att man inte reflekterar eller ens fäster någon vikt vid dem – som faller sönder i en familj med psykisk sjukdom. Det kan till exempel handla om att den sjuka inte orkar engagera sig för att köpa tillräckligt meningsfulla julklappar till barnbarnen, inte känner engagemang nog för att laga middag, duka bordet eller visa omsorg om vardagliga bestyr. Ifall den som är sjuk överreagerar med aggressioner på vanliga samtal när man försöker umgås som familj, som man brukar göra i ett normalt liv, kan det aggressiva beteendet förstöra möjligheterna att utveckla sunda relationer. Man kan inte förstå allvarlig psykisk sjukdom utan att förstå vilka följderna blir på lång sikt för *relationerna samt för de närståendes liv*, samt att också den åldrande sjuka, beroende på hur sjukdomen och medicineringen har påverkat åldrandet, kan vara medveten om vilka förlusterna blev.

Vad Bordo och många andra starkt socialkonstruktivistiska diagnoskritiker inom samhälls- eller forskningsdebatter inte ser eller betonar, är de psykiatriska diagnosernas djupa *emotionella, kommunikativa* och *moraliska* aspekter. Vad mitt intervjumaterial belyser är diagnosbegreppets två centrala aspekter – att erbjuda hjälp för de problematiska beteendena samt att sänka skuld- och ansvars känslan för alla berörda. Om ansvaret kan man säga att diagnosen kan sänka det vad gäller orsakerna till insjuknandet men kan stödja att se sin egen roll för tillfrisknandet. Ifall vården är kvalitativt god, får anorexidiagnosen en stark etisk roll inte bara för patienterna utan också för föräldrar. För patienter kan diagnosen få rollen av att kunna ge en mer *välfungerande personlig identitet*: att få mer självkänedom om *varför* man insjuknat, en mer flexibel syn på en själv och vad man vill göra med sitt liv. Detta kan sägas vara självinsikter som i längden bidrar till bättre autonomi och till mer handlingskraft i livet. För föräldrar kan diagnosen få en kommunikativ roll. Mina intervjuer med Rebecka och Roger illustrerar det bakvända med att förstå psykiatriska diagnoser från olika sociologiska maktperspektiv; alltså att de diagnostiserade är institutionellt förtryckta eller att diagnoserna skulle vara sätt att kontrollera vissa grupper av människor, att det handlar om ett patriarkaliskt maktmissbruk och så vidare. I det vardagliga livet kan

diagnosen förändra själva *språket* mellan den som är sjuk och den anhöriga. En anorexidiagnos hjälper föräldrar att förstå att självsvälten till exempel inte beror på fåfänga och den ger dem kunskap om hur de själva kan hjälpa till för att förbättra patientens tillstånd. Detta förutsätter naturligtvis att vården ser familjen och föräldrar som en resurs och att det i samhället finns tillgång till en familjecentrerad vårdmodell. Hur djupt kopplad diagnosernas etiska innebörd är med att det finns vård att få och till vårdens etiska kvaliteter kommer fram i min uppföljningsintervju med Susanne:

Intervjuaren: Jag funderade ännu på den här frågan om du kan se någon idé med att din dotter fick en anorexidiagnos, när vården har varit så bristfällig i ert fall. När det gäller er så lades ju vården på dig.

Susanne: Jo, väldigt mycket.

Intervjuaren: Att hon fick en anorexidiagnos, hjälpte det dig att kunna vårda henne på ett bättre sätt än om du föreställer dig att hon inte skulle ha fått en diagnos?

Susanne: Nej, det tycker jag faktiskt inte. För att om man ser från vårdens sida sett så fick ju inte jag någon egentlig handledning. Jag menar jag fick ju aldrig t.ex. träffa en näringsterapeut, en dietist kanske eller någonting, som man skulle ha fått litet tips av. Och skulle jag ha fått hem någon typ medicinsk utrustning till det. Skulle det ha handlat om diabetes eller någonting sådant så skulle man ju garanterat ha fått lära sig det där – handledning i blodsockermätning och sådana saker. Men jag måste nog säga att nä, jag fick ju bara använda mitt eget sunda förnuft. Och jag hade ju det där mat schemat att gå efter.

Intervjuaren: Var du som förälder helt hjälplös när du försökte hantera hennes problem?

Susanne: Jo, egentligen var jag nog ganska hjälplös.

Vad Bordo och många andra starka anti-psykiatriska maktperspektiv glömmer bort, är att de begrepp som hör till det livsområde som vi kallar psykisk sjukdom, ur ett nära relationsperspektiv i själva verket är – *moraliskt oumbärliga*. I det liv vi faktiskt lever medför diagnosen att både den sjuka och den anhöriga kan betrakta sig själva och sin relation från ett *kärleks- eller förlåtandeperspektiv*. Diagnosen gör det möjligt att *försonas* och

att kunna sörja förlusterna. Att synliggöra sorgen och ge den sin rätta plats blir särskilt nödvändigt i långvariga sjukdomstillstånd. Från en *levd* aspekt har många psykiatriska diagnoser drag av den här förlåtandedimensionen, fast det i många fall kan vara mindre uttalat än i grava exempel. Det är inte möjligt för den kroniskt sjuka att i ett senare skede av livet, reparera bristerna i en relation genom att "skärpa sig" och förbättra sitt beteende. I ett läge där någon verkligen har blivit en kroniker inom den psykiatriska vården, kan diagnosen för den anhöriga bli ett etiskt redskap för att kunna förlåta – inte bara den sjuka och sig själv utan även andra familjemedlemmar. Diagnosen gör det lättare att se hur moraliskt utsatta alla parter var i en situation där alla var hjälplösa inför ett beteende: man kan istället för att anklaga eller känna ilska och bitterhet, betrakta många av dessa handlingar som styrda av en sjukdom och då ser man bättre vilka förlusterna blev för alla berörda.

## 9.8 Genus/makt-axeln. Idén om kvinnliga sjukdomar som en omedveten revolt är otillräcklig som vetenskaplig förklaring

Enligt Bordo upplevde många av Bruchs patienter att de hade en sorts "spöke" eller en "diktator" inom sig själva som dominerade deras ätande. Denna upplevelse talar Bordo om som anorektikerns *andra jag* – ett jag som består av den okontrollerbara aptiten, de moraliska orenheterna och bristerna, den svaga viljan och fallenheten för mental kraftlöshet. Bordo beskriver det moraliskt kraftlösa och hungrande jaget som det kroppsliga och det *feminina* jaget. Den andra sidan av jaget – det manliga, där värderingarna är associerade med hög andlighet, hög intelligens och stark viljekraft – är det som utvecklas och uttrycks genom anorexin.

Bordo ser två lager av mening i de associationer hon försöker etablera kring anorektikerns genusstyrda jagupplevelser. Å ena sidan handlar det om en rädsla och ett förakt för den traditionella kvinnliga rollen och de sociala begränsningar som den innebär. Å det andra gäller det en djup rädsla för "det Feminina", vilket i Bordos ögon betyder ett fylligt kvinnoideal som hon anser vara förknippat med erotiska betydelser. Denna kvinnobild har historiska rötter och innehåller därmed arketypiska associationer om kvinnan som omättlig och svårtillfredsställd både fysiskt, emotionellt och sexuellt.

Bordo betraktar det som karakteristiskt för sjukdomen att den bryter ut när den unga flickan är på väg in i puberteten. Många tonåriga anorektiker uttrycker enligt Bordos undersökningar en rädsla inför att växa upp och bli mogna, sexuellt utvecklade och potentiellt

reproduktiva kvinnor.<sup>511</sup> Det är som Bordo bedömer det, vanligt att anorektiker känner ångest inför att leva lika uppoffrande liv som sina mödrar och många som insjuknat har blivit avrådda av sina familjer från att ge sig in i manligt dominerade karriärer. Detta är anledningen till att hon drar paralleller mellan anorexin och den epidemiska spridningen av hysterin som svepte genom medel- och överklassens kvinnor under den andra hälften av 1800-talet:

It was a time that, in many ways, was very like our own, especially in the conflicting demands women were confronting: the opening up of new possibilities versus the continuing grip of the old expectations. On the one hand, the old preindustrial order, with the father at the head of a self-contained family production unit, had given way to the dictatorship of the market, opening up new, non-domestic opportunities for working women. On the other hand, it turned many of the most valued "female" skills – textile and garment manufacture, food processing – out of the home and over to the factory system.<sup>512</sup>

Samtidigt som många av de kvinnliga göromålen hade flyttats över till fabrikena och medelklassens kvinnor fann sig sittandes tomma och uttråkade i hemmen, kunde dåtidens människor bevittna de första feministiska rösterna i samhället: på en världskonferens om anti-slaveri år 1840, talade några feminister om kvinnors rättigheter. Det rådande feminina idealet var likväl den spröda, förmögna, kraftlösa och undergivna kvinnan som förväntades leva ett monotont liv inom hemmets fyra väggar.

I Förenta staterna hade hemmafruidealet fått ett uppsving efter andra världskriget samtidigt som den styrande skönhetsrenden ända fram till början av 1970-talet, var den storbystade och fylliga kvinnan. Eftersom Bordo tolkar hysterin som en omedveten revolt mot den invalidiserande kvinnorollen under den viktorianska eran, betraktar hon även anorexin som en protest mot den feminina rollen som hustru och mor. Den hysteriska och anorektiska protesten skall, påpekar hon, inte förstås som en medveten politisk akt – den reflekterar ingen social eller politisk förståelse överhuvudtaget. Symptomen i sig själva utesluter att all sådan förståelse uppkommer eftersom den fixa idén – att förbli mager – tar över och gör alla andra idéer och livsprojekt meningslösa. En paradoxal och tragisk egenskap hos de kvinnliga sjukdomarna som

---

<sup>511</sup> Bordo, ss. 154-157.

<sup>512</sup> Ibid., s. 157.

uttrycker en revolt, är att de fungerar som i en maskopi med de kulturella omständigheter som ursprungligen producerade dem. Samma fenomen handlar det om när kvinnor känner sig djupt attraherade, som Bordo beskriver det, av det smala och pojkkaktiga kvinnoidealets associationer med frihet och oberoende. Men istället för att befria, tar den tid och energi kvinnor sätter ner på att uppnå detta ideal, av den tid de kunde sätta på att utvecklas som människor och uppnå social framgång. Som en form av feministisk protest betraktar Bordo därför besattheten av smalheten som kontraproduktiv.

En anledning till att jag har valt att undersöka Bordos teoretiserande över ätstörningarnas utbredning i modern tid, är att hennes tanke om att dra paralleller mellan hysterin och anorexin och se dem som en form av omedveten protest mot ett patriarkaliskt förtryck är en ofta förekommande socialkonstruktivistisk idé inom den kulturella forskningen om kvinnosjukdomar. För att nämna några exempel, och som också Johannisson poängterar, så har Foucault tolkat "hysteriseringen" av kvinnan som ett uttryck för maktens förtryckande tekniker och antropologer har sett den som ett exempel på hur starkt sjukdomsbeteendet kan variera i tid och rum.<sup>513</sup> Appignanesi lyfter fram psykoterapeuten Susie Orbach som i boken *Hunger Strike* (1993), har tolkat anorexin som en protest mot samhällets klivna kvinnobild: å ena sidan lovas kvinnorna samhällelig frihet och självständighet medan de å andra sidan i hemmet förväntas ge omsorg om andra som mödrar, fruar och älskarinnor. För individen blir anorexin en metafor för vad samhället kräver av hen: att hen inte får ta upp för mycket plats och att hen måste behärska sina egna behov.<sup>514</sup>

Freuds studie av patienten Dora, en ung borgerlig kvinna i sekelskiftets Wien, har varit föremål för många feministiska analyser kring hur man ska förstå hennes hysteriska symptom. Att överhuvudtaget betrakta kvinnors sjukdomar som en protest eller revolt mot rådande samhällsnormer hänger samman med att läkaren på klinikerna ofta varit en auktoritativ man med makt och haft en patriarkal blick på kvinnan och hennes symptom.<sup>515</sup> Den norska litteraturvetaren Toril Moi konstaterar i sin text "Representations of Patriarchy: Sexuality and Epistemology in Freud's Dora"<sup>516</sup> att det är frestande att beskriva

---

<sup>513</sup> Johannisson (2005), s. 166.

<sup>514</sup> Appignanesi, s. 446.

<sup>515</sup> Se T. Moi: "Representations of Patriarchy: Sexuality and Epistemology in Freud's Dora" i *In Dora's Case. Freud – Hysteria – Feminism*. Red. C. Bernheimer och C. Kahane (New York: Columbia University Press, 1985), ss. 181-191.

<sup>516</sup> Moi, s. 192.



Doras symptom som en tyst revolt mot manlig makt över kvinnans kropp och språk. Moi noterar hur ineffektiv Doras revolt måste betraktas som. Doras liv blir olyckligt, hon plågar sin familj, de hysteriska symptomen återkommer, hon får ett olyckligt äktenskap och dör förhållandevis ung. Att hon inte uppnådde något måste tas på allvar. Den norska idéhistorikern och författaren Hilde Bondevik beskriver i sin artikel "Michel Foucault og hysteri som diagnose og protest"<sup>517</sup> hur hysterin har getts varierande betydelser inom feministisk teori. Moi, Bordo och Bondevik vill alla tona ner en alltför idealiserad bild av hysterin som ett genuint uttryck för kvinnlig protest. Hélène Cixous och Luce Irigaray nämns i artikeln som exempel på feministiska teoretiker som idealiserat hysterin. Den kvinnliga hysterikern gick från att vara offer till att bli en frigörande modell.<sup>518</sup> Den avgörande frågan är om protesten kan fungera som en politisk strategi. Foucault talar om hysterin som ett motstånd mot psykiatriens makt och den disciplinering som hospitalet krävde av kvinnorna. Han anser att hysterikern framställer sig själv som en bärare av verklig sjukdom, genom att göra exakta symptom till sina egna. *Simuleringen* av sjukdom får en viktig roll och blir ett grundproblem i psykiatriens historia. Hysterin blir här en omstörtande motmakt, ett uppror mot "psykiatriens og asylinstitusjonens disiplinerings- og maktutøvelse".<sup>519</sup>

Boken *Hysteri i Norge – et sykdomsportrett*<sup>520</sup> bygger på Bondeviks doktorsavhandling. Hon har studerat hysteri i sjukhuset i Gaustad som den framkommer i sjukjournaler under tiden 1870-1915. Utöver forståelsen för patienternas genuina lidanden, visar det sig att upp till 25 procent av hysterifallen var män, ett faktum som kastade ett ljus över kopplingen kvinna och hysteri. Klassaspekter hos de diagnostiserade är också viktig och hennes arbete visar på en mängd olika forståelser för hysterin, betydelser den kan ha haft i olika sammanhang. Någon entydig definition ger hon inte, eftersom hysterin inte låter sig fångas. Bland annat därför är det otillräckligt att se den som enbart protest, också om det kan finnas fall där den har en protesterande innebörd. Är då hysterin en konstruktion eller en sjukdom? Foucault beskriver den som ett beteende som främst uppkommer innanför klinikens väggar, "og veien er kort til å betegne hysteriet som et fenomen

---

<sup>517</sup> H. Bondevik: "Michel Foucault og hysteri som diagnose og protest". *Scandia* 72 (2006). <https://journals.lub.lu.se/scandia/article/view/1724/1364>.

<sup>518</sup> *Ibid.*, s. 86.

<sup>519</sup> *Ibid.*, s. 89.

<sup>520</sup> H. Bondevik: *Hysteri i Norge – et sykdomsportrett* (Oslo: Unipub, 2009).

som har med kamp og strid å gjøre, og ikke et patologisk fenomen”, skriver Bondevik.<sup>521</sup> Men det är inte hela bilden. Sjömansänkan, skomakarens kvinna, professorsdottern, jordbrukaren, teologistudenten och människor som beskrivs i termer av andra arbetaryrken breddar de olika betydelseerna som hysterin har för de berörda människorna.

Viktigere enn at hysteriet med all dets symptomatologi og etiologi har vært knyttet til kjønn, selv om det historisk særlig har vært kvinnenes byrde å bære det på sine skuldre, er derfor at hysteriet overskrider kjønnpolariteten og i sin totalitet uttrykker en allmenn sårbarhet og et allment ubehag. Når mennesket utsettes for en eller annen form for hysterisering – og formene, de er mange – kan det svare med somatiske symptomer, et uartikulert språk, en sykdom man aldri har fått orden på, uansett medisinsens bestrebelser.<sup>522</sup>

Hysterin lägger sig i Bondeviks diskussion på tvären mot såväl biologiska, kulturella och köns polariserade läsningar. Är tvetydigheten hysterins väsen, frågar hon retoriskt. Det är ”ikke mulig å konkludere entydig om hysteri, verken som diagnose, klinisk erfaring, undertrykkelse, metafor, teori, diskursivt fenomen eller subversiv kraft”.<sup>523</sup> Hysterin uttrycker inte bara kvinnans, utan *människans* sårbarhet. Bondeviks diskussion sällar sig till Moi och Bordo i hur den betonar hysterins apolitiskhet, att den är ett uttryck för lidande som saknar möjlighet att skapa förändring.

Med hänsyn till det lidande som hysteri och anorexi innebär så förhåller jag mig positivt till dessa läsningar som inte idealiserar sjukdomarna. Trots detta så anser jag att Bordos diskussion om det ”omedvetna” i *revolten* behöver diskuteras ytterligare. Det finns många problem som är ihopkopplade med antagandet om att anorexi och hysterin skulle utgöra ”omedvetna protester” gentemot patriarkala samhällsstrukturer. Som jag ser det ligger det implicit i begreppet protest att den som protesterar eller revolterar mot någonting också är medveten om *vad* den reagerar emot. I revolten eller protesten finns också självmedvetenhet med som en nödvändig del. I det marxistiska tänkandet och då Marx uppmanar proletärer i alla länder att bryta sina bojor så handlar den här frigörelsen i grunden om en ökad självmedvetenhet hos kollektivet.<sup>524</sup> Det är svårt att föreställa sig att en

---

<sup>521</sup> Ibid., s. 189.

<sup>522</sup> Ibid., s. 386.

<sup>523</sup> Ibid.

<sup>524</sup> K. Marx: *Det kommunistiska manifestet* (Stockholm: Tidens förlag, 1977), s. 64.

individ eller en grupp av människor som befinner sig i något slag av underläge och blir behandlade som lägre stående, inte på något plan också skulle vara existentiellt och moraliskt medvetna om sin situation. Däremot finns det många historiska sammanhang där möjligheten till social rörlighet beskrivs som så liten, att det vanliga varit att finna sig i sin hårda lott. Då man talar om sjukdomsbeteendet som en omedveten, men kollektiv protest är det oklart vad det betyder. Om man skulle gå med på tanken att kvinnor reagerar med sjukdomssymptom på sina livsomständigheter där de på olika sätt förminskas, borde man förutsätta att de reagerar med sjukdom eftersom de är medvetna om på vilket sätt de behandlas. Eller så borde dessa symptom beskrivas som fullständigt opolitiska – kopplingen till en vilja att påverka sina omständigheter kan inte härledas ur det omedvetna.

Man tolkar ibland barns beteenden som omedvetna protester och jag vill inte opponera mig mot tanken om att kvinnor i förtryckande strukturer skulle reagera på något sätt. Men för att ge dessa reaktioner status som feministiska handlingar, revolter, så förutsätter begreppet någon form av självmedvetenhet, vilket Bordos "omedvetna" inte bjuder in till. Den omedvetna protesten kan kanske ses som ett uttryck för ett förtryck eller en kvinnas kvävande situation. Feministisk, det vill säga politisk, kan man kalla den först då den individuella kvinnan ser sin handling som ett uttryck för ett kollektivt öde. Ifall man ändå godtar tesen om en omedveten revolt, borde alla möjliga symptom och sjukdomar såsom exempelvis vanlig snuva eller migrän också kunna begripliggöras som revolter.

Om man skulle säga att hysterin och anorexin skall förstås som en *medveten* politisk akt och protest – ger inte heller detta någon belysande förståelse av de kvinnliga symptomen. Som jag redan har beskrivit flera gånger tidigare, riktade mitt intervjumaterial uppmärksamheten på de många och varierande självupplevelserna som anorexipatienterna uttryckte, när de analyserade sig själva. I sin sjukdom både ville de och ville de inte vara sjuka. Hur kan en kvinnosjukdom tolkas som en revolt om den som gör uppror inte egentligen vill vara sjuk? Det kan naturligtvis finnas sammanhang där man medvetet revolterar med sjukdom, men dessa beteenden kan inte sägas vara representativa för den roll sjukdomen har i kvinnors liv. Att dra sig tillbaka från en obehaglig patriarkalt kodad situation genom att hänvisa till migrän är fullt tänkbart, men uttrycker inte något allmännare om kvinnors migrän. Draget av revolt måste ses i sina sammanhang istället

för att beskrivas som en konstituerande del av en diagnos och dess sociala betydelse.

Om man tänker på Elin är det svårt att se vilket slag av förståelse för hennes situation som begrepp om omedvetna feministiska protester skulle tillföra. Hon var bara ett barn ännu när hon började experimentera med bantning. Från vårdens sida såg man det som att hennes problem härstammade från en komplicerad skilsmässa. Jag vill även i det här sammanhanget återkomma till en poäng jag har lyft fram tidigare: att anorexi-begreppet ofta kan ha en personlig innebörd för en individ. Att tolka någons insjuknande i anorexi som en feministisk protest, där sjukdomen primärt kan förstås som härstammande från en ansträngande familjeomständighet, kunde ses som ett uttryck för att man läst av ett sammanhang ideologiskt, snarare än genom att beakta de särskilda omständigheterna i en ung flickas liv. Dessutom: om man tar för givet att man kan insjukna på grund av olika former av maktobalanser som skapas av kön, så borde man också räkna med att det är möjligt att insjukna av andra former av förtryck, såsom av rasism till exempel. Är det inte förminskande att anta att just kvinnligt förtryck skulle ta sig uttryck i omedveten sjukdom – som om kvinnor var barn?

Jag förhåller mig alltså kritiskt främst till Bordos begrepp om det omedvetna i revolten. Däremot kan jag nog föreställa mig att symptom kan uttrycka ett förtryckt läge med mera. Jag vill lyfta fram att de historiska och sociologiska förklaringarna ändå främst ger ett perspektiv på ett beteende eller ett sammanhang. Ifall tolkningen om att sjukdom främst skulle innebära en reaktion och en revolt på förtryckande omständigheter så finns det en risk för att den här sortens förståelse tar över hela fenomenet sjukdom. De invändningar jag har mot socialkonstruktivismen handlar just om det här, den blir en *för* dominerande förklaringsmodell som kanske misslyckas med att lyssna in patienten och hans upplevelse av just sin egen situation.

Att Bordo befinner sig i den ena sidan av två gigantiska läger: den biologiska och den socialkonstruktivistiska synen på psykiatriska diagnoser, blir synligt genom hur hon upprepar vissa vetenskapliga idéer om anorexi och hysteri som en revolt. Hennes tänkesätt belyser hur lätt det inträffar att vetenskapliga områden, istället för att producera ny och fördjupande kunskap som kunde vara till nytta för förståelsen av de livsvillkor som människor lever under och formas av, stagnerar och får en ideologisk slagsida. Om man vill tala i termer av socialkonstruktivism kunde man säga att Bordos tänkande illustrerar hur

vetenskapliga ämnesområden i sig själva kan börja producera idéer som kan kallas för "socialt konstruerade".

Enligt Bordo finns det en arketypisk bild i vår kultur av kvinnan som hungrande, omättlign och gränslöst behövande och krävande. Många kvinnor uppfattar sig själva inte bara som fysiskt hungrande utan även som behövande av för mycket ömhet, uppmuntran, uppmärksamhet samt emotionell och sexuell kontakt. Och Bordo påstår att många män också uppfattar kvinnor så. Inom vår kultur kan man såväl historiskt som idag, finna många metaforiska uttryck för rädslan för den kvinnliga orimliga lusten – som nästan alltid cirkulerar kring hennes sexualitet. Mytologin eller ideologin kring den glupska och svårtillfredsställda kvinnan, vilket är bilden av sitt feminina jag som anorektikern har internaliserat, tenderar att dyka upp litet nu och då genom historien. Bordo skriver att det är främst under de perioder som kännetecknas av stora sociala och omgivningsmässiga kriser, som under den tid under 1400- och 1600-talen då häxjakterna förekom, som denna kvinnoideologi tenderar att blomstra. Ångesten över kvinnors okontrollerbara lustar har även en benägenhet att öka under perioder då kvinnor blir mer självständiga och de kräver mer politiskt och socialt ansvar i samhället. Aldrig har man, så som Bordo beskriver det, varit så besatt av kvinnlig sexualitet och av att kontrollera den medicinskt, som under den andra hälften av 1800-talet. För att till exempel behandla överdriven sexuell upphetsning och masturbering hos kvinnor placerade man blodiglar på deras livmödrar.<sup>525</sup>

Men det finns, för varje historisk bild av den farliga och aggressiva kvinnan också en motsvarande fantasi – en ideal kvinnobild – från vilken man har avlägsnat alla hotfulla associationer, och som alla kvinnor enligt Bordos uppfattning, har internaliserat. Samtidigt som man under den viktorianska tidsperioden utförde operationer för att kontrollera den kvinnliga sexualiteten (t.ex. klitoridektomi eller klitorisborttagning), förekom det medicinska teorier om kvinnan som naturligt passiv och utan sexuella känslor. Förutom denna medicinska fantasi fanns det även konstnärliga och moraliska teman om kvinnan som en hjälpande ängel: söt, snäll, huslig och utan styrka eller personlig ambition.

På genus/makt-axeln framträder den kvinnliga kroppen sålunda som ett omedvetet uttrycksmedel för de historiska strömningarna av olika rädslor för kvinnan som är, som Bordo uttrycker

---

<sup>525</sup> Bordo, ss. 157-161.

det: "för mycket".<sup>526</sup> Det är också såhär som anorektikern upplever sitt kroppsliga, feminina jag: som omättlig, liderlig och i behov av kontroll genom hennes andra jag – den manliga viljan. Bordo hävdar att nutidens magra feminina ideal är en motreaktion till det fylliga – vilket hon anser vara det erotiska kvinnoidealet. De tusentals tonåriga kvinnor som förekommer på reklambilder för coca-cola, på reklamfilmer om jeans eller tuggummi utstrålar, som Bordo vill se det, pojkkaktiga ideal eftersom de småler likgiltigt, nonchalant och lekfullt, samtidigt som de förmedlar en okomplicerad attityd till sina kroppar. Bilderna reflekterar ett avdramatiserat och averotiserat kvinnoideal eftersom man lyfter fram "en bild av en kvinna som ännu inte har blivit en kvinna".<sup>527</sup> De som påverkas mest av reklambilderna är kvinnor, unga flickor och anorektiker som sannerligen inte förfogar över okomplicerade kroppsliga självbilder. Passionerat, desperat och tvångsmässigt försöker de uppnå de ideal som bilderna ger uttryck för, det vill säga styrka, kontroll, besinning, fullt självförtroende och sorglös frihet.

Bordo arbetar med två förädlade kvinnobilder: den ohämmade och gränslösa samt den kyska och änglalika. Frågan är om dessa två arketypiska bilder är tillräckliga för att fånga in de sjukdomsupplevelser som människor har idag. Dessutom kan det också finnas flera andra kvinnoideal i vår kultur. Meningen med Bordos teorier är att förklara varför kvinnor insjuknar och genom det bromsa upp det och frigöra kvinnan. Frågan är om syftet uppnås ifall vissa starka bilder dominerar debatten, samtidigt som de kanske bara omfattar en del av de insjuknade kvinnornas sjukdomsförståelser eller orsaker.

Eftersom Bordo, som så många andra forskare och kulturkritiker, anser att smalhetsidealet har tagit över de andra fylligare kvinnoidealen i samhället, har hon undersökt hur man inom den amerikanska reklamindustrin har skildrat och därmed också *konstruerat* hur vi ser på kvinnors kroppar och på hur kvinnor får uttrycka hunger, till skillnad från män.<sup>528</sup> Enligt Bordo finns det en underliggande genusedologi som styr hur reklamindustrin skildrar kvinnors och mäns kroppar och hur deras hunger får se ut. Genom media och reklam socialiseras sålunda kvinnor in i att skämmas för sin hunger och att

---

<sup>526</sup> Ibid., s. 163.

<sup>527</sup> Ibid., s. 163.

<sup>528</sup> Ibid., ss. 24-27.

uppleva sina kroppar som överviktiga även om de inte är det, och till att vilja banta sig så smala som möjligt.<sup>529</sup>

Bordo har rätt i att reklamindustrin och media ofta skildrar kvinnors aptit och ätande som mer begränsande och kontrollerande än hur man skildrar mäns ätande och att kvinnor i en större omfattning än män inte får visa sig vara glupska och matglada. Men här vill jag lyfta fram en tidigare tanke i min avhandling. Man kan betrakta den kvinnliga besattheten vid att inte äta för mycket också som ett resultat av att vi lever i en kroppskommenterande kultur. Det är inte enbart media och reklamindustrier som ensamma bär ansvaret i den här frågan.

Det är enligt min uppfattning litet oklart varför Bordo vill ge den sexuellt gränslösa kvinnobilden en sådan stor kulturell roll i sitt teoretiserande eftersom också den passiva och hämmade kvinnan är ett ofta förekommande tema. Till exempel de Beauvoir beskriver ju kvinnans sexualitet som att den är mer *passiv*: kvinnan riskerar genom att socialiseras in i en skev sexualmoral att antingen bli eller beskrivas som mindre kåt än mannen. Hennes sexualitet får inte visa sig i vad hon gör och blir därför inte en del av henne på samma sätt som den kan bli för män. Ett populärkulturellt exempel på normerna kring kvinnlig sexualitet och att den inte får anta lika kraftiga uttryck i samhällskulturen är TV-serien *Sex and the city* som kretsade kring fyra kvinnors liv, vänskapsförhållanden och deras romantiska och sexuella relationer i New York. När serien började sändas år 1998 väckte den uppmärksamhet bland annat eftersom karaktären Samantha Jones (som spelas av Kim Cattrall), bryter mot den stereotypa kvinnorollen i och med att hon är sexuellt ohämmad. Samantha lever ett typiskt vad man skulle kalla ett manligt "playeraktigt" liv. Hon avverkar förhållande efter förhållande utan att koppla in emotioner i sin syn på sex.

*Sex and the city* var banbrytande för hur kvinnlig sexualitet kunde skildras på tv och främst i amerikansk populärkultur. De breda reaktioner som serien väckte uttrycker *frånvaron* av kulturella kvinnoroller och -bilder där man glädjefullt, sorglöst och lustfullt åtrår män (eller kvinnor) och lever ut sin sexualitet. Det här går stick i stäv med den bild som Bordo långt använder sig av. Det är också häri som åtminstone en del av svårigheten och ambivalensen med kvinnans roll och den kvinnliga sexualiteten består: hur ska man lyckas med att kombinera karriärsambition, moderskap eller de passiva värderingar som är förknippade med femininiteten med en utlevande sexualitet, när det finns så få "arketypiska" bilder och nutida rollmodeller att gå efter.

---

<sup>529</sup> Ibid., ss. 110-117.

Genom min intervju med Katja lade jag märke till hur en del av hennes problem bestod i att hon inte lyckades förena sin personlighet med de värderingar som är fogade till kroppslig kurvighet, men också med alla värderingar om hur man ska bete sig som kvinna. Utgående från de Beauvoirs tänkande och från de idéer om kvinnlig objektifiering jag har betonat i tidigare avsnitt, kan man ifrågasätta Bordo genom att säga att problemet inte enbart handlar om vilken slags kvinnobild media och reklambyråer framställer som eftersträvansvärt för unga kvinnor. Problemet genomsyrar ett samhälle på ett mer djupgående moraliskt sätt än vad media kan uppnå med ett bildspråk. Men det vill jag säga att jag, trots att jag förmodar att Bordo skulle gå med på denna beskrivning, förhåller mig kritisk till den genomgående fokuseringen på just media och bilder. Kritiken mot media är viktig men känns också fixerad vid den. Mina intervjuer illustrerar just att kvinnors vardagliga problem ofta rör sig långt från reklamtavlor och de glassiga modemagasinen. Många anorexipatienter skulle förmodligen känna igen sina problem via bilder som visar upp smalhet. Andra skulle antagligen inte alls relatera sina problem till kapitalism eller media. Bordos fokusering på heterosexualiteten exkluderar också många människors erfarenheter.

Det är ändå viktigt att minnas att Bordo skrev under en tid då de identitetspolitiska rörelserna inte var del av det offentliga samtalet på samma sätt som idag. Inte heller de sociala medierna var arenan där vi kommunicerar. Det går inte att förneka att en helt ny visualitet har kommit in i våra liv via dessa. Jag ser ändå en skillnad i de bilder som en kapitalistiskt driven reklamindustri antas producera och de begär som den antas skapa och det att vi själva är med och skapar en bildkultur inom de sociala medierna. Kommenterandet är en del av denna bildkultur, på gott och ont, och jag kan tänka mig att den kan skapa utseendepress på människor idag. Genom kroppspositiva bilder kan den också verka befriande. Jag måste hålla mig på detta plan eftersom jag inte har för avsikt att ta ställning till huruvida sociala medier är skadliga eller inte. Min poäng är att den här bildkulturen moraliskt är en annan sak än då man beskriver konsumenter och reklamskapare. I de sociala medierna har vi ofta en relation till de människor vi kommenterar och betraktar och ett ansvar för detta. Det är alltså fråga om en moralisk relation och bilderna blir ett sätt för oss själva att uttrycka värderingar, känslor, stämningar och gemenskap. Att likställa reklamindustrins bilder med de som finns inom sociala medier skulle vara att ta miste på vilken betydelse dessa har i våra liv.



Den snedvridna och förtryckande syn ett samhälle kan ha på kvinnlig sexualmoral kan utgå från kulturella seder och bruk och exempelvis även från religiösa övertygelser eller andra livsåskådningar. Samtidigt som kvinnan kan socialiseras in i ett tänkande om att hon har en passiv sexualitet – objektifieras hennes kropp som erotisk och eggande – inte bara i media utan även till exempel genom olika konstformer och genom vardagliga samtal om kvinnlig skönhet. Det var den här ambivalensen som Katja uttryckte i min intervju.

Jag har talat för att anorexin i vissa fall, mer eller mindre, på olika sätt kan vara förbunden med ambivalenta känslor till den egna sexualiteten och till kvinnorollen. Jag vill ändå inte som Bordo och många andra teoretiker generalisera, genom att säga att alla drabbade har denna problematik. Det är ingen kulturell feministisk teori om anorexins orsaker jag lägger fram. Det här är inte heller att blunda för exempelvis hur kapitalistiska krafter på sina håll är synliga i våra livsmiljöer och behandlar oss som konsumenter. Det är istället ett sätt att lyfta fram betydelsen av att lyssna till patientens hela historia. Där kan andra faktorer och erfarenheter som hänger samman med våra sociala relationer träda fram, snarare än ett konsumtionsperspektiv. Jag vill betona innebörden av att reagera på de faktorer, också de omständigheter som berör ens genus, som tynger patienten och som kan anses vara relevanta för sjukdomen. Jag har uppmärksammat betydelsen av att ge problemen en språklig form och betrakta personens självupplevelser som konstitutiva delar av sjukdomen dvs. som delar av vad sjukdomen betyder för den individen.

Faran med att försöka utveckla en kulturell teori om anorexin, är att man dels inte *hör* den sjuka och hennes berättelse, och dels förlorar man taget om de livssammanhang som är viktiga för att kunna nå de djupa personliga innebörder som är kopplade till anorexibegreppets mening. Ser man på det ur ett feministiskt perspektiv så ser jag ingen motsättning i att genom ett öppet förståelsebegrepp komma nära flickors och kvinnors erfarenheter och hur de själva beskriver sina problem. En bred kulturell teori, också då den är feministisk, lyckas ofta fånga in en generell problematik och belysa en struktur men kan bli otillräcklig som verktyg för att förstå de individuella problem som människor kan ha. Jag menar alltså inte att kulturella förståelsemodeller inte kan spela en roll för någon som insjuknat. Men inte så att personens anorexi skulle uttrycka en kollektiv kulturell mening, utan det kulturella kan bara förstås som en del av en djupare och

mångbottnad personlig berättelse om bakgrunden och omständigheterna kring insjuknandet och om vilken roll diagnosen fick för tillfrisknandet.

Även om jag sympatiserar med Bordos försök att göra en feministisk tolkning av smalhetsidealets och ätstörningarnas grepp om vår värld, skulle jag säga att hennes tänkande ibland ger ett krampaktigt intryck. Trots att hennes tankar också innehåller många fina iakttagelser, kan hennes idéer ibland vrida till människorna och omvärlden på ett sätt som gör det svårt att känna igen vardagen. I sitt sätt att tänka kring magerhetsidealet gör Bordo om samma misstag som ideligen reflekteras inte bara i den vetenskapliga litteraturen utan även i mycket av den populärkulturella: att vår nutida kultur enbart skulle härskas av ett smalhetsideal. I mitt föregående kapitel utvecklade jag en begreppslig kritik mot synen på vår kultur som enhetlig i sin uppfattning om vad som kan betraktas som kroppsligt vackert eller fult. Bordos uppfattning om smalhetsidealets tyranni över alla andra ideal placerar jag in under denna kritik.

Som jag förstår Bordo påstår hon att det nutida magra och "pojkkaktiga" kvinnoidealet som porträtteras i media är en motreaktion på det fylliga kvinnoidealet, som står för den sanna *erotiska* kvinnliga kroppstypen. Ur ett feministiskt perspektiv blir uppdelningen förtryckande för de kvinnor som är smala och magra. Däremot finns det människor vars problem kretsar kring de poler som Bordo diskuterar och där kan hennes tankar säkert falla i god jord. Problemet är igen de totala anspråk hon gör med sin text. En viktig tidigare poäng i min avhandling som jag fick upp ögonen för genom de Beauvoirs filosofi hänger samman med kroppens erotiska dimension. Att älska en människa är också att älska hennes kropp, känna dragning till den. En smekning över en kind är ett uttryck för kärlek, bland annat genom kroppen vill vi nå fram till varandra. Erotiken och åtrån av den älskades kropp, oavsett form, kan uttrycka samma sak. I kärlekens ljus lossar de kulturella idealen på sitt eventuella grepp om oss. Jag vill föra fram det här eftersom kroppen och erotikerna ofta blir ett problem i diskussionen om hur kvinnor objektifieras, hur deras kroppar bedöms och deras personligheter trängs tillbaka. Jag vill på inget sätt ta avstånd från den här kritiken, men heller inte glömma bort kroppens betydelse för kärlek och åtrå som inte förtrycker. Med tanke på att vi alla mer eller mindre känner till det här i våra egna liv, är det anmärkningsvärt hur ofta man verkar blunda för den här existentiella erfarenheten i de frågor som anses vara angelägna att ta upp i forskningslitteraturen och teorin. En upplevelse av att vara sexuell attraktiv är viktig för många människor. Då kärleken slocknar kan en del

av sorgen handla om att inte längre upplevas som åtrådd av just den älskade. Att betrakta kroppen som ett objekt i världen verkar glömma bort hur den så gott som alltid på något sätt är del av de moraliska och existentiella band som löper mellan människor. Att lyfta fram bara en kroppstyp som attraktiv förbiser att det alltid är *någon* som attraheras av kroppen, hur attraktionen också bär inom sig en önskan om att komma människan nära, skapa någon form av relation till henne. Med det sagt så finns det naturligtvis många former av sex som kränker dessa moraliska band vi kan skapa tillsammans. Vidare kan man konstatera att det i kulturen finns attraktion av många olika slag. Visst kan kulturen till en viss nivå styras av tillfälligt upplyfta ideal, som de smala normerna idag, men i slutändan är attraktionen mot en kropp något som inte kan förstås utan att inkludera en annan människa i sammanhanget.

Att bli attraherad och starkt förälskad kan också innebära att ens *sätt att se* på kroppslig skönhet kan förändras. Man betraktar personen från sitt förälskelseperspektiv och då blir personen också vackrare i ens ögon. Begrepp som vacker, söt eller snygg blir uttryck för ens förälskelse, kärlekens språk, inte att fastslå faktum. Dessa begrepp kan förstås också uttrycka attraktion. Andra personer som har kroppsliga drag som påminner om ens stora förälskelse kan väcka ens intresse. Också personligheten spelar in. Det är inte bara en kropp man faller för, det är en personlighet som man inte kan få tillräckligt av. Begrepp som att förvånas, att hänföras, att det är gåtfullt och magiskt kommer upp i dessa kroppens och kärlekens situationer och sammanhang. Det är bortom ens egen viljekraft att styra vad som väcker ens kropp till liv och vad man har en sexuell dragning mot. Förstår man kulturen från alla dessa sidor och begrepp, kan man inte säga annat än att debatten om smalhetsidealet ter sig ytlig och ihålig.

Varför Bordo anser att nutidens magra bilder i reklamer och massmedia av tonåriga kvinnor skulle avge en pojkaktig, icke-feminin och averotiserad utstrålning, är också det svårt att förstå. Unga smala kvinnor avbildas ofta som småerotiska när de ler: minerna och poserna är, oavsett om kvinnorna ler eller inte, för det mesta lockande sensuella. Som jag ser det ger Bordo en för enkel analys av vad unga flickor faller för när de tittar på bilderna. För någon kan det vara just att man förbinder det smala idealet vid pojkaktighet och frihet. För någon annan kan kanske smalheten representera sexighet. Vad kvinnor lockas av i bilderna är sammanbundet med vilka livsproblem de har.

Jag kan förstå Bordos irritation över den medicinska modellens tendens att utelämna de kulturella och genusangelägna

sidorna i sin definition av anorexibegreppet. Men här uppstår en fråga om hur djupt man kan tränga in i kulturens alla möjliga sätt att påverka unga kvinnors benägenhet att insjukna. Efter min undersökning av den vetenskapliga litteraturens samt den populärvetenskapliga, men också av mina intervjuer, kan man säga att man kan hitta åtskilliga, *möjliga* faktorer som kan ha spelat in: olika problem med en traditionell kvinnoroll, att man faller mellan könskategorierna, magerhetsidealet i media, den allmänna fixeringen vid kvinnlig skönhet, kvinnlig objektifiering, att man har fått kommentarer om ens kropp som man reagerat på etc. Reflekterar man över de kulturella livsstilsfaktorerna som att man väldigt tidigt i livet förutsätts kunna välja sin väg och så vidare, hamnar man i ett läge där man inte längre kan bestämma vilka av de kulturella egenheterna och sidorna som är relevanta och som kan stämma in på varje patients berättelse om sin bakgrund och på sina rädslor, förväntningar, mål och hopp om framtiden. Nu menar jag inte att det skulle vara helt poänglöst att försöka närma sig de kulturella aspekterna. På samma sätt som jag inte heller skulle säga att medicinsk och psykiatrisk forskning är oberättigad och inte har en roll i klassificeringen och behandlingen av ätstörningar. Mitt huvudsakliga förslag i avhandlingen är att man inte kan utveckla en kulturell teori om anorexi som skulle passa in på alla patienter på grund av att man också måste beakta deras sjukdomsberättelser. Att vården både använder medicinering och tillämpar olika psykologiska teorier på ätstörningspatienter i behandlingen utesluter inte ett moraliskt möte med patienterna.

## 9.9 Sammanfattning

Syftet med kapitlet har varit att försöka karakterisera Bordos socialkonstruktivism, relatera hennes idéer till andra slag av socialkonstruktivism, peka ut vilka tankemisstag hon utgår från och vad det får för följder för förståelsen av anorexibegreppet samt andra centrala psykiatriska begrepp.

I kapitlet har jag visat att Bordo resonerar inom forskningsparadigmet naturalism och socialkonstruktivism. Hennes synsätt kan förstås som en grundläggande kritik mot det medicinska perspektivet på ätstörningar medan hon samtidigt riktar en feministisk kritik mot de kulturella idéströmningar som hon anser att förorsakar ätstörningar. Bordo är kritisk mot hur den medicinska modellen och psykiatrin som yrkeskår har tenderat att utelämna de kulturella och

genusangelägna faktorerna i sina orsaksförklaringar av anorexin. I kapitlet har jag visat att det föreligger en motstridighet i Bordos synsätt i och med att hon säger att anorexi skall förstås som ett lidande, trots att hon kritiserar den medicinska synen på problemen. Jag har alltså velat uppmärksamma att hon har samma moraliska utgångspunkt som jag i avhandlingen har beskrivit att ska förstås som en nödvändig förutsättning för att vi har en sjukvård. Men när Bordo riktar uppmärksamheten mot kulturen förlorar hon taget om den lidande människan – hon ser inte alla de moraliska betydelseerna som sjukdom kan ha både för den drabbade och för hens relationer.

I sitt teoretiserande är Bordo starkt fokuserad på patienten och hur hen upplever sin anorexi genom sin kropp. Med hjälp av ett wittgensteinskt perspektiv och genom mina intervjuer har jag visat och illustrerat att anorexipatienternas lidanden och också andra allvarliga psykiatriska sjukdomar inte kan förstås om man inte ser på hur nära relationer påverkas och hur sådant som vardagsrutiner och familjeförhållanden vrids till. Det som Bordo och många andra anhängare av starka sociala maktperspektiv inte ser, är hur moraliskt oumbärliga de psykiatriska begreppen är. Ur ett nära relationsperspektiv medför en diagnos att både den sjuka och den anhöriga kan se sig själva och sin relation från ett kärleks- eller förlåtandeperspektiv. Diagnosen möjliggör försoning och att man kan se förlusterna bättre och sörja dem. En viktig poäng i kapitlet är att man kan se drag av förlåtelsen i många av de psykiatriska diagnoserna, även om den i många fall inte behöver vara så uttalad.

Jag har framfört att det inom den breda forskningen ofta hävdas att förekomsten av diagnoserna riskerar att minska det personliga ansvaret för olika livsproblem. I detta kapitel har jag genom mina intervjuades berättelser velat illustrera att en anorexidiagnos inte bara har *ett* slags betydelse; biologisk eller sociologisk. Vad en diagnos kommer att få för betydelse för en människa är inte på förhand givet, utan kan bero på hur personen har upplevt vården, om den har varit lyhörd och hjälpsam eller kall och opersonlig.

Genom Elins sjukdomsberättelse har jag exemplifierat Hackings idé om att psykiatriska diagnoser är interaktiva kategorier. När Elin väl blev beskriven som en kroniker av den lokala sjukvården, blev det svårt för henne att förstå sig själv på något annat sätt. Men intervjuerna skildrar även vad en diagnos kan få för betydelse ifall vården är tillräcklig och har en etisk kvalitet. Då kan en diagnos stärka själva jaget i och med att patienterna får mer självkänedom om varför de

har insjuknat, en mer flexibel syn på sig själva och omvärlden och hur de vill leva sina liv. Att en diagnos kan stärka ansvars känslan för det egna livet är ett betydelsefullt resultat i min avhandling.

Jag har argumenterat för att psykiatriska diagnoser kan förstås som transitiva kategorier eller transitioner. Med det här menar jag att diagnoser kan förändra en människas tänkande, självförståelse och liv mot någonting nytt. Man kan göra diagnosen till ett viktigt existentiellt redskap i vardagen. I kapitlet har jag visat att Hacking, Bordo och många fler diagnoskritiker inte ser tillräckligt väl hur diagnosernas mening är logiskt förbundet med den hjälp som en diagnos kan ge. För trots att diagnoserna kan vara stigmatiserande och ha andra negativa roller ser jag ändå den hjälpande aspekten som ett nödvändigt villkor för att förstå hur psykiatrin har kunnat uppstå och bli framgångsrik i kulturen.

Den avgörande kritiken kapitlet riktar mot Bordos socialkonstruktivism är alltså att hon inte beaktar diagnosernas moraliska roll i samspelet människor emellan. Hon ser inte heller tillräckligt bra att man bör lyssna på anorexipatienternas hela berättelse, för att få syn på alla de varierande livssammanhang där sjukdomen kan uppstå. Hon säger bland annat att anorektikern upplever sin kropp genom en dualism. Mina intervjuer illustrerar att den insjuknade kan uppleva sin kropp på varierande sätt. Det avgörande är att vilja lyssna på patienten. En förståelse för patientens livsberättelse, kan på ett bättre sätt än vad exempelvis patriarkala strukturer eller mediala bilder på magra kvinnor, förklara varför patienten har ett behov av att kontrollera sin ångest och oro med mat och träning. Jag ser det som en brist inom den aktuella forskningen om ätstörningar att man inte har uppmärksammat det narrativa perspektivets betydelse. Anorexi verkar uppfattas mer kategoriskt än många andra diagnoser. Om man till exempel jämför den med depressioner, så ser man ofta hur den diagnosen kan ha varierande existentiella betydelser för en människa. Betydelseerna beror på personens bakgrund, framtidsförväntningar och aktuella livsproblem. Men då det gäller anorexi inom forskningslitteraturen och också det kulturella samtalet, så begränsas förståelsen ofta till de begrepp som jag här pekat ut, det vill säga smalhet, bilder i media, hur marknads krafter påverkar oss med mera.

## 10 Slutord och förväntade resultat

Den aktuella forskningsdebatten om medikalisering och psykiatriska diagnoser domineras av två starka inriktningar; naturalismen och socialkonstruktivismen. Grovt beskrivet är man oense om hur man skall förstå sjukdom, som något som existerar i sig själv eller som något som skapas av samhället. Är sjukdomarna "verkliga" eller legitima, överdiagnostiserar psykiatriker idag beteenden som förr ansågs vara normala? Frågorna är många och diskussionen om sjukdomens natur är något som den människa som ges en diagnos tvingas förhålla sig till på något sätt. Diagnoser har kritiserats för att vara stigmatiserande men har också beskrivits som något som kan befria en människa från att sväva i ovisshet om vad som har förorsakat problemen.

Med den avhandling du nyss har läst eller kommer att läsa har jag velat tänka kring diagnoser ur ett perspektiv som inte tar ställning för vare sig naturalismen eller socialkonstruktivismen. Jag har velat hitta en position som undviker att hamna in i de filosofiska problem där man förr eller senare enkelt verkar fastna. Det jag sökt efter är vad sjukdomen betyder, vad som står på spel för de människor som drabbas av sjukdom. Jag har försökt beskriva de olika sammanhang där människor insjuknar, lever med sin sjukdom, i familjerna och andra intima mänskliga sammanhang.

Perspektivet är ofta patientens och den betydelse som diagnoserna har och får i människors liv. Genom att beskriva våra grundläggande moraliska reaktioner på varandra, till exempel då vi möter en människa med problem eller som lider, har jag visat att dessa ligger som en logisk grund för våra vårdstrukturer och diagnoser. Att vi vårdar och har ett diagnosystem skulle inte vara begripligt utan begrepp som medlidande, omsorg, lyssnande och förståelse. Det är detta moraliska inslag som utgör det nödvändiga villkoret för förståelsen av ursprunget till vårt sjukvårdssystem. Det här är avhandlingens mest centrala och grundläggande poäng. Jag har kallat denna nya idé som bygger på Ludwig Wittgensteins tänkande för ett "etiskt sjukdomsbegrepp".

Men vid sidan om det begreppsliga så omfattar avhandlingen en intervjudel, något som inte är så vanligt i ett filosofiskt arbete. Jag diskuterar ett brett område av olika diagnoser: depressioner, olika ångestsyndrom, psykossjukdomar, adhd, transsexualism och den obstetriska diagnosen förlossningsrädsla. Jag har dock valt att särskilt uppmärksamma anorexin. Inom den sociokulturella forskningen har det

ofta framhållits att diagnosen är socialt konstruerad på olika sätt och är därför en tacksam projektyta för mitt tänkande. Genom att intervjua några unga kvinnor som insjuknat i anorexi samt några av deras föräldrar ville jag höra hur de berörda ser på sin sjukdom. De unga kvinnor som berättat för mig om sin anorexi, deras föräldrar och den läkare som jag också intervjuade, har alla ökat min förståelse för de existentiella och moraliska frågor som sjukdom, diagnos, vård och brist på dessa kan handla om. Genom dessa djupintervjuer lade jag märke till hur varierande de situationer är där en sjukdom som anorexi kan uppstå i. Jag observerade att hur kvinnorna talade om sin sjukdom inte stämde överens med de många dominerande empiriska orsaksförklaringarna av anorexi. I de unga kvinnornas vilja att berätta om sina upplevelser växte så småningom en insikt fram om att man bör skilja mellan en sjukdoms orsaker och det som konstituerar sjukdomen. Berättelsen, narrativet, ser jag som en viktig del av det som konstituerar en sjukdom samtidigt som orsakerna kan vara biologiska eller sociala. Det är framförallt genom den personliga berättelsen som en människa förstår sin sjukdom. Detta är ytterligare en av avhandlingens viktiga poänger. Berättelsen fick mig också att diskutera den värld som många kvinnor lever i idag, i en kroppskommenterande kultur. Med hjälp av Simone de Beauvoir och hennes beskrivningar om vad det betyder att bli kvinna har jag tolkat några av de intervjuades berättelser. Att förstå vad det är att bli kvinna idag kan betyda så mycket mer än vad den vetenskapliga litteraturens fokusering på reklambilder i samhället kommer åt.

I mina intervjuer har berättelserna främst understrukturerat ångesthantering; till exempel försök att kontrollera en svår situation eller oro inför att växa upp och välja sin väg i livet. Att fokusera på berättelsen gör inte empiriska eller socialkonstruktivistiska förklaringsmodeller meningslösa – men sätter individen, hennes upplevelser och sjukdomsverklighet i fokus. Att detta gjorts förhållandevis sällan inom den psykologiska forskningen ser jag som en brist. Med min avhandling vill jag undersöka sjukdomarnas och diagnosernas betydelse för de insjuknade, deras anhöriga och i förlängningen också hela samhället. I ljuset av dessa personliga historier löses frågan "är sjukdomen verklig?" långsamt upp. Det råder inte tvivel om den saken.

Distinktionen mellan orsaker och det som konstituerar sjukdomen är teoretiskt viktig, den svarar på den traditionellt filosofiskt centrala frågan "Vad är sjukdom?". Men den gör mer än så, vill jag hävda. Av de kvinnor jag intervjuade fick jag höra exempel på hur den egna förståelsen för sjukdomen man drabbats av kanske alls inte kom på



tal i mötet med vården, något som inte förbättrade situationen. Några berättade också om vilken betydelse det kan ha att få tala om de existentiella problem man själv brottas med och vad det kan betyda för tillfrisknandet. Det här fick mig att lyfta fram betydelsen av ett lyhört lyssnande och öppna samtal inom ätstörningsvården. Jag har också gett vissa förslag om hur ett empatiskt lyssnade kunde bli ett inslag i den psykiatriska vården som inkluderar patienten och hans sjukdomsverklighet. Här kan de anhöriga få en viktigare roll än vad idag kan vara fallet. Vissa mentala sjukdomar präglas av att de begreppsligt dels måste förstås i termer av bristande självinsikt. De anhörigas perspektiv kan bidra till förståelsen av vilka problem som är förhållandevis, samtidigt kan det innebära en spänning med ett annat viktigt begrepp inom vården, patientautonomin. Ifall vårdstrukturerna alltid är uppbyggda kring patientens autonomi, självständighet och rättigheter kan man lätt glömma barn och andra anhöriga – alltså de åtgärder som skulle vara nödvändiga för att de anhöriga också skall förstå, kunna umgås, bemöta och sköta den sjuka på ett bra sätt.

I avhandlingen vill jag också visa på att diagnosen, trots att det ofta anses så, inte behöver frånta människan hennes ansvar för det egna tillfrisknandet. Den här avhandlingen vänder sig alltså mot många olika håll. Främst tar den ändå utgångspunkt i människans egen berättelse och förståelse för sin sjukdom och påminner om att det finns en etisk utgångspunkt som binder samman allt från avancerad läkemedelsteknologisk forskning med kritik mot densamma. Utan begrepp som omsorg, vilja att hjälpa, medlidande och ansvar för varandra skulle våra vårdstrukturer, diagnoser och roller inom dessa ganska långt vara obegripliga.

Wittgenstein beskriver filosofins roll i några ofta citerade meningar. "Den lämnar allt som det är" och "att visa flugan vägen ut ur flugfångstflaskan".<sup>530</sup> Det betyder att en wittgensteinsk filosofi inte vill ge praktiska, etiska råd eller inta rollen som moralisk vägvisare utan istället lösa upp de filosofiska låsningarna i språket. Det betyder ändå inte att jag ser mitt arbetes konkreta innebörd som oviktigt. En viktig sida är att genom de begreppsliga utredningarna kunna visa på de olika betydelser som våra sjukdomsbegrepp har, för de olika inblandade människorna. Utan en existentiell anledning ser jag det som betydelselöst att göra dessa begreppsliga undersökningar. Jag hoppas och tror att mitt arbete kan hjälpa att bringa klarhet i olika medicinska frågor och i synnerhet just med tanke på den etiska förståelse som jag har hävdat att är nödvändig

---

<sup>530</sup> Wittgenstein § 309, s. 120.

för all form av medicinsk verksamhet. Jag kan tänka mig att betonandet av begrepp som medkänsla, uppmärksamhet och lyssnande vid första anblicken kan verka naivt, ofta är det *inte* det intryck vården ger. Jag beskriver inte vården empiriskt, hur den alla gånger *är*, men jag vill hävda att de begreppsliga utredningarna har kraften att öppna upp våra vårdsammanhang. Då man ser den moraliska dimensionen i vården så följer också en förståelse för hur en uppsjö av begrepp har en betydande roll i de konkreta vårdsammanhangen; uppmärksamhet, att ta någon på allvar, tid, lyhördhet, kommunikation med de anhöriga, läkarens kunskap som inger trygghet, för att nämna några. Jag hävdar att förståelsen för det moraliska innebär att se på vården i ett nytt ljus – såväl om man är patient, läkare eller anhörig. Genom min moraliska idé kan man kritisera all form av vård. Ett exempel kunde vara ett fall där man inom äldre vården misslyckas med att ta människan på allvar, om man enbart ger hen medicinering, för lite närhet och egentligen bara upprätthåller livsfunktionerna. Vad jag tror att min begreppsliga undersökning *kan* göra är att öppna upp en fördjupad förståelse för olika vårdsammanhang där just individens berättelse blir central. Jag kan inte konkret peka ut de praktiska åtgärderna i olika fall, men i ätstörningsfrågor i synnerhet hoppas jag att mitt arbete bidrar med att uppmärksamma hur patienternas existentiella problem behöver få en större plats än vad som kan vara fallet. Jag hoppas att arbetet läses av vårdvetare, psykologer och läkare. Min intention är inte att kritisera dessa discipliner som sådana. Jag är övertygad om att fruktbara dialoger mellan dessa och filosofi är möjliga och eftersträvansvärda.

På en punkt är jag särskilt mån om att peka ut något som jag upplever som en konkret brist i vården. De anhöriga, i synnerhet barn till psykiskt sjuka, behöver både få stöd och bli en självklar del av vårdprocesserna. Jag är övertygad om att det är i såväl patientens och de anhörigas intresse och att det kan hjälpa dem att kommunicera och kunna knyta an till varandra i en ytterst utsatt situation. Det är en utmaning att navigera runt den också mycket viktiga patientautonomin, men jag är övertygad om att humaniora har en viktig roll att spela i denna framtida utmaning. Jag är bland annat intresserad av att i framtiden utifrån mitt arbete vara med om att utveckla familjecentrerade vårdmodeller. För den enskilda individen kan det handla om att återfå rätten att berätta sin egen historia, att inte belastas av skam och att befrias från den ensamhet som anhörigskapet ofrånkomligt kan innebära. Jag hoppas att detta arbete kan ha en roll i den framtida forskningen om integrerade vårdmodeller.

Vad gäller de aspekter av mitt arbete som tangerar andra filosofiska och humanistiska discipliner där sjukdom undersöks så ser jag ett värde i att till exempel det narrativa får en allt större roll. I mitt arbete har berättelsens konstituerade roll för sjukdom såväl en praktisk som en teoretisk sida. En vårdare eller läkare kan kanske genom detta se sin verksamhet i ett nytt ljus. Den teoretiska betydelsen kan vara att man exempelvis inom anorexivården ser över de förklaringsmodeller som dominerar förståelsen. Att berättelsen vävs in i sjukdomen är en begreppslig notering som jag tänker mig att kliniker och sjukdomsforskare inte bör ignorera, oavsett om deras grundförståelse är psykologisk, biologisk, sociologisk etcetera. Berättelsen är central för att få syn på vilken innebörd själva diagnosen har för någon. Också om utgångspunkten för mitt narrativa grepp inte i grunden är detsamma som de många narrativa inriktningarna inom forskningen som utmanar maktpositioner i samhället och också medicinen, som genom klass, genus och motsvarande för fram nedtystade grupperns erfarenheter och historia, så tänker jag mig att det finns en gemensam strävan hos oss. I bägge fallen handlar det om att uppmärksamma det som saknat röst och genom detta fördjupa en förståelse som till exempel vad som står på spel inom vården, och jag tror att dylika perspektiv kan korsbefrukta varandra.

Trots vissa teoretiska skillnader mellan fenomenologin och mitt perspektiv så kommer de nära varandra i patientcenterade vårdfrågor och kan säkert hitta stöd i varandra. Slutligen hoppas jag att mitt arbete kan bidra med perspektiv som befruktar den offentliga debatten om sjukdom med perspektiv som hittills kanske inte är så vanliga och ger redskap åt människan att förstå sig själv och den värld hen lever i.

## 11 Epilog

Sommaren 2018 träffade jag Susanne för att höra hur Elin mådde. När jag träffade henne gjorde jag ingen intervju utan vi samtalade om hur Elin hade mått efter det att intervjun hade gjorts. Jag kommer nu att genom Susannes ord berätta hur Elins kamp mot anorexin hade fortsatt i flera år, och hur hon slutligen fick hjälp mot den. Jag har bett om tillstånd av Elin att kort kunna skildra sjukdomsförloppet och vägen till ett friskare liv, för jag vill återge vad hon själv anser att har kunnat ge henne den hjälp som hon har behövt.

Susanne berättade att Elin hade mått litet bättre under hösten 2014 och längre in på året 2015. Men från och med hösten 2015 hade hon igen fått stora problem. Hon hade mått så dåligt att hon hade tagit en överdos med tabletter. Hon blev tvungen att avsluta den utbildning som hon hade påbörjat utomlands och flytta hem igen. Hon hade kontakt med vården på hemorten under den här perioden. På hösten 2016 försökte hon påbörja en ny utbildning, men anorexin fick övertaget och läget blev så allvarligt att hon blev inlagd för intensivvård, eftersom hon var döende av svälten.

Den hösten kunde man inte inleda någon terapi eftersom hennes tillstånd var så allvarligt. Men där kring årsskiftet 2016-2017 började det vända mot det bättre, berättar Susanne. Inom ätstörningsvården på deras hemort gjorde man upp en vårdplan och som Susanne beskriver det i vårt samtal, hade de nu förstått hur sjuk hon egentligen var, därför fick hon nu vård på den egna orten. Elin fick kontakt med en pensionerad erfaren psykolog, som hade tagit upp och talat om de saker som var relaterade till hennes anorexi och lyssnat på henne: sådana saker som ingen, enligt Elins upplevelse, hade reagerat på tidigare inom sjukvården. Elin hade upplevt sig vara en belastning där hemma och för sin mamma. Så som Susanne beskriver det är det Elins förståelse att det var just den här kontakten till psykologen, att den fungerade och att psykologen hade samtalat om de rätta existentiella problemen, sådana problem som var anknutna till barndomsfamiljen, som hade betytt mycket för hennes förbättring. Men hon säger också att antidepressiv medicinering spelade en stor roll för att hon kunde börja må bättre. Tidigare hade hon inte velat äta sådana men nu hade hon gjort ett försök och upplever att de hade haft en effekt. Idag lever Elin ett helt annat liv. Hon har blivit fri från de eviga striderna och har mått bra i omkring ett års tid. Hon studerar för tillfället utomlands.

## 12 English summary

The contemporary research debate about medicalization and psychiatric diagnoses is dominated by two powerful positions: naturalism and social constructivism. Roughly speaking, the disagreement concerns the way to understand illness, as something that exists in itself or as something that is created by society. Are these illnesses “real” or valid, or are psychiatrists diagnosing behaviours that formerly would have been understood as normal? The questions are many and the discussion about the nature of illness is something that a person that is given a diagnosis is forced to relate to in some way. Diagnoses have been criticised for being stigmatizing but they have also been described as something that can liberate a human being from feelings of uncertainty about what has caused the problems.

In this thesis I have attempted to think about diagnoses from a perspective that does not take a stand in favour of either naturalism or social constructivism. Instead, I have taken a conceptual perspective on these many questions of the philosophy of medicine. By describing our fundamental moral reactions to each other, involving care, attention, listening, understanding, compassion and taking another person’s suffering seriously, I have shown that these reactions constitute the logical foundation of our healthcare systems and diagnoses. I would therefore call my investigation *premedical*. The use of these crucial concepts in our daily lives, reflects the importance of our human relations, precedes and is logically sufficient for our medical practice. In this I have tried to avoid getting caught in philosophical problems as tend to happen sooner or later. What I have been searching for is what illness means, what things are at stake for those people that are struck by illness. I have tried to describe different kinds of contexts where people fall ill and live with their illnesses, in the families and other intimate human conditions. The perspective is often that of the patients and of the significance that the diagnoses have and receive in people’s lives. It is this moral dimension that constitutes the inevitable prerequisite for the understanding of the origin of our healthcare practices. This is the most central and basic idea in the thesis. I have called this new idea that is founded on the thinking of Ludwig Wittgenstein, an “ethical concept of illness”.

Alongside the conceptual discussion, one part of the thesis consists of interviews, something that is not that common in a philosophical work. I discuss a broad domain of different diagnoses:

depressions, different anxiety syndromes, psychotic illnesses, ADHD, transsexualism and the obstetric diagnosis fear of childbirth. I have however chosen to pay particular attention to *anorexia nervosa*. Within sociocultural research it has often been emphasized that this diagnosis is socially constructed in different ways and it is therefore a suitable starting-point for my thinking. By interviewing some young women suffering from *anorexia*, as well as the parents of some of them, I wanted to find out how the people affected looked upon their illness. These people, as well as the psychiatrist I also interviewed, have all increased my understanding of the existential and moral questions that illness, diagnosis, care and the shortcomings of healthcare might involve. Through these deep interviews I noticed how varied those situations are in which an illness such as anorexia can emerge. I observed that the way these women were talking about their illness did not correspond with the many predominant empirical causal explanations of *anorexia*. In the willingness of these young women to tell about their experiences, an insight slowly grew forth: that one has to distinguish between those factors that cause an illness and what constitutes it. The story, the narrative, I see as an important and constitutive part of an illness together with the fact that the causes can be biological or social. It is mainly through the personal narrative that a human being understands her illness. This is one additional main idea of the thesis. The importance of paying attention to the way a person explains and experiences her illness is here juxtaposed to the way many dominant theories in for instance psychology or social constructivism seem to represent the causes of eating disorders. The narrative also made me discuss the world in which many young women live today, in a body commenting culture. Comments made by people around them were seen as an important part of the eating disorder, rather than cultural images of thin women in magazines or commercials.

In my interviews the narratives have emphasized anxiety control: for example an attempt to control a difficult situation or feeling anxiety over what it means to grow up and choose one's path in life. To focus on the narrative does not make empirical or social constructivist explanation models meaningless - but puts the individual, her experiences and illness reality in the centre. That this has been done relatively seldom in psychological research, I see as a shortcoming. With my thesis I want to investigate the meaning of the illnesses and the diagnoses for the sick, their relatives and also in an extension for the

whole society. In the light of these personal narratives the question “Is the illness real?” slowly resolves itself. There is no doubt about that.

The distinction between causal explanations and the things that constitute an illness is theoretically important, it provides an answer to the traditional and philosophically important question “What is illness?”. But it does more than this, I would argue. When I interviewed the women I sometimes got to hear that these persons understanding of their illnesses, was ignored in the care of eating disorders. This fact did not improve their situation. Some of the patients also told me how important it is to be able to talk about the existential problems that one struggles with and what this may mean for recovery. This made me highlight the importance of sensitive listening and open dialogue in the care of eating disorders. I have also given some suggestions about how empathic listening could become an ingredient in the psychiatric care that includes the patient and her illness reality.

In this context the relatives could have a more important role than appears to be the case today. Some of the mental illnesses are conceptually characterized by a lack of self-insight. The perspectives of the relatives can contribute to the understanding of the character of the problems that has arisen, at the same time this can create a tension with another important concept in healthcare, the autonomy of the patient. If the structures in healthcare are always built around the patient’s autonomy, independence and rights, the children and other relatives can easily be forgotten – and consequently also the kinds of arrangements that would be necessary so that the relatives would be able to understand, socialize, treat and take care of the sick one properly.

My position might seem to have many things in common with phenomenology. This is both true and untrue. Existential questions and bodily experiences are important topics also for my thinking, but especially the wish to underline that the meaning of illness is something that appears primarily in our relations is something that separates my investigation from the phenomenologist’s focus on the bodily experiences.

My discussion concerns various existential meanings of illness. For instance, I want to show that the diagnosis does not, as is often argued, deprive a human being responsibility for her recovery. The thesis therefore faces in many different directions. But above all it starts with the way a human being talks about and understands her illness and reminds us of the fact that there is an ethical basis that makes everything from advanced medicine technological research to the criticism thereof

understandable. Why do we treat at all is the theme of my work and the *thaumazein*/wonder of my writings. Without concepts such as care, a willingness to help, compassion and people's responsibility for each other, our healthcare structures, diagnoses and the different roles within these would be, so to speak, incomprehensible.



## Litteratur:

- R. Ahlzén: *Why should Physicians Read? Understanding Clinical Judgment and its Relation to Literary Experience* (Karlstad: Universitetstryckeriet, 2010).
- S. Alakoski: *April i anhörigsverige. Dagbok* (Leck: Albert Bonniers förlag; 2015).
- C. Allgulander: *Introduktion till klinisk psykiatri* (Lund: Studentlitteratur, 2008).
- F. Ambjörnsson: *Vad är queer?* (Stockholm: Natur och Kultur, 2006).
- R. Ambjörnsson: *Människors undran* (Stockholm: Natur och Kultur, 1998).
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4:de rev. uppl. (Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000).
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5:te rev. uppl. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013).
- M. R. Anspach: "Anorexi och tidsandan" i *Anorexi och mimetiskt begär* Red. René Girard (Stockholm: Themis, 2010), ss. 57-76.
- M.R. Anspach & L. Tacou: "Samtal med René Girard" i *Anorexi och mimetiskt begär* Red. R. Girard (Stockholm: Themis, 2010), ss. 127-157.
- L. Appignanesi: *Mad, Bad and Sad. A History of Women and Mind Doctors from 1800 to the Present* (London: Virago Press, 2009).
- K-E. Berts & K. Solin: *Matematiken och Wittgenstein* (Stockholm: Thales, 2010).
- H. Bondevik: "Michel Foucault og hysteri som diagnose og protest". *Scandia* 72 (2006). <https://journals.lub.lu.se/scandia/article/view/1724/1364>.
- *Hysteri i Norge – et sykdomsportrett* (Oslo: Unipub, 2009).
- S. Bordo: *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (Berkeley: University of California Press, 2003).
- T. Brante: "Den nya psykiatrin: exemplet ADHD" i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Red. Gunilla Hallerstedt (Göteborg: Daidalos, 2006), 73-101.
- C. Brown: *Skönhetens mask. Historia om kropp och själ, ideal och verklighet* (Stockholm: Carlsson Bokförlag, 2011).
- B. Brülde och P-A. Tengland: *Hälsa och sjukdom - en begreppslig utredning* (Lund: Studentlitteratur, 2003).
- A. Camus: *Pesten* (Stockholm: Bonniers, 2001).

- H. Carel: *Illness – The Cry of the Flesh* (Stevenage, Hertfordshire: Acumen Publishing Limited, 2013).
- I. Carlberg: *Pillret. En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader* (Stockholm: Norstedts, 2008).
- C. Classen: *The deepest sense. A Cultural History of Touch* (Urbana, Chicago and Springfield: University of Illinois Press, 2012).
- P. Claude-Pierre: *Syömishäiriöiden salainen kieli: miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa* (Helsingfors: Tammi, 2000).
- R. Cooper: *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (New York: Springer, 2005).
- J. Cullberg: *Dynamisk psykiatri i teori och praktik* (Stockholm: Natur och Kultur, 2003).
- S. de Beauvoir: *Det andra könet* (Stockholm: Norstedts Förlag, 1995).
- E.E. Fitzsimmons-Craft, M. B. Harney, L. G. Koehler, L. E. Danzi, M. K. Riddell & A.M. Bardone-Cone: "Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance." *Body Image* 9 (2012), ss. 43-49.
- M. Foucault: *Vansinnets historia under den klassiska epoken* (Lund: Arkiv, 1992).
- A. Frances: *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* (New York: Harper Collins, 2013).
- B.L. Fredrickson & T-A. Roberts: "Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks." *Psychology of Women Quarterly* 21 (1997), ss. 173-206.
- J. Freedman: *Feminism – en introduktion* (Lund: Liber, 2003).
- K. W. M. Fulford: *Moral Theory and Medical Practice* (New York: Cambridge University Press, 1999).
- K. W. M. Fulford, T. Thornton & G. Graham (red.): *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry* (New York: Oxford University Press, 2006).
- R. Gaita: "The Personal in Ethics" i *Wittgenstein: Attention to Particulars*. Red. D.Z. Phillips och P. Winch (Southampton: The Macmillan Press Ltd. 1989), ss. 124-150.
- A. Ghaderi: "Ätstörningar" i *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Red. L-G. Öst (Stockholm: Natur och kultur, 2006), ss. 179-192.

- R. Girard: "Ätstörningar och mimetiskt begär" i *Anorexi och mimetiskt begär*. Red. R. Girard (Stockholm: Themis, 2010), ss. 77-123.
- E. Goffman: *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor* (Stockholm: Rabén & Sjögren, 1973).
- M. Greenberg: *Den dagen min dotter blev galen* (Stockholm: Bonniers, 2009).
- B. Grimsrud: *En dåre fri* (Stockholm: Albert Bonniers förlag, 2010).
- L.M. Groesz, M.P. Levine & S.K. Murnen: "The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review." *International Journal of Eating Disorders* 31 (2001), ss. 1-16.
- P. Gøzsche: *Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse* (Falun: Karneval förlag, 2015).
- I. Hacking: *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses* (Charlottesville, Va: University Press of Virginia, 1998).
- *Social konstruktion av vad?* (Stockholm: Thales, 1999).
- G. Hallerstedt: "Introduktion. Lidandets uttryck och namn." i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande* (Göteborg: Daidalos, 2006), ss. 11-28.
- S. C. Hayes & S. Smith: *Sluta grubbla, börja leva* (Stockholm: Natur och Kultur, 2007).
- M. Heidegger: *Varat och tiden* (Uddevalla: Daidalos, 1993).
- A. Hellgren: "Pillren ur helvetet." *Arena* 3 (2008), ss. 51-55.
- J. Hepworth: *The Social Construction of Anorexia Nervosa* (London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 1999).
- L. Hertzberg: "Om att inte kunna vilja" i *i förste, andre og tredje person. Festskrift til Audun Öfsti*. Red. S. Bøe, B. Molander & B. Strandhagen (Trondheim: Filosofisk institutt, 1999), ss. 171-179.
- "Om viljans grammatik." *Sphinx* (Helsingfors: Societas Scientiarum Fennica, 1998/1999), ss. 7-15.
- "Om depressionens obeskrivbarhet" i *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Red. K. Klockars & B. Österman (Stockholm: Liber Utbildning, 1995), ss. 224-239.
- "On the Supposed Conflict Between Prediction and Choise" i *Wittgenstein and the Future of Philosophy: A Reassessment After 50 Years*. Red. R. Haller, K. Puhl (Wien: ÖBV & HPT, 2002), ss. 121-131.

- S. Hesse- Biber, P. Leavy, C.E. Quinn & J. Zoino: "The mass marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness and culture." *Women's Studies International Forum* 29 (2006), ss. 208-224.
- A. V. Horwitz: *Creating Mental Illness* (Chicago: University of Chicago Press, 2001).
- S. Hustvedt: *Den skakande kvinnan* (Stockholm: Norstedts 2009).
- R. Isomaa: *Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence* (Åbo: Uniprint, 2011).
- U. Juul Jensen: *Sjukdomsbegrepp i praktiken. Det kliniska arbetets filosofi och vetenskapsteori* (Köpenhamn: Esselte Studium, 1983).
- K. Johannisson: "Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv." i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Red. Gunilla Hallerstedt (Göteborg: Daidalos, 2006), ss. 29-41.
- *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm: Norstedts, 2004).
- *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (Falun: Norstedts Förlag, 2005).
- K. S. Kendler & J. Parnas: *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (Baltimore: The John Hopkins University Press, 2008).
- K. Klockars & B. Österman: *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård* (Stockholm: Liber, 1995).
- C. Kronqvist: *What We Talk About When We Talk About Love* (Åbo: Åbo Akademi, 2008).
- S. Kvale & S. Brinkmann: *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Lund: Studentlitteratur, 2009).
- E. Kärfe: *Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan* (Stockholm: Symposium, 2000).
- P. Liljeroth: "'Förlossningsrädda kvinnor' – ett medicinskt problem?" i *Kvinnor, kropp och hälsa*. Red. E. Oinas & J. Ahlbeck-Rehn (Lund: Studentlitteratur, 2007), ss. 65-92.
- *Rädsla inför förlossningen – ett uppenbart kliniskt problem? – konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori* (Åbo Akademi, 2009).

- A. MacLeod: "Psykologisk behandling" i *Psykologi. Ett integrerat perspektiv*. Red. Michael Eysenck (Lund: Studentlitteratur, 2000), ss. 639-670.
- K. Marx: *Det kommunistiska manifestet* (Stockholm: Tidens förlag, 1977).
- M. Mazzarella: *Den goda beröringen. Om kropp, hälsa, vård och litteratur* (Helsingfors: Söderströms, 2005).
- L. Melin: "Teoretisk bakgrund" i *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Red. L-G Öst (Stockholm: Natur och kultur, 2006), ss. 13-29.
- M. Merleau-Ponty: *The Phenomenology of Perception* (New York: Routledge, 2012).
- R. Monk: *Ludwig Wittgenstein – Geniets plikt* (Göteborg: Daidalos, 1992).
- T. Moi: "Representations of Patriarchy: Sexuality and Epistemology in Freud's Dora" i *In Dora's Case. Freud – Hysteria – Feminism*. Red. C. Bernheimer och C. Kahane (New York: Columbia University Press (1985), ss. 181-199.
- L. Nordenfelt: *Health, Science, and Ordinary Language* (Amsterdam: New York, 2001).
- ..... "Om hälsa och naturliga funktioner" *Filosofisk Tidskrift* 4 (2001) ss. 35-43.
- I. Nilsson & H. I. Peterson: *Medicinens idéhistoria* (Borås: SNS förlag, 1998).
- A. Olsson: "René Girard, det mimetiska begäret och självsvälten" i *Anorexi och mimetiskt begär*. Red. R. Girard (Stockholm: Themis, 2010), ss. 7-47.
- J-O. Ottoson: *Psykiatri* (Stockholm: Liber, 2004).
- M. S. Palazzoli: *Anorexi: boken om själösvält* (Stockholm: Natur och Kultur, 1979).
- Platon: "Faidon" i *Skrifter. Bok 1*. (Stockholm: Atlantis, 2000).
- I. Pörn: "Vad är hälsa?" i *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Red. K. Klockars och B. Österman (Stockholm: Liber, 1995), ss. 14-28.
- R. Rhees: *Discussions of Simone Weil*. Red. D. Z. Phillips (Albany: State University of New York Press, 2000).
- C. Riving: *Icke som en annan människa. Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft* (Halmstad: Gidlunds förlag, 2008).
- E.D. Rothblum: "'I'll Die for the Revolution but Don't Ask Me Not to Diet': Feminism and the Continuing Stigmatization of Obesity" i *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Red. P. Fallon, M. A. Katzman & S.C. Wooley (New York: The Guilford Press, 1994), ss. 53-76.

- R. Samuels: "Delusion as a Natural Kind" i *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical Perspectives*. Red. M. R. Broome & L. Bortolotti (New York: Oxford University Press, 2009), ss. 49-79.
- S. Sontag: *Sjukdom som metafor. Aids och dess metaforer* (Stockholm: Natur och kultur, 2001).
- R.H. Striegel-Moore & D.L. Franko: "Body image issues among girls and women" i *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. Red. T. F. Cash & T. Pruzinsky (New York: The Guilford Press, 2004), ss. 183-191.
- F. Svenaeus: *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen* (Nora: Nya Doxa, 2008).
- *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik* (Stockholm: Natur och kultur, 2003).
- *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps towards a Philosophy of Health* (Linköping: Linköpings universitet, 1999).
- "Scientific Contribution. Do Antidepressants affect the Self? A Phenomenological Approach." *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (2007), ss. 153-166.
- *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid* (Hägersten: Tankekraft, 2013).
- *Phenomenological Bioethics – Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive* (New York: Routledge, 2018).
- "Anorexia Nervosa and the Body Uncanny: A Phenomenological Approach". *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 20 (2013), ss. 81-91.
- L. Fr. H. Svendsen: "Patologiseringen av menneskelivet." *Samtiden* 1 (2006), ss. 131-139.
- STAKES: *Psykiatrian luokituskäsikirja, Tautiluokitus ICD-10. Psykiatriaan liittyvät diagnosit* (STAKES, 1997).
- *Tautiluokitus ICD-10. Klassifikation av sjukdomar, Andra förnyade upplaga av finsk version av Världshälsoorganisationens (WHO) klassifikation ICD-10. Alfabetisk del* (STAKES, 1999).
- *Tautiluokitus ICD-10. Klassifikation av sjukdomar, Andra förnyade upplaga av finsk version av Världshälsoorganisationens (WHO) klassifikation ICD-10. Systematisk del* (STAKES, 1999).
- L. Tolstoj: *Anna Karenina* (Stockholm: Albert Bonniers förlag, 1997).

- G. Torrkulla: "Om uppmärksamhetens former" i K. Larson, G. Torrkulla och B. Carabaidis: *Stiglöshet* (Stockholm: Bokförlaget Lejd, 2014), ss. 73-201.
- S. Torvalds: *Hungrig. En bok om ätstörningar och föräldraskap* (Helsingfors: Schildts & Söderströms, 2013).
- P. Tudor-Sandahl: *Det omöjliga yrket: om psykoterapi och psykoterapeuter* (Stockholm: Wahlström & Widstrand, 2004).
- P. Zachar: "Psychiatric Disorders Are Not Natural kinds". *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 7 (2000), ss. 168-182.
- J. C. Wakefield: "The Concept of Mental Disorder. On the Boundary Between Biological Facts and Social Values" i *American Psychologist* 4 (1992), ss. 373-388.
- S. Weil: *Tyngden och nåden* (Stockholm: Bonniers, 1957).
- E. Wester: *Sjukdom och hälsa som medicinska begrepp – En filosofisk analys av hälsobegreppens betydelse inom medicin och patientens roll för förståelsen av begreppen* (Åbo Akademi, 2007).
- P. Winch: *Samhällsvetenskapens idé och dess relation till filosofin jämte fyra essäer* (Stockholm: Thales, 1994).
- L. Wittgenstein: *Filosofiska undersökningar* (Stockholm: Thales, 1992).
- H. R. Wulff, S. A. Pedersen & R. Rosenberg: *Medicinens filosofi* (Göteborg: Daidalos, 1992).
- G. H. Von Wright: "Om behov" i *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Red. K. Klockars och B. Österman (Stockholm: Liber utbildning, 1995), ss. 43-59.
- M. Ålgars: *Shapes and Sizes: Body Image, Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Relation to Gender and Gender Identity* (Åbo: Åbo Akademi, 2012).
- L-G. Öst: "Specifik fobi och social fobi" i *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* Red. L-G. Öst (Stockholm: Natur och kultur, 2006), ss. 71-88.

## Webblänkar (11.04.2019):

Länk till diagnosen förlossningsrädsla:

<https://thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2>

Länk till version av ICD-11:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>

Om läkemedelsbolaget Lundbeck:

<http://www.lundbeck.com/> och <http://www.lundbeck.com/fi>

Forskningsetiska nämnden:

<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>

Om John Sawatskys intervjumetod:

<https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=5625218&t=1537620319562>

Artiklar om forskningsresultat kring antidepressiva mediciner:

<https://svenska.yle.fi/artikel/2018/02/22/stor-forskning-slar-hal-pa-seglivad-myt-antidepressiva-lakemedel-ar-ofta>

<https://sahlgrenska.gu.se/forskning/aktuellt/nyhet/ny-studie-tillbakavisar-att-antidepressiva-lakemedel-inte-fungerar.cid1506583>

Det hälsojournalistiska programmet *Kropp och själ*:

<https://sverigesradio.se/sida/avsnitt/800449?programid=1272>

Världshälsoorganisationens definition på hälsa:

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf?page=7>

Artikel om ungas psykiska hälsa:

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Ungas-psykiska-halsa-forbryllar-forskare/>

Psykatrikritisk artikel:

<http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/09/Peter-Gotzsche-pa-krigsstigen-mot-psykiatrin/>

Artikel om missvård inom äldrepsykiatrin i Åbo:

[https://www.turku.fi/sv/nyhet/2016-02-18\\_den-slutna-avdelningens-verksamhet-inom-aldrepsykiatrin-utreds-grundligt](https://www.turku.fi/sv/nyhet/2016-02-18_den-slutna-avdelningens-verksamhet-inom-aldrepsykiatrin-utreds-grundligt)



Institutet för hälsa och välfärds statistik om finländares fetma:  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114872/URN\\_ISBN\\_978-952-302-083-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114872/URN_ISBN_978-952-302-083-2.pdf?sequence=1)

Om manlig anorexi:

M. Wilson: "The secret world of male anorexia" i *The Guardian* (9.9.2012).  
<https://www.theguardian.com/theobserver/2012/sep/09/secret-world-male-anorexia>

Om Claude-Pierres metodik:

<https://www.theguardian.com/world/1999/dec/16/gender.uk>

Artikeln "Det ätstörda samhället och det sociala arbetet":

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:732371/FULLTEXT03>

Intervju med Monica Ålgars:

<https://svenska.yle.fi/artikel/2016/08/15/den-skora-alvan-och-andra-popkulturella-myter-om-anorexi>

Essä av Åsa Slotte:

<https://svenska.yle.fi/artikel/2016/08/21/essa-vi-lamnades-ensamma-med-mammas-livslanga-djupa-depressioner>

Essä av Eva Frantz:

<https://svenska.yle.fi/artikel/2016/10/16/essa-fett-forakt-och-fordomar>

*Musik:*

K. Kristofferson: *This Old Road* (New West Records, 2006).

## Bilaga: Intervjuer om anorexi, gjorda på olika håll i Svenskfinland under åren 2014 och 2015

Intervjuerna omfattar fem anorexipatienter, två föräldrar och en läkare som specialiserat sig på ätstörningar. Elin, Rebecka, Maria, Katja och Hanna berättar om sina insjuknanden, vad det betydde att få en diagnos, om vården och om vari deras sjukdom bestod. Roger och Susanne om vad det betyder att vara anhörig, förälder, hur de upplevde vården, sin egen roll och sjukdomsförståelse. Läkarintervjun rör sig mellan praktik och etik; på vilka grunder en diagnos ges, vad den innebär, vad sjukdom är och vilken läkarens roll är. Ingen förekommer i eget namn, men intervjusamtalet återges precis så som det spelades in. För att garantera anonymiteten på de intervjuade har jag omskrivit platser, inte namngett institutioner och också beaktat språkliga uttryck som kunde tänkas avslöja detaljer kring de intervjuade. Jag har följt de etiska riktlinjer som tillgivits mig av fakulteten. Professorerna Tage Kurtén, Pekka Santtila och Mikael Lindfelt har alla konsulterats för att garantera att de forskningsetiska principerna har följts. Alla intervjuade har läst igenom sina svar och godkänt den anonymisering jag gjort. I enstaka fall har jag dessutom gjort rättelser enligt önskemål.<sup>531</sup> För dem var det viktigt att få berätta sin sjukdomshistoria.

Jag har inte velat använda patient- och anhörigintervjuerna för att dra empiriska slutsatser om den vård som ges i Svenskfinland på ett allmänt plan. Jag kan alltså inte peka ut konkreta och platsförbundna förbättringsåtgärder. Det var heller inte min avsikt med arbetet. Intervjuerna fick mig däremot att uppmärksamma hur viktigt det är att lyssna på patienternas berättelser eftersom vården *kan* ha en stark betoning på ätträning, kroppsvikt och andra statistiska redskap. Redan innan intervjuerna hade jag utvecklat grunderna för mitt etiska sjukdomsbegrepp men mötena med dessa människor hjälpte mig bland annat att göra den begreppsliga noteringen om berättelsens roll i sjukdom och i förlängningen också våga lyfta upp de mellanmännsliga, vardagliga sammanhangens betydelse, till skillnad från de traditionella socialkonstruktivistiska orsakssambanden och de olika psykologiska förklaringsmodellerna. Mitt etiska sjukdomsbegrepp är inte en konstruktion, den etiska dimensionen finns redan i vården. Intervjuerna fick mig att se vad som både kan vara bra, men också dålig vård. Mitt

---

<sup>531</sup> Jag har följt den forskningsetiska delegationens anvisningar och de frågor som främst berör mitt arbete återfinns på sidorna 10-16: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>.

arbete för i synnerhet ätstörningsvården är att lyfta fram denna moraliska dimension, lyssnandet och samtalandet, för att genom det kunna nå patienten på hans egna villkor. Den läkare jag intervjuade råkade, kan man väl säga, bekräfta min etiska grundsyn på sjukdom. Det var något som hjälpte mig att ytterligare formulera också den sidan av min tes. Eftersom jag är medveten om den breda kritik mot en biologiskt inriktad läkarpraktik och också om att det finns otaliga människor som inte upplever sig hörda i mottagningsrummen så förstår jag att "min" läkares syn inte ska förstås som ett generellt faktum. Å andra sidan – jag vill heller inte göra slutsatser om läkares etiska syn eller brist på den i allmänhet. Det centrala för mig är, igen, att beskriva själva praktikens grund och att intervjun rörde sig kring vissa etiska frågor har hjälpt mig att skärpa till min beskrivning av den plats som en sådan moralisk inställning logiskt har i vårdsituationerna.

Efter att jag hade gjort alla intervjuer så hade jag framför mig ett antal berättelser. Med slutresultatet på hand kan det verka enkelt att tänka sig att slutsatsen om just *berättelsens* roll stack ut ur materialet som en självklarhet. Så var det verkligen inte, istället arbetades det narrativa perspektivet trevandes fram. Till en början var slutsatsen dold för mig, då materialet analyserades i enlighet med ett wittgensteinskt förståelseperspektiv. Just närheten till det wittgensteinska innebär att betonandet av berättelsens roll inte skall ses som samma sak som andra humanistiska narrativa forskningsinriktningar eller fenomenologi för den delen, som också betonar sjukdomsberättelser. Jag vill betona att resultatet klarnade under arbetets gång, jag hade inte en klar uppfattning om vilka dörrar intervjuerna skulle öppna för mig.

Jag publicerar alla intervjuer i sin anonymiserade form så att läsaren dels kan se ur vilka berättelser som jag hämtat förståelse för mitt arbetes teman. Personernas vilja att berätta är ytterligare en motivering och jag tror att de kan bidra till en breddad förståelse för hur sjukdom kan ta över inte bara ett liv, utan en hel familj. Slutligen tror jag att de olika karaktärer de olika berättelserna har kan hjälpa läsaren att stå emot lusten att ta till förtätade, förenklande och för allmänna definitioner på ätstörningar och i förlängningen sjukdomar.

## **1. Elin, 20**

Intervjun gjordes i juni 2014

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att du fick en anorexidiagnos?

Elin: Alltså, i bakgrunden, finns ju lite olika faktorer tror jag själv. När jag var åtta år sa skolhälsovårdaren till mig att: "Du skulle nog kunna gå ner lite i vikt, det skulle inte skada". Och hon målade upp att man *skulle* vara smal, att: "då var det bra". Så sa hon till mig. Och då började ju dom här tankarna snurra om att: "jaha, jag är för stor, jag kanske borde göra någonting åt det". Och det där hade jag ju nog med mig i huvudet väldigt länge. Och sen var det när jag var 12 år, när jag gick i sexan, så flyttade vi från landet in till stan för mina föräldrar hade skilt sig slutgiltigt. Så då flyttade vi in till stan med min mamma. Och då började jag på en ny skola men det tyckte jag att bara var bra för då var jag mycket ute vid ridklubben, i stallet, och jag hade vänner och allting där så jag kom jättebra in i skolan här då. Men sen bestämde jag mig vid årsskiftet när 2008 skulle börja att: "nu ska jag gå ner i vikt". Och då började det. Och jag gick ner 20 kilo på åtta månader. Det var egentligen det. Och sedan har min relation med min pappa aldrig varit bra. Nu är den ju bättre, men han har inte funnits där på samma sätt som min mamma. Och sen hade jag realiserat det att bara man är smal så är allting bra. Det trodde ju verkligen jag. Men så är det ju inte. Så det är egentligen allt det här. Och sen just det här med att jag alltid har haft det i huvudet att jag är för stor. Jag var ju inte överviktig men jag var inte den smalaste heller.

Intervjuaren: Vem var det som ville att du skulle gå till en läkare för de problem du hade?

Elin: Jag gick i sjuan när de uppmärksammade att jag hade gått ner väldigt mycket i vikt.

Intervjuaren: Så det var alltså skolan som reagerade?

Elin: Jo, det var min gymnastiklärare som hade sagt till skolhälsovårdaren att hon måste kolla upp mig. Så, en dag blev jag hämtad inför mina klasskamrater och jag ljög ju för dom då, för dom frågade vad det var. Så jag sa till dom bara att: "Nej, men det är min pollenallergi som dom kollar upp". Och så pratade jag med skolhälsovårdaren och så sa hon att: "Oj, du har ju gått ner i vikt, du ska till skolläkaren". Så fick jag träffa skolläkaren som sa åt mig i princip att det här är nog inte så farligt, att det här är nog bara en tonårsfas att du ska nog inte fundera så mycket på det här. Och då satt jag redan där, jag åt knappt någonting och jag mådde jätte illa. Och så säger hon det där. Då tänkte jag: "Jaha, okej, nu kan jag helt kasta in handduken". Men hon sa

nog ändå att man borde remittera mig till ätstörningsenheten. Och så fick jag remiss dit då och så fick jag diagnos ganska snabbt. Och så började allting ganska direkt eftersom jag var så pass underviktig och i dåligt skick.

Intervjuaren: När du ser tillbaks på hur du mådde då, tycker du idag att du hade hunnit bli för dålig i skick innan någon reagerade på att någonting var fel?

Elin: Ja, det tycker jag. Jag tror att omgivningen märkte att allt inte stod rätt till flera månader innan det faktiskt var någon som reagerade på det. Samtidigt brukar jag tänka att jag inte tror att det skulle ha hjälpt mig från att bli så dålig som jag blev att någon skulle reagerat tidigare. Jag var så målmedveten i min sjukdom och lät ingen komma nära mig. Ingen skulle få förstöra detta för mig, tänkte jag. Så skulle någon reagerat tidigare tror jag det hade blivit väldigt mycket konflikter. Jag skulle absolut inte varit mottaglig för någon hjälp.

Intervjuaren: Hur gick det till när du var på ätstörningsenheten och fick din diagnos?

Elin: Ja det började ju med att jag fick träffa en psykolog och fylla i en massa papper med henne. Det var det första jag gjorde. Och prata lite kring hur situationen var. Och sedan några dagar senare fick jag träffa samma psykolog igen tillsammans med barnpsykiatrikern och då sa ju dom att: "Du är ju sjuk, det syns ju!". Men sedan var det slutgiltigt barnläkaren som ställde diagnosen, för de var tvungna att kolla det fysiska skicket också. Men allt det här gick jättefort. Det gick på en vecka. Det gick ganska fort för jag var ju i så dåligt skick och dom hade ju inte trott att jag var så dålig som jag var.

Intervjuaren: Hur kändes det för dig när de sa så här: "Du är ju sjuk, det syns ju!""? Vad tänkte du i den situationen?

Elin: Först hade jag svårt att tro dem. Jag hade inte speciellt mycket sjukdomsinsikt och var så trött av svälten att jag inte reagerade så mycket. Men jag kommer ihåg att jag på något sätt kände det som en vinst. Som att jag äntligen hade lyckats med något. Jag minns att jag la upp nya mål. Jag skulle gå ner ännu mer i vikt och bli ännu sjukare. Jag

tänkte något i stil med: om ni tycker jag är smal nu ska ni få se hur smal jag kan bli.

Intervjuaren: Var dina föräldrar med när du blev diagnostiserad?

Elin: Min mamma var med på alla samtalen. I början var hon med på allting. Och sedan hade vi nog efter ett tag familjesamtal, efter att jag hade fått diagnosen, med pappa och med mina syskon.

Intervjuaren: Upplevde du då att alla som du talade med, psykologen, läkaren och psykiatern att de lyssnade på dig tillräckligt bra?

Elin: Nej, kanske ändå inte. Det var nog mest att dom pratade över mig. Jag förstod inte riktigt allt som sades. Det var nog mest att man bara gick på de här papprena som man fyllde i. Och det här med att jag bara gick ner för varje gång vi träffades.

Intervjuaren: Vad har du för erfarenheter av sjukvården? Har du fått den hjälp som du skulle ha behövt?

Elin: Det har jag inte fått. Det har varit väldigt bristfällig vård vad gäller mig. Jag har nog fallit många gånger mellan stolarna.

Intervjuaren: På vilket sätt har vården haft brister för din del?

Elin: Till att börja med så kan jag nämna att jag fått byta terapeuter och psykologer och sådant här hela tiden. Jag har aldrig träffat någon en längre period för att det inte har fungerat och så där. Det negativa har också varit att de inte kunnat erbjuda rätt sorts hjälp och att jag har fått höra flera gånger att jag är för sjuk för att hjälpa. Det har jag fått höra. Och det mest negativa som hänt är att jag blev skickad på tvångsvård på finska i början innan de kunde flytta mig till svensk vård. Och det där blev väldigt mycket så här fel.

Intervjuaren: Kan du berätta mera om den här situationen när du fick höra att du var för sjuk för att hjälpa?

Elin: Det var när jag hade varit bättre i en period och jag hade varit ivägskickad både till en ätstörningsenhet utomlands och på tvångsvård på finska och jag hade börjat i gymnasiet på en praktisk linje för att jag

skulle ta det lite lugnare och inte pressa mig själv så hårt. Och då började jag igen att fuska med maten och jag slutade i princip att äta så då bad jag att: "kan ni snälla hjälpa mig?". För då hade de utvecklat dagvården här och då var det mammas och mitt mål att jag skulle få komma dit och äta så att jag skulle kunna komma igång igen. Men det fick jag ju inte för att jag var för sjuk och jag skulle påverka de andra för mycket negativt och personalen här skulle inte klara av mig. Så då fick jag istället ligga hemma i sängen och försöka äta på egen hand. Vilket jag då inte gjorde.

Intervjuaren: Hur upplevde du den här situationen?

Elin: Man kände sig väldigt hjälplös. Jag förstod inte riktigt hur de tänkte. Alltså, när de inte ens ville hjälpa. Det enda de erbjöd var att jag skulle komma och väga mig en gång i veckan, så att de skulle se att det inte gick negativt. För att det de sa var att du får vara hemma nu och skärper du dig inte så skickar vi dig på tvångsvård när du blir så dålig igen. Så man kände sig väldigt utelämnad.

Intervjuaren: Du nämnde att du varit på tvångsvård. Vad var det som hände som gjorde att du blev ivägskickad på tvångsvård?

Elin: Det var sommarlov. Jag hade ägnat två månader under våren till att plugga ikapp hela årskurs åtta och det var bestämt att jag skulle få börja i nian med mina jämnåriga. När sommaren kom blev allting snabbt sämre. För mig har det ofta varit så att när jag inte har någonting att göra tar sjukdomen över. Och så blev det nu. Jag började fuska med maten och min ångest ökade i intensitet för varje dag. Till sist stod jag inte ut längre. I en av mina absolut värsta ångestattacker gick jag in i badrummet och satte mig på golvet. Jag skakade av ångesten och ville bara slippa den. Utan att tänka det minsta sträckte jag mig efter en flaska som stod på badrumsgolvet, skruvade av korken och tog en klunk. Jag kände direkt hur det brände i halsen. Jag tog inte mer än den första klunken. Ganska snabbt förstod jag att jag gjort något som inte alls var bra. Jag drabbades av panik och ropade på min syster. Hon såg flaskan och mig och kunde lista ut vad jag gjort. Min storebror fick skjutsa in mig till akuten där mamma mötte upp oss. Det blev en väldig fart på läkaren och sjuksköterskorna där. Det bestämdes att jag skulle flyttas till annan ort p.g.a. risken för inre skador. De bedömde att resurserna på sjukhuset här inte skulle räcka till. Jag åkte ambulanshelikopter och lades in. Tvångsvården var skriven på sjukhuset hemma så jag fick aldrig vara

ensam utan hade en sjuksköterska med mig hela tiden. Det visade sig efter undersökningar att min kropp klarat sig mirakulöst väl och jag flyttades till en barnpsykiatrisk avdelning i ett dygn innan jag fick åka tillbaka hem. Träffade min psykiatriker på hemmaplan och hon bedömde mig som suicidal. Därefter skickades jag till ytterligare ett sjukhus på annan ort för att fortsätta tvångsvårdas.

Stora delar av denna händelse har jag fått berättat för mig. Jag var i psykiskt och fysiskt dåligt skick. Det visade sig att den flaskan jag druckit en klunk av var propplösare, som är starkt frätande. De trodde inte att jag skulle klara mig så bra som jag gjorde. När de skickade mig till annan ort trodde de att antingen dör hon eller så får hon leva med en slang som matar henne resten av livet för hennes matstrupe kommer vara förstörd. Värt att nämna är att jag inte tänkte att jag ville ta mitt liv när jag gjorde detta men det var så det bedömdes av läkarna. Min tanke var att minska ångesten. När jag fick mina extra ångesttoppar blev jag väldigt impulsiv och gjorde vad som helst för att få ner dem. Detta var ett desperat försök att få ner ångesten. Det slutade med att ångesten bara ökade för efteråt fick jag ångest över vad jag gjort och ville inte leva med mig själv p.g.a. vad jag utsatt mig själv för.

Intervjuaren: Hur upplevde du tvångsvården?

Elin: Hela den karusellen är ångestfylld och man kände sig så liten och ensam och så begränsad. Och när jag först behandlades på finska, på annan ort och när mamma inte fick vara där först. Då var jag helt ensam och var 15 år gammal och jag mådde riktigt dåligt och ingen kunde prata med mig. Då var jag osynlig för dem. Det var hemskt. Jag blev också tvångsbältad och ingen kunde lyssna på vad jag sa, så det var jättehemskt. Det är någonting som har satt spår i mig också och som jag får bearbeta idag.

Intervjuaren: Kan du berätta mera om hur tvångsvården såg ut? Vad mera hände där förutom att du blev tvungen att vara med om tvångsbältning?

Elin: På det första stället, där alla pratade finska, hände inte speciellt mycket. Jag låg i min säng nästan hela dagarna förutom de stunder mamma fick vara där med mig. Jag åt knappt någonting utan stirrade bara upp i taket. Det var ingen som brydde sig så mycket. Jag hade



samtal med läkaren, som pratade finska, och det enda som diskuterades var flytt till en tvåspråkig avdelning. Jag flyttades efter en vecka. På det andra stället pratade majoriteten av personalen bägge språken men i princip alla patienter var finskspråkiga. Det var ingen med ätstörningsproblematik och personalen hade knappt någon kompetens alls för hur det skulle hanteras. Jag fick sitta och stirra på min tallrik i två timmar efter varje måltid jag inte ätit. Det var ett tag som jag inte gjorde annat än stirrade på tallriken. Jag fick ingen egentlig vårdplan heller utan allting var väldigt oklart. På dagarna satt jag mest i en soffa och stirrade ut i tomma intet. De begränsade min tid på mitt rum utan tvingade mig vara i allrummet där de kunde ha uppsikt över mig. Ändå kände man sig osynlig och mindre värd än de andra. Rummen var enkla. Det fanns en liten säng, ett nattduksbord och ett skrivbord. En garderob för kläder som var låst och en toalett, som för det mesta också var låst. Vilka saker man fick ha begränsades. Under min tid där blev jag sämre då jag inte klarade av att äta. Min mamma kämpade för att få hem mig då hon såg att jag inte alls började må bättre. Det var möten som slutade med ordkrig mellan mig och personalen. Ingenting fungerade speciellt bra.

Intervjuaren: Vad har varit positivt med sjukvården?

Elin: Det positiva har väl ändå varit att den har räddat livet på mig för annars skulle jag inte ha överlevt. Och det positiva har också varit att jag har haft barnläkaren som alltid har funnits vid min sida. Och det positiva har också varit att jag blev skickad till en ätstörningsenhet utomlands. Det ser jag som positivt även om jag föll tillbaks direkt så var det ändå positivt att jag fick komma dit och få in lite rutiner som jag alltid har kunnat komma tillbaks till.

Intervjuaren: Hur har du så där allmänt sett blivit bemött inom vården? Eller ser du några skillnader mellan hur vården fungerar varifrån du kommer och med hur vården är utomlands?

Elin: Om man tänker på sjukhuset som finns här, så om man träffar någon där som inte kan någonting om ätstörningar, då känns det som att de tänker lite så här att: "Men det är väl bara att äta så blir det bra". Och sedan om man träffar till exempel de som är specialiserade, så känns det som att de har bemött mig ganska negativt, som att de tänker typ att hon är inte värd att sätta energi och pengar på för hon kommer ändå inte att kunna bli bra. Och sedan det här med att jag har fått höra att jag är en

kroniker, då känns det också som att man har blivit ganska negativt bemött. Men sedan till exempel när jag var på ätstörningsenheten utomlands, så där blev man ju väldigt professionellt och bra bemött. Och där var alla kunniga och de visste vad de gjorde.

Intervjuaren: Alla de gånger du fått höra att du är en kroniker och de gångerna när du har varit tvungen att uppleva att man inte har velat hjälpa dig, så vad har du då tänkt om din diagnos eller om din situation? Har du t.ex. sett någon mening med att ha fått en anorexidiagnos då?

Elin: Jag har själv börjat se mig som en kroniker och tänkt att det är meningen med mitt liv att vara det. Jag har i perioder inte orkat kämpa emot min anorexi då jag tänkt att det ändå är lönlöst då jag är en kroniker. Ett tag accepterade jag att jag får leva resten av mitt liv (antagligen väldigt korta) som en kroniker. Då har jag ju i alla fall lyckats med någonting i livet, att bli en lyckad kroniker.

Intervjuaren: Kan du berätta mera om det bemötande som du fick på ätstörningsenheten utomlands? På vilket sätt behandlade de dig?

Elin: Jag blev behandlad som en individ. De såg förbi sjukdomen. De kunde se mera vem man var bakom sjukdomen och uppmuntra en att göra saker som inte bara var ätstörningsrelaterade även om vi var på en avdelning som var specialiserad på ätstörningar. Det var en väldigt stor skillnad mot när jag var på tvångsvård i Finland. Där blev jag bara sedd som en sjuk person och de såg inte någonting annat. Så det var en väldigt stor skillnad där. Med stora kontraster.

Intervjuaren: Är det just att du blev tvångsbältad och att vårdarna bara talade finska när du var på tvångsvård som gör att du upplevde att du inte blev sedd som en person eller hände det också andra saker på tvångsvården som gjorde att du upplevde att du inte blev sedd? Kan du ge några exempel på en sådan situation?

Elin: Det var flera händelser. Som att jag kunde ligga vaken en hel natt och höra hur personalen gick runt till alla andra men ingen kom in till mitt rum och tittade om jag var vaken. Och när jag var tvungen att sitta i allrummet så att personalen kunde ha uppsikt över mig fastän det ända de gjorde var att spela kort med de andra patienterna. Och hela grejen

med att jag skulle stirra på min tallrik i två timmar efter varje icke-uppäten måltid. Då kände man sig överkörd.

Intervjuaren: Jo, det är intressant det du berättar. Hur skulle du önska att vården för ätstörningar som anorexi skulle se ut i Finland?

Elin: Jag önskar att det skulle finnas samma slags vård modell som det fanns på den ätstörningsenheten jag var på utomlands. Att du vid behov kan få bli inlagd på en dygnet runt avdelning. Och sedan när du blir bättre där så får du slussas vidare till en dagvård. Där du först kan vara alla dagar i veckan och sedan minskas det av så att du kommer någon förmiddag, alltså någon dag i veckan, enligt ditt behov. Och efter det förs du över till öppenvården där du går flera år. Att det finns ett system för det här.

Intervjuaren: Menar du att det inte är bra att man inom vården släpper taget för fort när någon har insjuknat i anorexi? Att vården borde systematiseras så att man erbjuder patienter en uppföljning under flera år?

Elin: Jo, precis. Om du har anorexi innebär vården att du börjar gå upp i vikt och sedan släpper de dig. Och sedan faller du ner igen. Då kommer du tillbaka och du går upp i vikt och faller ner igen osv.

Intervjuaren: Är det så vården har fungerat för dig? Att man har kontrollerat din vikt och sedan har man släppt taget och trott att allt löser sig?

Elin: Jo, så har det varit med den terapin som jag har fått. Den har varit väldigt fokuserad på att jag ska äta och när jag väl har gått upp i vikt så har det bara varit: "Hejdå!". Så har jag känt det. Men jag vet ju inte hur det fungerar för andra för de har utvecklat ätstörningsenheten här och den har jag inte varit involverad i för jag har ansetts vara för sjuk och för smart för dem också, har jag fått höra. Att jag skulle kunna lura personalen så lätt för att jag kan så många knep som inte andra patienter kan. Jag har ju lärt mig väldigt mycket när jag har varit bortskickad. Jag har ju lärt mig av andra typ mer professionella patienter hur man kan slippa undan. Så det var väl det att jag inte ska komma hit och visa dem.

Intervjuaren: På vilket sätt kan man lura personalen? Vad finns det för knep?

Elin: Det finns mängder av knep. Som att stoppa undan mat i fickorna medan de tittar bort en minut. Eller vattna blommorna med en näringsdryck. Eller träna i smyg när man går på toaletten. Sedan kan man snacka sig ur situationer om man är smart. Det gäller att ha bra argument och stå på sig så kan det funka.

Intervjuaren: Har du fått hjälp av mediciner?

Elin: Jag har tagit ångestdämpande i perioder och de har nog hjälpt mycket. Antidepressiva har nog också hjälpt mig. Även om jag också har haft mycket problem med biverkningar. Och speciellt när jag ska sluta med dem så har det varit problematiskt. Men de har nog hjälpt mig.

Intervjuaren: Kan du säga på vilket sätt medicinerna har hjälpt dig?

Elin: De har minskat ångesten så att den inte har blivit så hög genom att ta ner ångesttopparna. Och de antidepressiva på det sättet att jag inte har sjunkit lika djupt ner. Jag har varit sådan att jag sovit bort alla dagar när jag mått dåligt. Men det har jag inte gjort när jag ätit antidepressiva.

Intervjuaren: Har du gått i terapi?

Elin: En period gick jag på så kallad musikterapi men den fungerade inte för mig för att jag och hon som hade den inte kom överens. Sedan har jag väl gått i lite KBT när jag har gått hos barnläkaren i perioder en gång i veckan, men det har varit lite fokus på KBT och största fokuset har ändå legat på hur jag ska äta. Och det här är i princip den enda terapin som jag har fått. Sedan har jag fått fysioterapi, men den handlar mer om avslappning och sådant eftersom det är den som fungerar bäst. Men jag har inte gått i någon regelbunden samtalsterapi.

Intervjuaren: Så du har inte fått regelbunden samtalsterapi?

Elin: Nej, de har försökt i perioder med olika men det har aldrig fungerat med någon och sedan har det bara runnit ut i sanden allting.

Intervjuaren: Skulle du på nytt vilja pröva på flera olika former av samtalsterapi?

Elin: Jo, jag har bett om det nu. Jag har fått en remiss till vuxenpsykiatrin och det var meningen att jag skulle få komma till en psykolog i början av det här året men då hade de inga psykologer, så jag skulle bli tvungen att vänta på terapin så länge. Så jag fick börja gå till en sjuksköterska istället men hon har ju inte gett någon terapi direkt. Det har handlat om att sitta och prata av sig. Så jag vet inte riktigt hur det kommer att se ut i höst. Om jag kommer att få någon psykologterapi eller hur det nu blir.

Intervjuaren: Vad anser du om att de inte har kunnat erbjuda dig någon psykologterapi?

Elin: Jag tycker det är dåligt. Med min historia tycker jag att det skulle vara en självklarhet. Jag tycker egentligen att alla människor borde gå i terapi. Alla mår bra av att få prata av sig.

Intervjuaren: När du fick din anorexidiagnos, hur var det att berätta för andra om den?

Elin: Mina närmaste vänner visste det redan för de hade märkt det. Överlag tyckte jag inte det var så svårt att berätta för andra, för jag var redan så pass djupt nere att det märktes och jag mådde så dåligt. Så det var ganska skönt att kunna skylla på att jag har anorexi och därför kommer inte jag och sådana här saker. Och eftersom jag ganska fort blev borta från skolan direkt efter att jag fick diagnosen, för att jag inte fick gå dit, så sa jag till skolhälsovårdaren att hon fick säga till klassen att Elin är sjuk och att hon kommer att vara borta nu. Och det kändes också bra att sådana som man inte var så nära med fick det meddelat. Men det är klart att vissa har varit lite mer så här att: "Jaha!", eftersom vi var så unga som 13-14. Jag visste inte vad anorexi var innan jag fick det, så det var ju många som inte hade någon koll på vad det var. Det gick rykten i skolan om att jag typ hade cancer, i början när jag började vara borta. För de hade bara sett att jag hade magrat och att jag hade tappat håret. Så det var det som folk trodde ett tag.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur din familj, dina vänner och dina skolkamrater förhöll sig till dig efter att du fick din diagnos?

Elin: Det var väldigt varierande. Till exempel så har min mamma varit väldigt bra, hon höll mig nära och var mycket uppmärksam på allting jag gjorde. Pappa har varit som han alltid brukar vara, och mina syskon, alltså man märkte på dem att de blev mer oroliga men ändå ändrade de sig inte så mycket i sitt beteende. Och sedan med just kompisar och sådant så var det väldigt varierande, jag fick verkligen se vilka som var sig själva och stannade kvar och vilka som försvann. Men överlag så var det ändå rätt så bra.

Intervjuaren: Har du någon gång upplevt att du behandlas annorlunda än andra för att du har en anorexidiagnos? Och kan du ge något exempel på en sådan situation?

Elin: Jo det har jag nog. En del undviker att prata om vissa saker när jag har varit med. Och som t.ex. i skolan när jag var borta mycket. Ifall jag sa att jag kommer att vara borta under en viss period om jag skulle till sjukhuset, så var det ingen som ifrågasatte det. Och även i högstadiet om jag var borta mycket, så då var lärarna extra snälla och tillmötesgående med mig. De tog extra anteckningar och det var inget fel med att jag var borta. "Var borta så mycket som du känner bara", sa de. Och: "Ta ingen stress över det här". Och det var sådana i högstadiet som tyckte att det var orättvist att jag fick vara borta och ändå inte behövde gå om klassen eller någonting sådant. Men de visste inte hur mycket jag läste hemma. Jag läste ikapp en hel årskurs. Hela åttan var jag borta och läste allt på egen hand hemma. Och det var folk irriterade på. Så på det här sättet blev jag bemött på ett annat sätt av lärarna. Och sedan är det väl lite det här med släkt och sådant, att jag har blivit lite annorlunda bemött, att de inte vet hur de ska förhålla sig till mig.

Intervjuaren: På vilket sätt märkte du det här med att släkten inte visste hur de skulle förhålla sig?

Elin: Ja, men att de försvann lite, alltså tog avstånd. T.ex. de var mot min syster och min bror som de alltid har varit men mot mig, så de visste inte riktigt vad de skulle prata om med mig, vad de skulle säga till mig och hur de riktigt skulle vara. Och då tyckte de väl att det var lättare att undvika mig.

Intervjuaren: Du nämnde att det fanns de som undvek att prata om vissa saker när du var med. Vilka saker kunde det handla om?

Elin: Det kunde handla om dieter och mat i allmänhet. Sådana saker. Det kunde jag märka. Och kroppsnoja överlag, det undvek nog folk. Även om det också fanns de som tyckte det var roligt att diskutera det med mig. Men de flesta undvek det. Men ibland hände det att det kunde komma fram någon som sa: "Åh, har du sett hur hon där har magrat!". Och typ att: "Gud, vad du är smal, vad har du gjort för att bli så smal?". Det fanns nog sådant också. Men de flesta undvek ändå att prata om sådant med mig. De visste ju ändå någonstans att det ska man inte riktigt göra.

Intervjuaren: Hur har det varit att leva med anorexi?

Elin: Det har varit ett rent helvete. Det har varit en kamp dygnet runt. Det har varit fruktansvärt och man har tänkt så här att det inte kommer att finnas ett slut på det. Och i perioder har man bara velat dö. Men någonstans har man väl ändå tänkt att det finns sådana som klarat sig så då ska väl också jag göra det. Men det har varit en kamp dygnet runt, alltså verkligen, hela tiden. Det har varit riktigt, riktigt, riktigt jobbigt. Det är ingenting som man önskar att ens värsta fiende skulle måste gå igenom. Det är så hemskt och jobbigt.

Intervjuaren: Vad är det som du har upplevt som värst, är det hela situationen eller är det jobbiga beteenden och tankar som följer med anorexin?

Elin: Alltså hela situationen blir jobbig och sedan att det tar så mycket tid och energi av en. Hela livet kretsar kring att man har anorexi och man orkar inte med någonting annat. Och man blir så himla instängd med den. Och sedan all ångest och alla kamper man ska ta sig igenom. Allt det här. Men det blir nog hela situationen i kombination med allting och att allting blir att kretsa kring det.

Intervjuaren: Skulle du säga att din anorexidiagnos har påverkat din relation till din mamma och din familj eller dina vänner? På vilket sätt i så fall?

Elin: Under de åren när jag var sjuk fick jag en väldigt nära relation till min mamma. Hon var den som alltid ställde upp så vi kom varandra jättenära då. Och vår relation har påverkats på det sättet att vi kan prata om i princip allt med varandra och på ett bra sätt. Hon märker på mig ganska snabbt om någonting är på väg åt fel håll. Och då pratar vi om

det. Även om jag också kan lura henne ännu. Men vår relation har ändå stärkts av det här. Och min pappa, när jag blev sjuk, så blev vår relation bättre. För då blev han tillsagd av sjukvården att han måste avlasta mamma. Även om han inte förstod vad min sjukdom gick ut på och att jag var snällare med honom än vad jag var med mamma, för jag vågade leva ut helt mot min mamma, så har vår relation blivit starkare. Vi har träffats en gång i veckan under mina sjukdomstider. Vad gäller mina syskon så kan jag inte säga att det skulle ha förändrats jättemycket. Jag har kommit närmare min syster nu när jag har blivit bättre. Så, det är nog mest att vi kom varandra så nära med min mamma och att min pappa och jag har fått en bättre kontakt.

Intervjuaren: Finns det positiva sidor med att ha fått en anorexidiagnos?

Elin: Det positiva är väl det man har lärt sig om sig själv och också att jag har haft diagnosen som en trygghet under de här åren. Och även de lärdomar och kunskaper som jag har fått av den. Jag har lärt mig jättemycket, i princip är jag expert på området. Och jag har också tagit reda på mycket själv. Det har nog varit det positiva. Jag kan också hjälpa andra som är inne i det på ett annat sätt än vad andra kan, för jag förstår precis hur det är.

Intervjuaren: Du sa att du har lärt dig saker om dig själv. Kan du berätta mer om på vilket sätt du känner dig själv bättre?

Elin: Jag vet på ett bättre sätt hur jag fungerar i olika situationer. För jag har lärt mig att analysera mig själv och jag vet precis vilka situationer som kan trigga igång någonting negativt igen. Jag har lärt mig att om det t.ex. är en provperiod i skolan så vet jag att det kan påverka mig och jag vet exakt vilka symptom jag kan få. Och så vet jag också att om det är någonting som jag gör, till exempel att jag inte ska dra ner på maten för då blir det bara värre. Jag har lärt mig sådana saker. Och jag vet också att ifall jag hamnar i olika situationer så vet jag vilka vägar som jag har en tendens att välja och så kan jag försöka att välja en annan väg. För att det inte ska bli så negativt. Just sådana saker. Och så har jag också fått lära mig hur envis jag är och vilken styrka jag ändå har i mig. Jag kan börja använda den till någonting bra. Jag har en enorm kapacitet, men när jag vänder den till någonting negativt så går det väldigt illa. Så jag har ju ändå lärt mig mycket om mig själv.



Intervjuaren: Har du lärt dig att hantera ångest på ett annorlunda sätt?

Elin: Jo det har jag nog. Jag har fått lära mig olika andningsövningar genom fysioterapin. Och att jag ska våga djupandas för att det hjälper. Jag har också fått lära mig olika saker som ska distrahera mig och fått testa på olika saker som kan fungera för mig. Så beroende på hurudan ångest jag har så vet jag lite att nu kan det fungera att gå på en promenad eller nu måste jag försöka ligga stilla och bara ta det lugnt eller nu kanske en andningsövning hjälper, helt beroende på vad det är för sort som kommer. Och det här lärde man sig mycket på ätstörningsenheten utomlands också. När vi var där dygnet runt så valde vi olika sätt att hantera ångesten på i olika situationer.

Intervjuaren: Finns det negativa sidor med att ha fått en anorexidiagnos?

Elin: Ja, det negativa är allting som den har tagit ifrån mig. Alla de här åren som har gått till spillo i princip fast ändå inte. Den har ju tagit så mycket tid. Så det är jätte negativt. Och sedan hur den har förstört min kropp. Min kropp har ändå återhämtat sig bättre än vad de har trott. Men jag har den liksom med mig. Och jag kommer alltid att bära det här med mig och det känns lite negativt att det alltid kommer att finnas där och tynga ner en ibland. Även om det finns positiva saker med diagnosen så finns alltid det här negativa där. Men mest är det väl det här med att jag har förlorat mina tonårs år och att mina vänner har utvecklats på ett annat sätt än vad jag har. Jag ligger efter dem. Jag har hoppat över flera år eftersom det var fyra år som jag inte levde med dem utan jag var lite vid sidan om. Så det är jätte negativt. Och de har haft sina fritidsaktiviteter som jag inte har kunnat ha för jag har typ gått i skolan och varit på sjukhuset och varit tvungen att sova för att orka överhuvudtaget. Och det här också med att jag har varit så bunden vid rutiner på ett noggrant sätt. Det har också gjort att jag har förlorat mycket tid.

Intervjuaren: Om du tänker på själva diagnosen som en slags etikett som man kan få, kan du se några negativa sidor med att du har fått en diagnos då? Du sa tidigare att vissa tog lite avstånd från dig. Men finns det några fler negativa saker som en diagnos också kan föra med sig som du kommer att tänka på?

Elin: Dels är det ju det att man blir behandlad annorlunda. Sättet folk ser på dig kan ändras, beroende på deras egen erfarenhet av sjukdomen. Det

känns som att du får en stämpel och andra placerar in dig ett fack. Folk får förutfattade meningar om dig, hur du ska vara och vad du gör.

Intervjuaren: Har du någon gång diskuterat med någon inom vården om vad du berättat om nu, allt vad anorexin eller din diagnos har inneburit för dig? Att den har lett till förlorad tid, att den har fungerat som en trygghet för dig osv.

Elin: Inte direkt. Nej, det har jag aldrig gjort. De enda jag har pratat med om det här är mina bästa vänner. Till dem har jag kunnat säga att vad jobbigt det känns att jag har förlorat så mycket som ni har gjort. Det är de jag har pratat med om det.

Intervjuaren: Med tanke på att du har fått en anorexidiagnos, hur tänker du på anorexin? Vad är anorexi för dig?

Elin: Alltså jag ser nog på anorexi så där allmänt som att det är en diagnos som påverkar både det psykiska och det fysiska. För mig så har anorexin varit som en trygghet, någonting som man kan luta tillbaks på och någonting som jag vet att det här är jag bra på. Det här är jag bäst på. T.ex. så pressar jag mig själv väldigt hårt i skolan och om jag inte lyckas där så vet jag att jag alltid kan ta till anorexin, för där är jag bäst. Så det har nog varit just det här för mig och sedan också att det påverkar både det psykiska och det fysiska väldigt mycket.

Intervjuaren: Ser du på anorexidiagnosen som att du har eller har haft en sjukdom eller ser du på den som att den beskriver att man kan ha problem med livet och att diagnosen inte handlar om en riktig sjukdom som kräver vård? Eller tänker du på den på något annat sätt?

Elin: För mig är det en sjukdom och jag har fått lära mig nu att det går att bli frisk även om det tar tid. Så det är nog en sjukdom tycker jag.

Intervjuaren: Så man kan säga att anorexin har åtminstone två olika betydelser för dig, att den är en sjukdom samtidigt som den har varit som en trygghet för dig?

Elin: Ja det har den. Och så påverkar den ju verkligen hela ens liv.

Intervjuaren: Tänker du på anorexin som att den är en psykisk eller en fysisk sjukdom eller tänker du på den på något annat sätt?

Elin: En kombination. Det psykiska och det fysiska hänger tätt ihop. Oftast börjar det i psyket och tar sig fysiska uttryck (när man går ner i vikt). Sedan påverkades de båda i relation till varandra.

Intervjuaren: Hur skulle du beskriva att du mår idag?

Elin: Det är väldigt olika från dag till dag. Jag har mått bra i perioder för att sedan må sämre. Just nu är jag inne i en sämre period för att jag har problem med hur jag tränar och att jag inte äter i proportion till hur mycket jag tränar. Så jag har väl en släng av ortorexi. Jag ska i morgon till min läkare och diskutera hur vi ska lösa situationen nu för dom måste ge mig någon form av hjälp. Men jag vet inte ännu vad de kommer att kunna erbjuda. Det som är grunden till att jag inte är så stabil just nu är att jag har förstört mina tarmar, så att jag måste äta gluten- och laktosfritt. Och det har gjort att jag har börjat räkna kalorier igen, som en tok. Så det är sådana här grejer som påverkar. Men jag mår ju ändå bättre än vad jag har gjort på många år.

Intervjuaren: Om du ännu ser tillbaks på den tiden när du fick din diagnos, så vad tänkte du om den då?

Elin: Jag visste inte så mycket om vad anorexi är. Det första jag gjorde när jag fick diagnosen, är att jag läste på. "Vad är det här egentligen?". Jag tänkte nog inte så mycket, jag undrade mest vad det här är. Och sedan när jag såg vilka kriterier och symptom man måste ha så började jag försöka pricka av vilka symptom jag hade. Vilka uppfyller jag och vilka uppfyller jag inte.

Intervjuaren: Läste du på om vilka diagnoskriterierna är för anorexi?

Elin: Jo, jag skulle uppfylla allting. Jag tänkte att jag ska bli den som är mest sjuk. Så det blev så för mig att jag tänkte att ifall jag nu har den här diagnosen så måste jag se till att jag verkligen uppfyller den också. För jag blev så rädd när skolläkaren sa till mig att det här inte är så farligt, men att jag ska skickas till ätstörningsenheten ändå. Då tänkte jag att jag kommer att komma dit och att de kommer att säga att jag nog inte är sjuk. Så därför svängde det. Jag tänkte att jag måste bevisa att jag är sjuk. För

jag mår dåligt då och jag förstod inte riktigt varför jag mår så dåligt. Även om jag hade börjat fundera på om jag hade ett bra förhållande till mat och till hur jag rörde på mig. Och jag hade börjat fundera på vad det här egentligen handlar om eftersom jag ändå var så ung. Hela karusellen började ju när jag var 12 år. Jag var inte så gammal.

Intervjuaren: Var det just för att du var rädd för att de på ätstörningsenheten inte skulle ta dig på allvar, att de inte skulle tro på att du verkligen var sjuk som du kände att du var tvungen att bevisa för dem att du var sjuk?

Elin: Jag var livrädd för att ingen skulle ta en på allvar. Samtidigt ville jag inte att någon skulle reagera heller. Det var tudelat. Men jag var nog ganska trött på att ha ett dagligt krig i huvudet som ingen visste om. Någonstans ville jag nog ha hjälp även fast jag inte var mottaglig för det.

Intervjuaren: Och nu efter alla de här åren, vad tänker du nu om din diagnos?

Elin: Jag tänker väl att det är någonting som jag hoppas att ingen annan ska få uppleva. Och jag har fått en innebörd i vad det är och hur det påverkar en. Jag vet precis hur man gör för att hamna där och jag ser den som någonting negativt ändå, eftersom den inte ger något positivt i livet. Jag förstår vad det är idag och kan mycket om det.

Intervjuaren: Vad har anorexidiagnosen betytt för dig?

Elin: I perioder så har den betytt allt för mig. Den har varit det enda som jag har känt att det här kan jag alltid hålla fast vid, att det här är min trygghet, den här kan jag alltid luta mig tillbaka på. Och sedan har den också varit någonting att skylla på. När jag inte har orkat göra saker så har jag kunnat skylla på att jag ju är "anorektikern", d.v.s. det är okej att jag inte orkar. Och det här med att vara bäst eller inte bäst på någonting i skolan. För mig har anorexin betytt att jag har haft ett område jag kan vara bäst på. Till exempel så har mina kompisar haft olika fritidsintressen de har varit väldigt duktiga på. Och då har ju inte jag haft ett eftersom jag förlorade allting. Då har jag tänkt så här: "Ja, men jag är bäst på min anorexi, det är det *jag* bäst på!". Så anorexin har betytt hur mycket som helst. I perioder har jag nog sett på det som att det här är mitt livskall, för det finns ju det här pro-ana, som man kan läsa om, så jag har nog sett det

som en livsstil som jag kan leva. Sedan när jag kommit på bättre tankar har jag tänkt att det här är nog bara osunt. Men när man är riktigt insnöad så tänker man att det här är det liv som man ska leva.

Intervjuaren: Du har varit med om många hemska händelser inom vården på grund av din anorexidiagnos. Har du någonsin upplevt att diagnosen har medfört att du har blivit tagen på allvar och fått hjälp av ätstörnings- och sjukvården?

Elin: Idag när jag uppsöker t.ex. hälsocentralen och de ser min journal tar de mig oftast på allvar och vill behandla de åkommor jag har. Utomlands blev min diagnos verkligen tagen på allvar och de ansträngde sig för att hjälpa.

Intervjuaren: Har din förståelse för livet förändrats på grund av det du genomlevt genom anorexin?

Elin: Jag tar tillvara livet på ett annat sätt idag och jag vet hur fort man kan förlora det. Jag är väldigt tacksam på ett annat sätt till livet idag. Jag är jätte tacksam över att jag lever. Jag tycker livet är värdefullt på ett annat sätt än vad mina jämnåriga kan tycka. Det tycker jag att jag märker. Jag har en annan respekt för vad som kan hända och en annan förståelse för nya människor jag träffar. Jag dömer ingen för jag vet att alla har vi vårt bagage. Jag har inga fördomar mot till exempel psykiskt sjuka som jag vet att många har. Jag ser till individen och inte till sjukdomen.

Intervjuaren: Idag talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen i samhället var någonting som påverkade att du fick anorexi?

Elin: Min skolhälsovårdare sa till mig när jag var åtta att om man är smal så då är man bra, att det är bra att gå ner i vikt. Att hon sa så till mig hängde alltid med mig men ändå vet jag inte om det var utseendehetsen i samhället som gjorde att jag insjuknade. Det var nog mest en fix idé hos mig själv. Men sedan tror jag nog att den här utseendehetsen om att man ska vara smal, är någonting som har bidragit till att jag har blivit kvar i min sjukdom i så många år. Om utseendefixeringen inte skulle finnas på samma sätt som den gör tror jag nog att jag lättare skulle ha kommit ur det. För då skulle jag inte ha förknippat smalhet med perfektion så mycket som jag har gjort och kanske ibland fortfarande gör. Jag var 12

när jag började, men vi prata inte så mycket bland kompisarna just då om utseende och så där, det kom väl sedan när man blev 13-14, men då var jag redan sjuk i princip. Och redan då fick jag kommentarer om att folk tyckte att jag var *för* smal. Det var inte heller bra. Men det kunde inte stoppa mig.

## 2. Susanne, Elins mamma

Intervjun gjordes i juni 2014

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att din dotter fick en anorexidiagnos?

Susanne: Ja, det var våren eller vårvintern 2009 och hon hade ju tappat jättemycket i vikt och det gick ganska fort där, riktigt där i april, eller ska vi säga från november 2008 till april 2009. Egentligen blev hon först kallad till en extra kontroll hos skolhälsovårdaren och skolläkaren. Skolläkaren sa ju då att det inte är så allvarligt, att vi inte ska tro att det är någonting allvarligt. Men hon fick i alla fall en remiss till den relativt nystartade ätstörningsenheten, någon sorts team. Men när skolläkaren sa åt henne i första skedet att: "Nå, inte är du nu så allvarligt sjuk!", så det ledde till att hon istället skulle visa *hur* sjuk hon är, så att hon säkert skulle få hjälp. Och då hade hon nog tappat i vikt under en två års tid kanske. Men det är så svårt att liksom säga var gränsen går. Inte ser man när man lever tillsammans med någon alla dagar, att någonting verkligen är fel. Att liksom var går gränsen? Vi såg på melodifestivalen och hon satt i soffan med en stor skål fruktsallad i stället för godis, så jag menar var går gränsen mellan nyttigt och onyttigt och osunt så att säga? Och just att man motionerar och rör på sig. Hon var ju aldrig så jättelänge borta så jag förstod ju inte hurudan fart hon faktiskt hade då hon gick sina promenader och så vidare. Men vi var ju först till en psykolog och sedan var vi till en barnläkare och då så blev hon ju diagnostiserad direkt. Det var i april 2009.

Intervjuaren: Hur gick det till när hon blev diagnostiserad?

Susanne: Alltså, först var vi till psykologen och fyllde i en massa papper som tydligen hörde till det här ungdomspsykiatriska. Det var blanketter som dels föräldrar skulle fylla i och sedan sådant som hon skulle fylla i

själv och så gjorde de någon analys på basis av det. Men sedan sa hon ändå, psykologen, att det nog var ganska akut det här så hon skulle försöka få en tid till barnläkaren så fort som möjligt. Det var för att man skulle utesluta alla andra möjliga fysiska sjukdomar som skulle ha kunnat förorsaka det här också. Men han ställde nog sin diagnos redan vid första besöket.

Intervjuaren: Fick ni föräldrar också svara på frågor också muntligt?

Susanne: Jo, det första besöket var bara med en psykolog och sedan var det också en kvinnlig psykiatriker med vid det andra besöket.

Intervjuaren: Upplevde du då att det fanns tillräckligt med tid för att kunna ställa en diagnos? Och att de lyssnade tillräckligt bra på er?

Susanne: Jo, det gjorde de nog och diagnosen ställdes ganska snabbt.

Intervjuaren: Kan du berätta om de tankar och känslor du fick när du i den situationen fick höra att din dotter har fått en anorexidiagnos?

Susanne: Egentligen var min första tanke när hon fick sin diagnos, det jag kommer ihåg, att nu får hon hjälp, nu blir hon frisk. Jag anade inte att hon egentligen bara skulle bli sämre och sämre. Det förstod jag inte vid den tiden att det skulle börja eskalera först efter det.

Intervjuaren: Du sade i början av intervjun att det är svårt att märka att någonting är fel när man lever så tätt inpå någon som har problem med maten. Och jag tror att det här säkert är ganska vanligt bland föräldrar. Blev du förvånad över att hon faktiskt hade anorexi, då hon fick diagnosen? Eller anade du ändå på något sätt att någonting var fel?

Susanne: Nej, då hon fick diagnosen blev jag inte längre förvånad, då var det redan så uppenbart vad det handlade om. Jag önskade snarare att jag skulle ha förstått redan i det skedet, alltså ca 1 år tidigare, då hon började byta ut chipsen mot en tallrik fruktsallad då vi tittade på Melodifestivalen. Skulle någon ha sagt till mig då att din dotter är i riskzonen att få anorexi skulle jag ha svarat att "nej då, hon lever bara hälsosamt".

Intervjuaren: Och hur gammal var hon i det här skedet?

Susanne: Hon var 13 och gick på sjuan. Hon fyllde 14 då i april. Så hon hade just fyllt 14.

Intervjuaren: Vad hände sedan när hon hade fått sin diagnos? Du sa att du tänkte att hon skulle få hjälp och bli frisk men det var inte riktigt så enkelt?

Susanne: För det första så måste jag säga att vi inte har fått hjälp av ätstörningsvården här så som den ser ut idag för efter allt det här så har de skapat en ny ätstörningsenhet men den har hon inte fått hjälp av på samma sätt som av de andra. När hon har haft sina återfall efter det så har hon inte varit välkommen dit för hon har så, vad ska jag säga, negativ sjukdomsbild, så hon skulle påverka de andra. Man tror att hon skulle påverka de andra negativt om hon skulle komma dit med sin historia osv. Alltså, det var väldigt många personer inblandade. Vi hade en barnpsykiater, en barnläkare, en psykolog och så var det någonting som hette ät tränare, det var två personer då och så var det en fysioterapeut. Och efter att hon fick sin diagnos så var det egentligen fysioterapeuten som blev den första som hon fick kontakt med och som hon har haft väldigt bra kontakt med hela tiden, hela vården igenom. De jobbar ju med kroppskännedom och sådant här men så förstod jag att det hade varit lite terapeutiskt samtidigt där men mera ska vi säga på en praktisk nivå.

Sedan var hon så radikal redan där i maj 2009 så hon bestämde sig för att sluta äta helt och hållet. Hon kunde vara två dygn utan att vare sig äta eller dricka, så hon tappade fort ganska mycket i vikt då, även om hon redan innan hade gått ner mycket i vikt. Hon ville visa hur sjuk hon var. Men sedan fick vi i alla fall ett första matschema som var uppbyggt på någonting som hade att göra med att hon skulle äta ungefär si och så mycket om dagen osv. Det var ändå ett ganska okej matschema, det var bara så att man skulle få igång ätandet. Och sedan skulle hon vara på någonting som hette ätträningar och det innebar då ungefär att hon varannan dag skulle skjutas till och från mottagningen. Hon skulle skjutas dit och hon skulle hämtas därifrån och däremellan skulle hon äta med personalen där. Och det där fungerade väl bra ända tills det kom en annan tjej med som skulle vara med bara på prov. Den tjejen åt ingenting. Och personalen kunde inte hantera det hela så det ledde till att Elin som satt där och var duktig och kämpade på med att äta förstod ju att hon inte behöver äta här. Hon kände sig som en elefant då den andra satt där och inte åt någonting. Du vet. Så det fortsatte inte så



värst länge till. I ett skede gick det så långt där på sommaren att jag sa att de, åt tränarna, får komma hem och äta med henne för samtidigt gick de ju emot mig hela tiden och sa att hon hade sagt att: "Det är lättare att äta på mottagningen än att äta hemma". Och jag ifrågasatte det nog en del då. Men nog förstår jag att hon säkert har sagt så också men det var väl inte egentligen lätt att äta någonstans. Och det var en läkare som skulle sköta den psykiska biten och en läkare som skulle sköta den fysiska, så det var väldigt många människor inblandade.

Intervjuaren: Var det på ätstörningsenheten hon skulle ätträna tillsammans med personalen eller skedde ätträningen på någon annan mottagning?

Susanne: I början skedde ätträningen på enheten som öppenvård. Då hon senare vägrade att komma dit erbjöd jag personalen att komma hem till oss och ätträna med henne hemma.

Intervjuaren: Du sa att din dotter inte var välkommen på den nya ätstörningsenheten när hon fick återfall, för att de var rädda att hon skulle påverka de andra flickorna negativt. Hur kändes det för dig och vad tänkte du när du fick höra det?

Susanne: Jag blev arg och besviken. Om man inte ville ha henne till ätstörningsenheten borde man i stället ha erbjudit vård någon annanstans.

Intervjuaren: Den vård som du berättar om verkar mest ha handlat om det fysiska och om ätträning. Fick hon någon hjälp för den psykologiska delen?

Susanne: Mycket lite. Hon skulle nog gå i någon sorts terapi med den här psykologen men det blev nog till ingenting, de säger att man inte är behandlingsbar direkt. Hon träffade nog psykologen ensam några gånger men vad de pratade om och vad de gjorde så det vet inte jag.

Intervjuaren: Hur utvecklades sedan den vård som hon fick? Hur länge fick hon ätträning?

Susanne: Ätträningen tog slut där i juni-juli, alla gick mer eller mindre på semester och vi kämpade ju på hemma då och var inne på

barnavdelningen och hon vägdes en gång i veckan. Och i månadsskiftet maj-juni tror jag att hon fick någon sorts antidepressiva för första gången. Hon sov i princip bort dagarna och det ledde till att hon tog ut all ångest på nätterna. Så hon fick ju dem där i maj för att hon skulle sova på nätterna. Så då blev det lite bättre med det. Sedan blev det så att varje gång hon visste att hon hade en läkartid eller någonting sådant så skulle hon visa hur dålig hon var. För hon ville själv ha en remiss till en ätstörningsenhet utomlands. Och sedan när vi kom till läkaren så ville de först inte skriva ut remissen härifrån. Jag vet inte varför men det är ganska dyr vård där. Och kanske i efterhand så var det kanske inte det bästa det heller. Men i varje fall, i juli hade de skrivit remiss till en ätstörningsenhet utomlands. Och sedan i augusti när vi var till den här läkaren som sköter den kroppsliga biten så då skulle han skynda på remissen. Och då var hon intagen på dagvård på barnavdelningen här så att jag skulle kunna jobba för då var hon så dålig att hon inte kunde vara ensam hemma på dagarna. Och i månadsskiftet augusti-september så blev hon inskriven på en ätstörningsenhet utomlands.

Intervjuaren: Hade hon överhuvudtaget blivit något bättre av den vård som hon hade fått här?

Susanne: Alltså, nog gjorde hon sina försök men, nej. Nej, det blev hon inte.

Intervjuaren: Och sedan blev hon inskriven på ätstörningsenheten utomlands. Hur såg vården ut där?

Susanne: Det var heldygnsvård. När vi kom dit så var de jätteförvånade där över att hon inte hade blivit sjukskriven från skolan här till exempel. För man ville inte skriva ett intyg till henne till skolan under våren till exempel fast hon praktiskt taget inte var i skolan. Och vården där, den var ganska hemlik den här avdelningen. Där var flickor i varierande ålder, allt från flickor i Elins ålder till 30-åringar. Och vården byggde på att det var regelbundna måltider tillsammans, det var pedagogiska måltider på det sättet att jag förstod att de hade en modelltallrik som en näringsterapeut, som samtidigt var deras kock, hade lagt upp. Så här ska man äta för att äta rätt. Och det var fem måltider om dagen plus mellanmål på förmiddagen. Och sedan var det lite kroppskännedom och terapi med behandlare och familjeterapi och sådant här. Och där fick hon mera antidepressiv medicin. Så de la på en till där. Det var där de

konstaterade att hennes anorexi är sådan att den kommer av posttraumatiskt stressyndrom. Hon hade posttraumatiska stressymptom och det hade man fullkomligt missat här.

Intervjuaren: Hur länge var hon på ätstörningsenheten utomlands?

Susanne: Hon kom hem till julen så det var i årsskiftet där 2009-2010. Då hade hon nått och jämt gått upp i vikt så att hon ansågs vara normalviktig.

Intervjuaren: Kunde du märka att hon mådde bättre när hon kom hem från ätstörningsenheten?

Susanne: Ja, kroppsligt såg hon ju ut att må bra men det här har ännu en fortsättning. För första och andra veckan gick bra och allt var precis som det brukar vara. Vården utomlands bygger på det att de har en heldygnsavdelning och från heldygnsavdelningen går du över till dagvårdsavdelningen och där är du i princip mellan 8 och 17 till exempel och bor hemma. Och sedan så trappas det stegvis ner vartefter du själv fixar det. Men här fanns ju inte alls de möjligheterna så till exempel skolan blev ju dagvården och däremellan så skulle hon skjutas till och från olika läkare och terapeuter. Och det var liksom ganska mycket så här det var. Och det måste ha varit redan i början på februari 2010, så då hade hon varit hos sin musikterapeut och KBT terapeut som hon gick hos. Och hon mådde jättedåligt då och hon ropade på hjälp. Och de hade tagit kontakt med läkaren men hon blev hemskickad och kom hem i alla fall därifrån. Och så skulle hon gå till skolan efter det men istället för att gå till skolan så tog hon en överdos med Burana som fanns hemma och så ringer hon till mig så jag fick kasta mig i bilen och komma hem från jobbet. Så då var vi inne på den vägen igen. Och några dagar senare så hade hon pengar i plånboken så då kunde hon själv gå till apoteket och köpa värktabletter som hon skulle kunna ta igen. Så det var ganska turbulenta veckor där det också.

Intervjuaren: Och vad hände sedan? Fick ni någon hjälp av vården i den situationen?

Susanne: Det var nog bara hemvård mest av allt. Vi träffade nog den här personalen på sjukhuset, vi hade regelbundna tider, det hade vi. Men hon vårdades ju hemma och hon var i skolan och det var skolan som ställde

upp med personal. Det var två flickor som var sjuka samtidigt, så skolan ställde upp med personal som åt tillsammans med dem men jag tror nog inte att det fungerade riktigt inte. Jag tror inte det. Så vi hankade oss fram till juni, vi kämpade oss fram, det var juni 2010 och vi trodde ju att vi hade struktur på sommaren. Vi är skilda, jag och hennes pappa, så vi behövde ha ordning på vilka veckor hon skulle vara hos honom och när hon skulle vara med mig. Så man trodde att allt skulle hålla. Men där vid midsommaren 2010 så hade hon sådan jäkla ångest och där kommer man in på det här med bloggar också, för hon har ju bloggat, hela tiden ganska friskt, men nu är hennes blogg faktiskt borttagen eller så är den med lösenordsskydd, ja, jag vet faktiskt inte. Men då på midsommardagen så hade hon sådan jätteångest. Och jag märkte ju det för man skulle ha kunnat skära i luften här hemma för hon satt här nere vid köksbordet vid datorn och bägge hennes äldre syskon var hemma då också. Och då skulle jag bara ut och träffa en kompis snabbt på dagen och hon skulle gå och duscha. Och sedan så råkade det sig så att den här kodinputkimies propplösarflaskan stod framme vid badrummet och ungen såg den och fick för sig att smaka på den för hon visste att det var väldigt frätande. Hon skulle fräta sönder matstruken så att hon aldrig mer skulle behöva äta. Och då var det hennes bror faktiskt som var den som var hemma och som tog kontakt med mig sedan. Så, jag kom hem och skjutsade henne till akuten.

Och det var väldigt turbulent för på den midsommarhelgen, om man tänker att det här var på midsommardagen, så härifrån så blev det läkarhelikopter till annan ort. Det var av de här fysiska orsakerna då. Jag fick inte åka med i helikoptern utan jag åkte först följande dag. Men hon överlevde faktiskt allt det här utan fysiska men. Som tur var. Och det var för att hon aldrig hade kräkts upp någonting igen så det hade inte frätt sönder någonting mera. Så var vi en natt på en ungdomspsykiatrisk akutavdelning på annan ort men hon var inte dit remitterad av dom orsakerna just. Så då kom jag ensam tillbaks med henne hem och följande dag fick vi en akut tid till den här psykiatern här och då var det ju så att de inte kunde ha henne inskriven på psykiatriskt sjukhus här för de kunde inte skriva in klienter som var under 18 år. Men hon måste ju vara där då ett par dygn på en sådan här "pianavdelning", hette den, du är inspärrad med två personal i två dygn för att du ska vara under observation. Och sedan blev hon med personal transporterad till en finskspråkig stad och jag åkte inte med direkt. Och i den staden hade de bara akutvårdsavdelningen öppen så där blev ju språket direkt en barriär. För hon kunde inte finska och det var inte många i personalen där som

kunde svenska så det blev ju till ingenting. Men hon blev i alla fall remitterad eller vidare skickad till ytterligare en stad för då hade hon tvångsvård enligt psykiatriska grunder. Och i den staden var hon sedan hela julimånad. Men det fungerade inte heller. Det var inte ätstörningsvård direkt som hon fick där heller. Det var ganska kämpigt. Men i alla fall, så skötte hon sig så pass bra sen att hon blev utskriven i augusti och efter det sedan så var det som att hon på något sätt insåg och började behärska sina impulser. Efter det så har hon inte ställt till med något sådant här.

Intervjuaren: Var det efter tvångsvården och den psykiatriska vården på de andra orterna som hon inte mera gjorde självdestruktiva saker?

Susanne: Jo, det kom efter det. På något sätt så insåg hon att det är hårt mot hårt. Och efter det så har hon inte varit inlagd på sjukhus.

Intervjuaren: Blev hennes hälsotillstånd något bättre efter att hon hade kommit under tvångsvårdslagen och varit inlagd på psykiatriskt sjukhus?

Susanne: Alltså både ja och nej. Allting går i perioder om man säger så. Den här perioden den här sommaren då, den gav henne nya posttraumatiska stressymptom, det har de definierat nu i efterhand. Men i alla fall, så har hon inte varit impulsiv efter det och nog har vi haft det kämpigt efter det också men vi har ridit ut det utan att någonting värre har hänt.

Intervjuaren: Om du ännu tänker på sjukvården så skulle du säga att hon har fått den hjälp hon skulle ha behövt?

Susanne: Nej! Inte i vårt fall. Det finns många som har varit förvånade över att vi blev så kringskickade den där sommaren, till så jättemånga ställen. Men efter det har de startat den här ätstörningsenheten här så nu skickar de inte bort patienter på det här sättet mera. Och den här psykiatriska avdelningen har också flyttat in till stan nu så jag har förstått att de kan ha, kanske inte barnpatienter, men i princip också ungdomar där nu på ett helt annat sätt än tidigare.

Intervjuaren: Vad anser du om att ni inte har fått den hjälp av ätstörnings- och sjukvården som ni skulle ha behövt?

Susanne: Det känns så fel och det känns som att jag borde ha varit ännu mera påstridig och ifrågasättande än vad jag var.

Intervjuaren: Det måste vara en verkligt jobbig situation dels att kämpa för att ens dotter ska få vård och dels att vara tvungen att uppleva att ens dotter inte får den hjälp som hon skulle behöva? På vilket sätt har den här situationen påverkat dig och din familj?

Susanne: Det blev slitsamt. I början orkade jag bra, men så småningom tar orken slut. Som tur är så var dotterns syskon äldre och kunde ta vara på sig själva. Jag kände mig otillräcklig för de äldre syskonen, t ex flyttade sonen utomlands hösten 2009 och jag hade t ex inte möjlighet att besöka honom. Jag märker inte idag mera att diagnosen skulle ha påverkat syskonen, men t ex dotterns storasyster vill inte tala om lillasysters sjukdomstid alls. För min del ledde det till att jag fick en djup utmattningsdepression hösten 2012 och var sjukskriven nästan ett år. Det här ledde bl. a till att jag höll på att förlora mitt jobb och fick beskyllningar om att sköta jobbet dåligt.

Intervjuaren: Kan du se någon mening eller idé med att din dotter fick en anorexidiagnos när vården har varit så bristfällig i ert fall?

Susanne: Jo, säkert har det varit någon mening! Diagnosen har fört mig och dottern närmare varann än vad jag tror vi annars skulle ha varit.

Intervjuaren: Kan du beskriva hurudan hjälp du skulle ha velat att ni fått?

Susanne: Bra dagvård i ett tidigare skede. Dagvård t ex mellan kl 07.30-18.00 så att alla måltider, terapi, sysselsättningsverksamhet etc. skulle ha skett på en vårdenhets, men möjlighet att sova hemma. Efter det smidig övergång till öppenvård som successivt trappats ner. Lite som på ätstörningsenheten utomlands.

Intervjuaren: Hur har ni blivit bemötta inom vården på alla de här ställena ni har varit i kontakt med?

Susanne: Nog skulle jag säga att vi överlag har blivit väl bemötta och i synnerhet utomlands så tyckte jag att vi blev bra bemötta. Sedan har ju allt det här, från sommaren 2010, som jag har berättat om lett till att vi har anmält vården, också just för att hon blev iväg skickad som minderårig till ett helt finskt ställe fast hon är svenskspråkig osv. Så det har ju lett till att vi har gjort anmälningar. Och därför så kanske inte alla har varit så glada på oss då. Men man måste lite skilja på sak och sak.

Intervjuaren: Har ni som familj fått någon hjälp av sjukvården för att hantera situationen som t.ex. familjeterapi, information om vad anorexi är eller samtalsstöd?

Susanne: Nej, det skulle jag inte säga. Jag hade tur på det sättet att min företagshälsovårdare har genomgått ungefär samma som jag med sin dotter som har haft svår anorexi. Så via henne fick jag goda råd. Sjukhuset här betalade för mig då, så att jag gick i samtalsterapi ett år ungefär vid företagshälsovården. Men inte var det riktigt det som jag skulle ha behövt. Och jag tror att våra äldre barn inte överhuvudtaget har träffat någon i anknytning till det här. De har ju byggt upp det annorlunda idag så jag ska inte säga något mer om hur vården fungerar idag.

Intervjuaren: Du sa att ni blev speciellt bra bemötta på ätstörningsenheten utomlands. På vilket sätt såg bemötandet ut just där?

Susanne: Det var positivare bemötande och de såg familjen som en helhet. Det var där också som vi fick familjeterapi, det ingick fem gånger. Där gick hon med sin pappa då och tillsammans med mig och så var vi en gång alla. Men de två äldre barnen var inte med.

Intervjuaren: Hur skulle du önska att vården för ätstörningar som anorexi skulle se ut i Finland?

Susanne: Jag skulle önska att det skulle finnas betydligt mera av dagvårdsavdelningar. Familjen är A och O för att man ska bli frisk. Det är den. Men familjen behöver ett sådant otroligt stöd för att hantera sådana här situationer. För jag har sagt många gånger att jag är glad att jag inte visste vad som väntade när hon blev sjuk. Faktiskt. Men just att man ska orka själv också och just det här med arbetsliv och allt runtomkring. Det som jag skulle önska är att det skulle existera en fungerande dagvård. För nu bygger det ju på det att man ska bo så nära den här enheten att man har möjlighet att ta sig dit. Att annars skulle jag nästan säga heldygnsvård under tillräckligt lång tid men ändå hemliknande förhållanden. För de sa ju många gånger till mig att det är maten som är medicinen för anorexin egentligen. Och sjukdomen är lika allvarlig som cancer. Men inte sköter man cancer så här på egen hand hemma så jättemycket heller.

Intervjuaren: Skulle du säga att den ätstörningsenheten som ni var på i utlandet, att vården där handlade om att hjälpa er?

Susanne: Det var en enhet som var specialiserade på ätstörningar så jag skulle nog säga det. Och det var det matschemat som hon då fick där som jag skulle säga har räddat henne många gånger efteråt när hon har svajat, för då har hon kunnat ta fram det och tänka: "Ja, det är så här jag ska äta".

Intervjuaren: Finns det någonting som har varit positivt med den sjukvård som ni har erfarenhet av?

Susanne: Att den utvecklas då kanske... Nej, men sjukhuset här är ju så lite så det är ju alltid kända personer, samma personer som du träffar. Så det är positivt.

Intervjuaren: Om du tänker på dina upplevelser av din dotters anorexi så vad är anorexi för dig?

Susanne: Anorexi är en ätstörning som är fruktansvärd och det är ju så mycket mer än bara det här med att du bara inte kan äta, samtidigt som många har svårt att förstå det där och man kan få kommentarer som: "Jamen, det är ju bara att äta!" Och det är inte bara att äta. Och du har de där rösterna i huvudet som man nog inte kan förstå annars som talar om för dig att du är tjock, fet och ful osv.

Intervjuaren: Så det är ett lidande som har många olika sidor: att du har röster i huvudet som säger du är tjock och ful, att folk säger att det bara är att äta fast du inte kan osv.

Susanne: Jo, det är ett stort lidande.

Intervjuaren: Hur ser du på anorexidiagnosen? Upplever du att anorexin är en sjukdom eller ser du på anorexidiagnosen som att den beskriver att man kan ha problem med livet och att diagnosen inte handlar om en riktig sjukdom som kräver vård? Eller funderar du på det på något annat sätt?

Susanne: Anorexi är en sjukdom. Ja, kanske om man pratar om "anorexi light" då, om en lightversion, så då kanske man skulle kunna säga att det är problem med livet. Och det har vi väl alla mer eller mindre nu som då. Men det här var nog verklig sjukdom.

Intervjuaren: Och hur skulle du beskriva att din dotter mår idag?

Susanne: Hon mår hyfsat bra. Men nog har hon ännu sådant som hon kämpar med. Hon är ju något så när normalviktig idag och hon äter och



tränar och så här men hennes prestationskrav är skyhöga som hon sätter på sig själv. Och så har hon den här posttraumatiska stressen som kommer lite nu som då och som yttrar sig i stressituationer som studentskrivningar, provperioder etc., etc. Och så sover man dåligt och det är det ena med det andra och med det tredje. Och sedan just det här med att hon kompenserar fortsättningsvis jättemycket, då hon äter så tränar hon, och det är svårt att hålla den här balansen själv. Så nog har hon en bit kvar ännu att gå men nog är det ändå mycket bättre än vad det var för några år sedan.

Intervjuaren: Hur var det att berätta för andra att din dotter hade fått en anorexidiagnos?

Susanne: Jag hade inte svårt med att berätta för andra men jag har haft ganska lätt för att prata. Sedan är det inte alltid sagt att andra har förstått vad jag har pratat om. Det är väl så. Men jag har nog varit ganska öppen med att vi har det där. Och det har faktiskt också förvånat mig för det har varit många som antingen själva har haft problem, att de har haft någonting inom familjen eller så kände de någon som hade haft motsvarande. Så det var kanske ändå inte så ovanligt som jag har trott att det var.

Intervjuaren: Att folk kunde känna igen sig?

Susanne: Jo.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur dina vänner och/eller dina arbetskamrater har förhållit sig till dig och din familj efter att din dotter fick sin diagnos?

Susanne: Inte har jag direkt fått några problem men det är klart att jag ju har varit mycket borta och det har sedan igen haft konsekvenser osv. Det har inte alla varit nöjda med. När man fått höra att: "Hon är ju alltid sjuk!". Jag blev ju sjukskriven också själv så då var det: "Ja, men hon är ju alltid borta vid samma tidpunkter varje år" osv. Så då kändes det nog som att det här är människor som inte förstår vad de pratar om, som inte förstår vad de menar.

Intervjuaren: Så då blev du tvungen att uppleva det här med att människor inte förstår vad anorexi som en sjukdom betyder för en anhörig?

Susanne: Jo precis det. När man har en anhörig som har anorexi finns det vissa som säger att det är lika mycket mammorna som drabbas när döttrarna blir sjuka. Och i vårt fall så var det nog så.

Intervjuaren: Hur skulle du beskriva att vardagslivet förändras när ens barn får anorexi eller en anorexidiagnos?

Susanne: Det blir betydligt mer rigoröst. Det blir väldigt viktigt att passa alla mattider. Det ska vara mat på vissa tider varje dag och oberoende av om det är vardag eller veckoslut så kokar man potatis ungefär två gånger om dagen. Jag lärde mig ju precis om hur stora potatisar jag skulle köpa när jag stod i butiken. Jag visste ju att jag inte ska köpa de allra minsta och jag ska inte köpa de allra största för står det på ät schemat att hon ska äta två potatisar så ska hon också äta två potatisar oavsett. Och hon kommer då att ta de två minsta. Det var att se till att det skulle vara jämnstort och medelstort, på ett ungefär så här. Man blev nog väldigt bunden på ett helt annat sätt just vid alla tider och så här. Man kunde inte flexa så mycket inte.

Intervjuaren: Började dina egna tankar kretsa kring just det här med maten och rutinerna.

Susanne: Jo, det var nog väldigt mycket att ifall man skulle någonstans så skulle man ju planera ätandet och att man var på sådana ställen att hon skulle kunna äta överhuvudtaget. Och det ledde till att till slut så åkte man inte till så många ställen mer.

Intervjuaren: Har din familj upplevt stigmatisering?

Susanne: Det skulle jag inte säga. Nej.

Intervjuaren: Har din dotters diagnos påverkat din relation till henne? På vilket sätt i så fall?

Susanne: Jo. Alltså hur dålig hon än har varit så har hon ju alltid oftast kunnat prata med mig. Egentligen i många fall kanske först efteråt men i alla fall så har vi kunnat prata igenom saker och ting. Och nog har vi idag en ganska förtrolig relation och så här. Det skulle jag säga. Och det har ju räddat mycket det här med att hon har bott hemma med mig hela tiden.

Intervjuaren: Finns det någonting som är positivt med att din dotter fick en anorexidiagnos?

Susanne: Det finns ingenting positivt med själva sjukdomen. Men om man ser på FPA då, så länge som hon var under 18 år så blev hon faktiskt berättigad till handikappbidrag och sådant här. Men det har jag förstått att inte alla anorektiker är. Men av någon anledning så fick hon det. Men det var också en sådan där grej att en dag plötsligt bara så damp det ner ett läkarintyg i postlådan som de bad att vi skulle vidarebefordra till FPA. Och då hade hon varit i läkarkontakt i ett halvt år och jag visste inte alls vad det handlade om så jag ringde till sjukhuset och frågade vad jag riktigt ska göra. Det skulle närmast vara sådana bitar då. Men sedan säger de att hon har fått en unik möjlighet att gå i terapi och livsvisdom och så här som ingen annan kanske har fått men det är jättesvårt att utvärdera det ännu idag.

Intervjuaren: Finns det negativa sidor med att dottern fick en diagnos?

Susanne: Jo, det finns det ju nog. Det har vi nog pratat om. Det har tagit fyra eller fem år av hennes liv och delvis även av mitt liv för jag blev ju så himla bunden av henne.

Intervjuaren: Om du ännu funderar på vad du tänkte och kände när dottern fick en diagnos, finns det någonting mer om den situationen du kan berätta? Du nämnde att du trodde att hon skulle få hjälp, men riktigt så enkelt var det inte?

Susanne: Nej, det var snarare så att då utbröt helvetet! Det är ju också tävlandets sjukdom det här så hon skulle ju hela tiden visa hur sjuk hon var osv.

Intervjuaren: Okej, kan du berätta mer om det här med att anorexin är tävlandets sjukdom?

Susanne: Jo, det kan jag nog. Jag kan ta ett konkret exempel. De söker ju upp varandra de här flickorna via alla möjliga forum som man knappt vet om i dagsläget. Och det var en annan flicka då som nästlade in sig här hos oss och hon hade varit sjuk redan innan Elin blev det. Och de blev vänner, kompisar men idag har de ingen kontakt mera, tack och lov. Sedan var det just den här midsommaren 2010 då så låg den här flickan inlagd på barnavdelningen här i stan. För hon hade tagit en överdos av sömntabletter eller någonting sådant och sedan råkade det sig så att Elin fick låna en bandinspelare från sjukhuset hon också, en sådan här som läkare läser in journaler på. Hon skulle lära sig att tycka om sin egen röst så hon skulle läsa in en text och lyssna på den varje kväll. Men så helt

plötsligt så visade det sig att bandspelaren innehöll ett avslappningsband med avslappning för det parasympatiska nervsystemet eller någonting sådant här som läkaren hade spelat in för den här andra flickan. Så, det blev ju direkt att det här inte var hennes så då blev det en fråga om vem som får mer uppmärksamhet.

Intervjuaren: På vilket sätt kunde du märka på din dotter att hon tyckte att den andra flickan fick mer uppmärksamhet? Sade hon någonting eller gjorde hon någonting som visade att hon ville tävla om uppmärksamhet med den andra flickan?

Susanne: Det kom fram på så sätt att hon hela tiden tyckte att den andra flickan fick mera behandlingstider och mera uppmärksamhet.

Intervjuaren: Vad skulle du säga att anorexidiagnosen har betytt för er familj?

Susanne: Inte vet jag om diagnosen i sig själv har betytt någonting. Vi har ju haft en familjemedlem som har varit sjuk. Men inte skulle jag säga att diagnosen i sig har betytt någonting. Nog dröjde det ju en tid för mig också innan jag faktiskt förstod att det handlade om en sjukdom och hur sjuk hon faktiskt har varit. Den insikten kom någonstans långt efteråt. När jag själv började titta på vad jag har gått igenom.

Intervjuaren: Har du börjat förstå din dotter bättre genom att hon har fått en anorexidiagnos?

Susanne: Jo, det har jag.

Intervjuaren: På vilket sätt? Kan du ge några konkreta exempel?

Susanne: Jag kan inte ge några konkreta exempel. Men jag har ju läst på så mycket från den tiden när hon blev sjuk. Så det förstår jag på ett annat sätt nu idag än vad jag gjorde då. Det är väl det som skulle vara ett konkret exempel.

Intervjuaren: Idag talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen i samhället var någonting som påverkade att din dotter fick en ätstörning?

Susanne: Jo, nog tror jag att det har påverkat. Det fanns annat men nog tror jag att det har påverkat också.

Intervjuaren: Du sade innan intervjun att du också hade anorexi när du var i tolv-trettonårsåldern. Har du märkt några förändringar i hur vården fungerar kring ätstörningsproblematiken?

Susanne: Inte skulle jag säga att den har gått så hemskt mycket framåt. För mig varade det här ju bara i två år och jag kommer inte överhuvudtaget ihåg någonting sådant som ångest. Men om jag har förträngt allting eller om ingen har förklarat för mig vad ångest är, det vet jag inte. Men jag kommer inte ihåg något sådant. Men jag tror också att i och med att jag hela tiden har varit öppen med att jag har haft det här själv så har jag fått mindre information om själva sjukdomsförloppet och vad som kan komma och så här än vad andra familjer har fått. För man förväntar sig och kanske jag själv har gett ett intryck av att jag vet så mycket. Det är svårt att säga det där.

Susanne kompletterade sin första intervju i mars 2015 med några ytterligare svar samt med tillägget:

Jag kan ytterligare tillägga att dottern fick ett återfall i juni-juli 2014. Sannolikt hade återfallet börjat långt tidigare, kanske redan hösten 2013. Sommaren 2014 blev i alla fall en riktig vändpunkt känns det nu. Det var första gången jag märkte att hon verkligen tog emot hjälpen jag och hennes vänner kunde erbjuda, att hon verkligen ville bli frisk!

### **3. Uppföljningsintervju med Susanne**

Intervjun gjordes i maj 2015

Intervjuaren: Det verkar vara vanligt bland föräldrar att de inte genast tar kontakt med sjukvården fast de s.a.s. märker att någonting är fel med deras barns ätande och mående. Det kan t.ex. vara svårt för en förälder att se att dottern har svåra problem med maten ifall hon är elitidrottare och det hör till att vara noggrann med ätandet. Vad var det som gjorde att det var så svårt i ert fall att upptäcka att Elin hade stora ätstörningsproblem och att ta kontakt med vården i ett tidigt skede?

Susanne: Att komma till vården då och så här?

Intervjuaren: Ja, alltså att märka att det handlade om anorexi, att hon hade allvarliga ätstörningsproblem och att kontakta vården i ett tidigt stadium?

Susanne: Alltså, det gick så väldigt, väldigt fort. Jag hann egentligen inte riktigt med. Hon banta ju nog eller levde hälsosamt ett längre tag, men sedan där när det faktiskt accelererade så gick det så väldigt fort, så vi förstod egentligen ingenting. Och sedan var hon ju på en fotoperation där och det var ju efter den operationen som det riktigt accelererade. Och jag vet att före det så var jag i kontakt med barnpolikliniken, när vi skulle på återbesök och prata om det, men då sa hon den där sköterskan att: "Jo, men inte kan vi göra någonting när hon inte har remiss för det." Att det är ju inte därför vi kommer hit. Och sedan blev det ju aktuellt istället att vi måste försöka, men det blev ju andra vägar, men då var hon ju redan via skolhälsovården.

Intervjuaren: Det verkar vara så också för många att ifall någon håller på och utvecklar en ätstörning så kan man vara ganska bra på att dölja den. Att man smyger med det och ljuger osv. Var det så för er?

Susanne: Hon var väldigt bra på att dölja allting. För i efterhand så har hon ju berättat grejer åt mig som jag överhuvudtaget inte visste, vilka tankar hon hade. Hon var också bra att skyla över just för sina kompisar osv. För jag har i efterhand förstått att de också var jätteoroliga före hon blev sjuk redan. Eller före det blev så uppenbart. Och det har visat sig just när hon har fått sina återfall här under åren som har varit, så har många gånger kompisarna märkt det före och tagit kontakt med Elins storasyster och fråga att hur är det? För att hemma har hon alltid lyckats dölja.

Intervjuaren: I början, när hon var första gången till skolläkaren, och han sa att det inte var någonting allvarligt, så började du tänka samma sak också?

Susanne: Jag hörde ju om det där först efteråt jag, att han hade sagt så där, men i det skedet visste jag nog redan vad det handlade om, egentligen. Men inte förstod jag ju ändå hur pass allvarligt det faktiskt blev sedan. Och jag trodde ju också att vården skulle vara – det är ju många år sedan – att den skulle vara såpass mycket bättre än den var. Och just när du sa att speciellt de äldre flickorna tar kontakt själva, så det är ju så att man blir uppmanad att man själv ska ta kontakt, för annars så anses det att man inte är motiverad för vård. Så har de börjat söka information om vård så har de högst sannolikt stött på det. Men det är helt klart att en tio- eller elvaåring så söker ju kanske inte vård själv. Nog ska man ju nästan vara i övre tonåren innan man börjar göra det. Och i all synnerhet sedan när de börjar bli en sexton, sjutton så, jag menar, då ska

de ju söka vård själva. Och sedan när de fyller aderton så får man ju inte veta någonting mera.

Intervjuaren: Kan det vara också det att fast man som förälder nog skulle märka att barnet har problem, så kan det vara svårt att föreställa sig hur dåligt någon kan börja må. Och att man därför inte reagerar i tid?

Susanne: Jo, precis, det är faktiskt inte lätt.

Intervjuaren: När det gäller Elins vård så säger du i intervjun att det första som hon fick var ett mat schema, så de försökte få henne att äta. Och jag funderade på ät tränarna som du nämner, kom de sedan alls hem till er och träna Elins ätande?

Susanne: Det där mat schemat var nog egentligen helt och hållet på vårt eget ansvar och ät tränarna kom hem till oss ett par gånger efter det att hon hade vägrat äta på de här ätträningarna, på vårdenheten. Hon hade vägrat äta där och då tyckte jag att det kändes jäkla onödigt det här, jag menar dom kommer någonstans ifrån, var de har sin egentliga arbetsplats. Jag ska se till att hon kommer hemifrån till ätträningen och det var jättejobbigt för mig att få henne till ätträningen. Och sedan när vi kom dit så var det noll resultat, hon vägrade. Så då sa jag men att vi gör så att vi visar henne nu då att vi är så envisa, att hon ska äta. Att ni får komma hem till oss istället, då hon liksom totalvägrade, hon skulle inte komma dit mera. Då kom de hem ett par gånger sedan, då öppnade jag upp mitt hem, och sa att inte har vi någonting att dölja, det är okej att ni kommer hem. Så då kom de hem till oss på sommaren sedan ett par gånger.

Intervjuaren: Fungerade ätandet bättre när de kom hem till er?

Susanne: Det kommer jag faktiskt inte ihåg mera. Men inte tror jag det inte. Det var bara det att vi visade att vi var envisa med den här vården.

Intervjuaren: I Sverige sa de att hennes anorexi kommer av att hon har posttraumatiskt stressyndrom. Vad berodde det här posttraumatiska stressyndromet på?

Susanne: Det berodde troligtvis dels på dålig kontakt med sin pappa, alltså man kan säga en misslyckad skilsmässa, för han orkade inte hålla kontakten med sina barn. Och jag var kanske lite onödigt stark som mamma. Men sedan också att jag inte krävde att han skulle ha den. Men det har alltid varit typiskt för hans släkt ända egentligen fram tills nu på

senare år. När de var små så var det alltid pojkarna som var mer värderade på något sätt än flickorna. Och det kan ju ha sina förklaringar långt bak i tiden. Så det är den biten. Och sedan har hon alltid varit väldigt känslig. En annan orsak som kom fram så var att det var en ridskolehäst som dog. Så hennes sköthäst på ridskolan dog och det påverkade henne också väldigt, väldigt tragiskt och väldigt länge. Och sedan har hon ju berättat åt mig i efterhand sådant här som jag nu i dagsläget kan koppla till anorexin. Att när hon började i ettan i skolan, de hade det här med faddersystem, och första dagen i skolan så gick de med faddrarna till matsalen. Och när de tog mat där så hade hennes fadder uttalat sig på något sätt att: "Men ska du faktiskt ta så där mycket av den här maten?". Alltså, han tyckte inte om skolmaten. Hon har berättat det senare att hon hade inom sig reagerat genast, fast hon då var sju år. Att det inte är tillåtet att äta så här mycket.

Intervjuaren: Jo, jag minns hur starkt man kunde reagera när någon kommenterade ens kropp eller hur man åt, när man var barn. Sådant kan barn säkert reagera på.

Susanne: Jo, det kan de.

Intervjuaren: Jag funderade ännu på den här frågan om du kan se någon idé med att din dotter fick en anorexidiagnos, när vården har varit så bristfällig i ert fall. När det gäller er så lades ju vården på dig.

Susanne: Jo, väldigt mycket.

Intervjuaren: Att hon fick en anorexidiagnos, hjälpte det dig att kunna vårda henne på ett bättre sätt än om du föreställer dig att hon inte skulle ha fått en diagnos?

Susanne: Nej, det tycker jag faktiskt inte. För att om man ser från vårdens sida sett så fick ju inte jag någon egentlig handledning. Jag menar jag fick ju aldrig t.ex. träffa en näringsterapeut, en dietist kanske eller någonting, som man skulle ha fått lite tips av. Och skulle jag ha fått hem någon typ medicinsk utrustning till det. Skulle det ha handlat om diabetes eller någonting sådant så skulle man ju garanterat ha fått lära sig det där – handledning i blodsockermätning och sådana saker. Men jag måste nog säga att nä, jag fick ju bara använda mitt eget sunda förnuft. Och jag hade ju det där mat schemat att gå efter.

Intervjuaren: Var du som förälder helt hjälplös när du försökte hantera hennes problem?



Susanne: Jo, egentligen var jag nog ganska hjälplös.

Intervjuaren: När jag intervjuade Elin förra sommaren kunde jag märka att trots att hon inte kallade sig helt frisk så mådde hon ändå bättre, hon hade ändå väldigt mycket självinsikt. Hon var bl.a. medveten om vilka faktorer som riskerade att få henne att må illa och hon hade lärt sig att hantera ångest bättre. Hon kunde också på ett bra sätt analysera vilken betydelse anorexidiagnosen har haft för henne. Hon har alltså gått framåt väldigt mycket, trots att vården varit bristfällig och ni har famlat er fram. Vad tror du det kan bero på?

Susanne: Nå, jag har ju inte gett upp utan hela tiden trott och haft det för ögonen att hon ska bli frisk. En dag blir hon frisk, det tar fem år eller tio år men att hon ska må bättre. Hon ska ha ett lika hyfsat liv som alla andra. Och det märkte man ju sedan för efter den här intervjun, det var ju i början på juni vi träffades, och då ungefär en månad senare, det var juli där, så då blev hon ju sjukskriven och mådde riktigt dåligt. Men det var faktiskt första gången som hon klart och tydligt visade att hon tog hjälp av omgivningen själv. Alltså, hon var mottaglig för hjälp och hon insåg på ett helt annat sätt att ska jag leva och ska jag studera och skaffa mig ett yrke och så vidare så kan jag ju inte fortsätta så här. Och hon grävde inte ner sig hemma utan fast hon inte mådde så bra så fortsatte hon träffa kompisar och hon åt och så vidare bortåt. Och det var faktiskt första gången och efter det så har vi inte direkt haft några sådana här ätstörningsåterfall då.

Intervjuaren: Oj då, det har ju gått ganska lång tid sedan dess.

Susanne: Jo, det har snart gått ett år nu. Och sedan när hon höll på med studentskrivningarna i våras så var det snudd på magkatarr där, tror jag, av all stress som hon la på sig själv. Men det var ju iallafall någonting annat. Det hade mera att göra med de här prestationskraven.

Intervjuaren: Jo, och det får man ju också lätt av sådant. Vi ska komma tillbaks till det här ärendet lite senare men först ska jag ställa några andra frågor. Du sade att du gick i samtalsterapi ett år i företagshälsovården. Var det när du hade utmattningsdepression som du gick där?

Susanne: Nej, det var nog egentligen i samband med att Elin var sjuk som jag gick ett år. Och man kan inte direkt säga att det var samtalsterapi heller. Det var kanske avlastningssamtal. För det var hos en sjukskötare som var kopplad till företagshälsovården och som jobbade där, men hon

var specialiserad inom psykiatri och hon höll på att studera kognitiv beteendeterapi. Men jag hade betalningsförbindelse från den offentliga sjukvården, från Elins läkare. Han insåg väl det att de inte kan ordna den biten. Så därför fick jag den betalningsförbindelsen. Men inte kan man direkt säga att det var samtalsterapi, det kan man nog inte säga.

Intervjuaren: Menar du att terapin inte motsvarade det som du skulle ha behövt just då?

Susanne: I det skedet så skulle jag ha behövt mer av handledning i just det där att hur man hanterar vardagen. Det här var ju 2009-2010, det är där i det taget och sedan blev det ju sommaren 2010 då. Egentligen var det ju sedan någon gång när vi kommer till 2011-2012, så då skulle jag ha behövt någon form av "debriefing" för att få gå igenom allting. Den biten anser jag fortsättningsvis att saknas. Men inte vill jag nu mera börja dra upp saker och ting för nu har de ju bleknat bort. Eller håller på liksom, inte mår jag dåligt av dem mera idag. Men just där 2011-2012, så då gjorde jag faktiskt det. För då gick jag nog där och funderade att oj, hjälp nu blir det sommar igen, att en sådan här sommar till och jag klarar inte av det.

Intervjuaren: Jo, skulle ni ha fått tillräcklig hjälp redan från början skulle du ha sluppit den här oron för att själv inte orka.

Susanne: Jo, precis.

Intervjuaren: Det verkar vara så åtminstone i Finland att ätstörningsvården är väldigt mycket fokuserad. Det här är lite intressant tycker jag eftersom ätstörningen i Elins fall verkar ha haft sina orsaker i ett posttraumatiskt stressyndrom, som de lär ha sagt på ätstörningsenheten i Sverige. Och i sådana här fall kan man se ätstörningen som en strategi att hantera ångesten.

Susanne: Jo, det är precis så det är.

Intervjuaren: Och många som insjuknat idag verkar själva uppleva att deras ätstörning i första hand handlar just om en slags ångesthantering. Hur tänker du på att ätstörningsvården är så mycket fokuserad. Skulle du säga att den är *för* mycket fokuserad?

Susanne: Jag tror att det faktiskt kan vara lite från fall till fall det där. För man måste ju få dem till en sådan vikt att de fungerar som människor men jag tycker också att det är jättefarligt att man släpper dem vidare

sedan kanske utan att bearbeta de här posttraumatiska stresssymptomen och utan uppföljning av dem också. Här i efterhand vet jag med Elin, att när det har varit stress i skolan, att det börjar med det att hon sover dåligt och vaknar om nätterna. Men inte visar hon ju det utan det kan ha gått en månad eller två redan innan hon liksom säger någonting åt mig. Men att där börjar det ju liksom. Och sedan blir hon irriterad och på dåligt humör och kanske sover några timmar på eftermiddagen och tappar mat rytmen och så rullar det på. Och så hinner det igen gå ganska långt innan man får någon hjälp. Och hon har tillfälligt fått hjälp – förra sommaren fick hon hjälp av antidepressiva mediciner. När man sedan mår bra och man har slutat med medicinerna så kanske man blir släppt lite för lättvindigt. Jag menar en ungdom kanske inte alltid söker hjälp själv heller när man märker det. Man skulle måsta få det genomslaget i samhället och kunskapen kanske hos studerande helst sedan att sådant här måste tas på allvar.

Intervjuaren: Ja det är som du säger, så med många mentala sjukdomar att man måste lära sig hur man hanterar sina "hjärnspöken" men också lära sig att det är viktigt att söka hjälp i tid.

Susanne: Just det här att vad kan jag själv göra och vad kan jag ta för hjälp.

Intervjuaren: Vet du om Elin hörde röster som sade till henne att hon var tjock och ful? En av de som jag intervjuade sade att hon faktiskt hörde sådana röster i sitt huvud.

Susanne: Det vågar jag faktiskt inte svara på, det vet jag inte. Någonting sådant har hon inte sagt till mig, men det är inte alls omöjligt. Du borde egentligen fråga henne själv.

Intervjuaren: Jo, det kunde jag göra. Sedan undrar jag om du tror att en vårdmodell där man ser familjen som en helhet och där man har familjeterapi, där också syskonen får vara med, att en sådan modell skulle ha fungerat i ert fall? Att ni t.ex. skulle ha fått information om själva ätstörningen som sjukdomsbild och hur man ska hantera den i vardagen?

Susanne: Det är jättesvårt att säga. Men nog tror jag att den skulle ha kunnat hjälpa till iallafall och bidra åt det bättre hållet. Men det är jättesvårt att säga, faktiskt. Men nog tror jag ju det att om vi alla skulle ha fått information om hur vi ska förhålla oss och hur vi kan vara, även de äldre syskonen då, att hur vi kan agera för att stötta på bästa möjliga sätt,

så nog tror jag att det skulle ha kunnat ge resultat. Men det är svårt att säga vad det skulle ha gett för resultat.

Intervjuaren: När jag frågade dig om du ser på anorexin som en sjukdom, så säger du att anorexi är en sjukdom men att kanske om man pratar om anorexi light, en lightversion, så då kan man säga att det är fråga om problem med livet och att det har väl alla mer eller mindre nu som då. Jag undrar vad du menar med anorexi light? Menar du att det är när vi alla egentligen bantar hela tiden, att det ligger i vår kultur att banta, eller menar du en lindrigare form av själva diagnosen anorexi?

Susanne: Men anorexi light menar jag mera det att de kanske insjuknar lätt och blir upptäckta väldigt tidigt och hinner kanske inte få dom här väldigt svåra psykiska problemen heller. Det kan ju också vara lite beroende av bakgrundsorsakerna till anorexin vad man menar. Men med anorexi light, jag menar just att man nu kanske går ner så att man är underviktig en månad eller två månader men sedan återhämtar man sig väldigt fort och man hinner få någon form av lätt diagnos, men man kanske inte hinner få några bestående men. Vet du just sådant här som benskörhet kan ju vara bestående för framtiden t.ex.

Intervjuaren: Som t.ex. någon som går ner i vikt och får problem och får då diagnosen ätstörning UNS men som återhämtar sig snabbt.

Susanne: Ja precis, och som sedan återhämtar sig väldigt snabbt och med snabbt så menar jag kanske ett halvt år eller någonting sådant. Då kallar *jag* det lightversion.

Intervjuaren: Men du menar att man också kan få en anorexidiagnos och ändå återhämta sig snabbt?

Susanne: Jo, nog tror jag det. Men mera de här UNS-diagnoserna. Ska vi säga att man blir upptäckt så snabbt och man lyckas återhämta sig så snabbt att man inte får bestående men.

Intervjuaren: Jag tänkte ännu att vi här till slut skulle fundera på Elins återfall som hon hade i juni-juli 2014, som du berättade om. Du sade att det igen var svårt att få syn på det. Var det så nu att det var kompisarna som märkte det först eller?

Susanne: Nå, det var kompisarna i skolan, tror jag, som la märke till att hon förändrades i vardagen. Vet du att hon lite började dra sig undan och inte ville vara lika mycket med dom som tidigare. Och jag vet inte, sedan

kanske hon började fuska vid skollunchen också, vet du att dom la märke till det och sådana här saker liksom.

Intervjuaren: Vad är det som gör att det är svårt att få syn på när ett återfall närmar sig? Är det just att de kan ljuga om det och dölja sig o.s.v.?

Susanne: De kan ljuga och sedan desto äldre de blir så som förälder så släpper man ju nog kontrollen också så småningom, för att de ska ju läras det också som alla att ta vara på sig själva och ta ansvar själva. Och sedan just att de är ju så väldigt skickliga att dölja det och jag menar det är jättesvårt.

Intervjuaren: Kan du berätta lite om det här återfallet? Eller på vilket sätt märkte du det sedan att det var ett återfall?

Susanne: Nå, först så hörde jag faktiskt om det just med kompisarna som hade tagit kontakt med Elins storasyster. Och så märkte jag det nog också på stämningen hemma för man börjar känna när det vibrerar i luften, att nu är allting inte riktigt som det ska. Och sedan hade hon ju ett sommarjobb där och hon var väldigt mån om att sköta det där sommarjobbet, hon jobbade ju på restaurang och det var ett ganska tufft jobb. Eller det var väldigt varierande och det var långa dagar och det var korta dagar och det var helt beroende på. Hon är en sådan som tar så väldigt mycket ansvar på ett jobb också och det märker ju en som är jämnårig. Så det leder ju till att hon tog på sig väldigt mycket ansvar igen och dom andra liksom kanske slank undan med litet mindre. Jag menar stack iväg på överlånga rökpauser till exempel och vet du sådant här. Nå, hennes riktiga läkare hade ju gått på semester där då också, men vi tog kontakt sedan via psykiatrin och den vägen då så fick hon en sjukskrivning. Men då var hon redan också satt på antidepressiv medicinering nog av hennes riktiga läkare. Att han hade satt in det igen då. Men i och med att han gick på semester och det blev fysiskt utmattande för henne – hon behövde vila upp sig också – först efter skolan, men samtidigt var hon också inställd på det själv att hon skulle jobba, jobba, jobba. Men hon behövde vila upp sig så hon blev sjukskriven från psykiatrin och det skulle jag säga att var runt 10 juli eller i början på juli, där någon gång. Så blev hon sjukskriven tills skolan började då egentligen. Hon var inte alls glad åt det själv för det stod i intyget att hon hade en depressiv episod och det tyckte hon inte om att se svart på vitt. Men hon redde nog upp det själv i princip. Liksom att hon började leva igen.

Intervjuaren: På vilket sätt kunde du och hennes vänner nu börja hjälpa henne till skillnad från att du sade att hon tidigare inte var mottaglig för hjälp?

Susanne: Nå, då märkte vi ju speciellt det här att just att vi fanns tillhands vid måltiderna och att vi åt tillsammans. Och just det här, som på midsommarafton när hon var på jobb till exempel, så var en väldigt svår dag. Och hon hade lagat en matlåda med sig hemifrån när hon for på jobb. Men det att jag hade sagt på förhand att: "Jag kommer med på eftermiddagen och äter pizza där, så får du baka en pizza åt mig!". Och sedan när jag kom dit så kom hon och satte sig med mig då och så sa jag att: "Men att nu när du äter så äter jag min mat också!", och det är tvejfan första gången det har hänt.

Intervjuaren: Okej, så hon tog ansvar själv för sitt ätande?

Susanne: Jo, hon sa att: "Nu när du sitter här och äter så kommer jag och sitter och äter med dig!". Så har hon nog inte sagt förut inte. Och jag visste att inte kan jag ju där heller börja tvinga henne till någonting.

Intervjuaren: Vad tror du det var som ledde till att hon har börjat vilja kämpa för att bli frisk, att själv ta ansvaret?

Susanne: Alltså, jag tror nog faktiskt att hon kom till insikt att hon inte vill ha det så här flera somrar. Jag tror faktiskt det. Eller att hon vill inte ha det så här. Och sedan lite mediciner och så vidare så hjälpte henne till att kanske hålla humöret uppe. Men det var inte någon lång period hon åt mediciner då heller, det var kanske ett halvt år. Men det hjälpte henne att hålla humöret uppe och sova på nätterna och orka på dagarna.

Intervjuaren: Men det är en lite intressant vändning, att hon just den sommaren kom till insikt, eftersom hon ju varit så länge och väldigt hårt drabbad av anorexi. Men du vet inte vad exakt det kan ha varit som gjorde att hon nu plötsligt fick den insikten och ville bli frisk?

Susanne: Nej, det vet jag faktiskt inte. Det enda jag kan säga där är att jag tror att hon insåg att hej hallå, att nu måste jag bli vuxen och jag vill också kunna flytta bort och studera och så här och om jag inte skärper mig nu kommer jag inte att kunna det. Hon insåg att jag vill inte bo hemma med mamma hela livet, tror jag.

Intervjuaren: På vilka andra sätt kunde du hjälpa henne att bli bättre, förutom just att finnas där när hon skulle äta?

Susanne: Det var med allting runtomkring. Hon drog sig inte in i sig själv på samma sätt som hon hade gjort tidigare. Utan hon sökte sällskap och ville vara med och hon förstod själv också på något sätt att nu måste hon ta det lugnt för det är det som hennes kropp kräver. Att hon skall sitta i solstolen och läsa böcker, alltså att göra någonting sådant istället för att vara väldigt fysiskt aktiv. På något sätt så insåg hon det, tror jag.

Intervjuaren: Och hur mår hon nu då?

Susanne: Jag tror att hon faktiskt mår bra. Med tanke på att hon är ute och reser nu då. Som sagt, hon drog ju på sig stressen i samband med studentskrivningarna igen och det kopplade jag direkt till höga prestationskrav som har att göra med anorexin också. Så det kopplade ju jag ihop med att hon drog på sig magkatarr här under vårvintern. Och det var faktiskt nu efter studentskrivningarna så var det hennes pojkvän som hade sagt att – de kompletterar varandra väldigt bra för han är så lugn och sänlig, en ordentlig en – men han hade sagt att hennes axlar hade sjunkit fem centimeter några veckor efter det att skolan var slut.

#### **4. Rebecka, 20**

Intervjun gjordes i juni 2014

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att du fick en anorexidiagnos?

Ja, om man ska ta hela historien så, ska jag ta den? Ända från början?

Intervjuaren: Jo, ta den gärna från början.

Rebecka: Jag har alltid varit ganska osäker på mig själv och haft dåligt självförtroende och så där. Och när jag gick i lågstadiet så blev jag utfryst och jag blev ganska tystlåten och ganska för mig själv. Och sedan när jag började i högstadiet så då fick jag lite kompisar och då var det en del av dem som ville börja banta. Och då tänkte jag att jag skulle haka på bara på skoj och för att försöka vara lite nyttig. Jag tänkte att det inte kunde skada att försöka vara lite hälsosam men sedan märkte jag att jag var ganska bra på det där och att vara nyttig av mig så jag började gå ner i vikt fast jag egentligen inte behövde det och kanske inte hade tänkt det från början heller. Och sedan så blev det automatiskt att det blev lite så där tvångsmässigt, det blev lite så där att jag kände mig bra om jag var nyttig och typ tränade mycket. Jag gick ner lite i vikt men det var nog

ändå inte så där jätteallvarligt. Och sedan så höll jag på med idrott och så fick jag chansen att vara med i representationslaget och då blev det viktigare att vara med där så då gick mina ätstörda tankar lite över och så satsade jag hårt på idrotten och ville bli bra på det. Och sedan blev det ganska snabbt att jag verkligen skulle satsa på min idrott och se hur långt jag kunde gå.

Jag var ganska målmedveten och prestationsinriktad. Och ju äldre jag blev desto hårdare krav blev det, högre press och jag ville ju väldigt gärna spela i startupsättningen och ville verkligen vara med och spela matcher på riktigt. Det var med representationslaget då och fastän jag var väldigt ung så bestämde jag mig för att nu ska jag verkligen träna på ordentligt och slå mig in i laget och jag började träna mer och så var jag noga med maten och såg till att allting skulle bli rätt och ge mig rätt förutsättningar. Men jag var ändå inte riktigt nöjd utan det kändes som att det inte riktigt gick framåt tillräckligt och så där så jag tränade på mer och mer och så småningom blev jag också mer noga med maten. Och sedan vet jag inte riktigt men det blev som en tvångsmässig idé igen med den här träningen och jag övertränade egentligen.

Nu när jag tänker tillbaka så vet jag att jag åt för lite och tränade alldeles för mycket för att ha någon chans att överhuvudtaget att gå framåt men det förstod jag inte då utan jag tänkte att jag inte tränade tillräckligt, att jag inte var tillräckligt bra helt enkelt. Så, jag började känna mig ganska dålig och typ misslyckad som inte klarade av att bli bättre fast jag tränade mycket. Och sedan kom de här tankarna på min kropp och allt det här tillbaks som att jag kände mig dålig, misslyckad och ful och, ja, jag var inte nöjd med mig själv helt enkelt. Sedan blev det som att det nästan blev ett nytt fokus. Så här att om jag inte kunde lyckas med idrotten så skulle jag i alla fall se till att typ, ja, ha snygg kropp och liksom känna mig bra på andra sätt. Och det blev nästan som att det blev huvudfokusen. Det var så jättekrångligt, jag ville ju idrotta och vara bra på det men samtidigt kände jag mig dålig så det var jättekonstigt och sedan blev jag verkligen jättefokuserad på min kropp istället. Ja, och då, jag sökte ju hjälp ganska tidigt, det var jag själv som tog kontakt med läkare för jag kände att det inte var rätt. Jag visste ju att jag ville bli bra på min idrott så jag förstod inte varför jag höll på och noja så mycket med min kropp. Så, jag tog kontakt med läkare och han sa ju att jag hade anorektiska tankar och att jag hade en ätstörning redan då och han tyckte att jag borde ta en paus med idrotten och vila lite för jag var väldigt övertränad också. Men det ville jag absolut inte göra utan jag ville fortsätta idrotta. Jag hade



nästan fått den identiteten att jag skulle vara en idrottare. Jag var liksom en idrottare och jag kunde ju inte sluta idrotta för vem är man då typ. Så, jag kämpade ändå men jag åt alldeles för lite och allting blev ganska så här att jag tappade livsglädjen, ingenting kändes roligt längre. Och det här bara fortsatte och till slut orkade jag inte idrotta längre för jag var helt slut och då kom jag överens med läkaren om att jag behövde ta paus. Jag kunde inte fortsätta idrotta. Men när jag slutade idrotta så då slutade jag i princip att äta istället för då kändes det som att jag åt för att orka idrotta. Så nu kände jag att varför ska jag äta och liksom om jag inte tränar så kan jag inte äta. Det var då som allting eskalerade och då rasade jag i vikt, då brakade det loss. Så det var väl det som gjorde att jag fick min diagnos. Men jag vet inte exakt när jag fick den heller. Alltså, för först när jag träffade min läkare så då var jag inte så undernärdd så jag fick ätstörning UNS, eller vad det heter, och sedan så småningom så vet jag att jag fick anorexidiagnos men jag vet inte exakt när jag fick den. Så det är väl hela historien.

Intervjuaren: Men det var du själv som tog kontakt med läkare? Kände du på dig att allt inte var rätt?

Rebecka: Jo, jag tog själv tidigt kontakt med ätstörningsenheten, det var redan i början av 2012. Jag kände på mig att något var fel, att jag var inne på fel spår igen. Jag visste ju också en hel del om ätstörningar sedan tidigare och jag var rädd för att jag var på väg att få en.

Intervjuaren: Var dina föräldrar med när du fick din diagnos?

Rebecka: Jo, det var de. Jag var först till läkare själv och pratade med dem men mina föräldrar kom ganska snabbt med på samtal och sådant här. Och läkaren förklarade ju då att jag var anorektisk.

Intervjuaren: Hade dina föräldrar märkt någonting under den tiden som du kämpade på med idrotten och med ätandet?

Rebecka: Jo, det hade de absolut gjort. Men det är så svårt för allting kommer som i små steg. Och de vet att jag var väldigt ambitiös med idrotten, att jag gärna ville lyckas och de förstod att det krävde att man var noga, att man tränade mycket och att det var viktigt vad man åt. Men sedan, i något skede så började jag också väga min mat och mäta allting så då började de nog tycka att det gick över gränsen. Då förstod de att det var någonting som inte riktigt var rätt.

Intervjuaren: Du sa att du fick själva anorexidiagnosen i ett senare skede, kommer du ihåg någonting av den situationen?

Rebecka. Nej, jag minns ingenting av situationen när jag fick den.

Intervjuaren: Vad sa de på ätstörningsenheten när du var där och träffade dem de första gångerna?

Rebecka: Jag pratade med läkare, en sjuksköterska och en dietist och de kom fram till att jag var anorektisk, även om mitt BMI inte var "tillräckligt lågt" ännu. Men de tog mig ändå på största allvar och gjorde upp en behandlingsplan för mig. Senare när jag blev ännu sjukare fick jag anorexidiagnosen.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur du tänkte och vad du kände när det så småningom gick upp för dig att du var anorektisk eller att du hade en ätstörningsdiagnos?

Rebecka: Jo, alltså först när jag kom till läkaren förklarade han att jag var anorektisk fast jag ändå inte hade anorexi. Han sa att jag hade ätstörning UNS eller ortorexi, någon sorts blandning mellan de där två, så jag förstod ju att jag hade ett väldigt konstigt förhållande till mat och kropp och att det var någonting som var fel. Men på något sätt så kände jag mig inte så sjuk som man ska vara för att ha anorexi eller jag kände mig inte som någon med anorexi. Jag passade inte in där tyckte jag.

Det kändes fruktansvärt att få diagnosen ätstörning UNS. Inte för att den är en fruktansvärd sjukdom utan för att jag kände mig så otroligt misslyckad och löjlig för att jag inte var i värre skick. Jag kände mig löjlig för att jag inte var tillräckligt mager för att ha anorexi. Så det kändes också ganska jobbigt, det kändes som att jag inte kunde ta emot hjälp innan jag var tillräckligt sjuk, innan jag åtminstone nådde BMI-gränsen för anorexi. Jag kände mig inte värd hjälpen då i alla fall. På den tiden var jag ju extremt prestationsinriktad och bara det bästa/värsta dög och jag identifierade mig själv med mina prestationer. Jag var, som du förstår, väldigt, väldigt sjuk i tankarna redan här. Att jag "bara" fick diagnosen ätstörning UNS såg jag som en bekräftelse på att jag verkligen var misslyckad på alla plan: "Jag kunde inte ens få en ätstörning på riktigt". Och jag sjönk ännu djupare ner i min ätstörning.

Intervjuaren: Hur ser du idag på ditt mående när du kom till läkaren första gången? Skulle du säga att du var så sjuk att du behövde få vård?

Rebecka: Jo, mina tankar var sjuka. Jag var sjuk då.

Intervjuaren: Nu har det gått två år sedan du fick din diagnos. Vad har du fått för vård under de här åren?

Rebecka: Jag fick nog med en gång vård, vi hade samtal och pratade. När jag kom till vården så blev jag sjukare ett tag, jag gick ju neråt ett tag så jag fick liksom mer och mer vård. Jag behövde mer vård med tiden. Jag har alltid fått den vård som jag har behövt känner jag. Fast det är också det att man måste vara motiverad till att få vård. I början var det svårt för de kunde ju inte hjälpa mig om jag inte ville bli frisk eller så.

Intervjuaren: Har du fått vård bara här som du bor eller har du också fått hjälp från andra ställen också?

Rebecka: Nej, jag har bara fått vård härifrån.

Intervjuaren: Med tanke på att du har fått en anorexidiagnos, hur tänker du på anorexi? Vad är anorexi för dig?

Rebecka: Det är en svår psykisk sjukdom som går ut på att kontrollera sin ångest genom att dra ner på maten och träna mycket och ofta och träningen blir ofta tvångsmässig. Och ja, man gör allt för att kontrollera kroppen för då känner man att man får kontroll över någonting i livet. Känslan av att ha kontroll över sin kropp ger en kort positiv känsla och man känner sig bra och lugn trots att det finns mycket annat i livet som man känner att man inte kan kontrollera, vilket iallafall jag kände mycket obehag och mådde dåligt över. Ja, det är ett sätt att hantera sin ångest.

Intervjuaren: Skulle du säga att du har eller har haft en sjukdom eller ser du på anorexidiagnosen som att den beskriver att man kan ha problem med livet och att diagnosen inte handlar om en riktig sjukdom som kräver vård? Eller funderar du på det på något annat sätt?

Rebecka: Ja, alltså jag tycker absolut att den är en riktig sjukdom som kräver specialistvård men ofta beror den ju på att man har problem i nuet eller att man har varit med om svårigheter tidigare i livet, men jag tycker absolut att den är en sjukdom som kräver vård.

Intervjuaren: Och hur skulle du beskriva att du mår idag?

Rebecka: Ja, jag mår mycket bättre än på länge sen jag drabbades av anorexi. Jag kämpar fortfarande på, men det går lättare och allting kretsar inte bara kring mat och vikt utan jag försöker hitta det jag mår bra av och

att våga ta för mig mer av livet. Det är en mycket lättare kamp idag och mycket roligare, man lär sig att känna sig själv, vad man trivs med och hur man vill leva sitt liv. Det känns som ett ganska trevligt äventyr. Såklart har jag mina dippar emellanåt men de är långt ifrån så ohanterliga som förut. Jag har blivit ganska bra på att vända jobbiga tankar och helt enkelt säga åt mig själv att sluta grubbla och älta så himla mycket hela tiden. Jag försöker leva här och nu istället. Så, jag mår nog mycket bättre än på länge.

Intervjuaren: Hur var det att berätta för andra att du hade fått en anorexidiagnos?

Rebecka: Ja, i början var det väldigt jobbigt. Det kändes svårt att berätta för andra att jag var sjuk eftersom jag kände mig så löjlig. Jag kände mig inte sjuk. Jag tyckte inte att jag var så sjuk som andra sa så då var det ganska, ja, det kändes konstigt. Det kändes som att jag överdrev när jag berättade om vad jag hade för någonting. Jag kände mig som en svag, misslyckad människa. Men med tiden så accepterade jag ändå min sjukdom och sedan gick det nog lättare allteftersom och sedan till slut blev det också ganska skönt att få förklara för folk vad man gick igenom och varför man kanske inte var på topp, varför man inte orkade vara med och så här. Det tog bort den pressen. Och sedan var ju en del också nyfikna och ville veta mera och då kändes det också som att de verkligen brydde sig. Så det har nog varit både och kan man säga.

Intervjuaren: Hur har din familj, dina vänner och studie/klasskamrater förhållit sig till dig efter att du fick din diagnos?

Rebecka: Jag tycker inte att det har varit så stor skillnad. De har ju visat sitt stöd och tagit hänsyn till när jag inte orkar. Det känns inte som att de har förändrats så mycket. Alltså folk har ju funnits där lite olika mycket och så där. Vissa har funnits där oftare medan andra har haft svårare att veta hur de ska förhålla sig till mig som sjuk och istället tagit lite avstånd vilket kunde kännas väldigt jobbigt och sårande just när jag verkligen var i behov av allt stöd jag kunde få. Men det känns ändå som att jag har fått reda på vem jag kan vända mig till när jag behöver hjälp och så. Så det känns ändå som någonting bra i slutändan.

Intervjuaren: Hur förändras vardagen när man får anorexi?

Rebecka: Ja, den blir väldigt begränsad kan man säga och inrutad och allting kretsar ju kring maten. Ja, dagarna kretsar verkligen kring

måltiderna och så här om: "När ska jag äta?", "Hur mycket ska jag äta?" Och typ: "Hur ska jag göra för att äta så lite som möjligt?". Och jag vet inte riktigt hur jag ska förklara. Mycket ångest. Och det är ju inte bara min vardag utan alla i min familj har ju blivit påverkade av det. De måste hjälpa mig för jag blev så störd när jag skulle äta. Det blev väldigt inrutat.

Intervjuaren: Har du någonsin upplevt att du blivit annorlunda behandlad än andra på grund av att du har en anorexidiagnos?

Rebecka: Inte egentligen, tycker jag det. Jag vet inte, på vilket sätt menar du?

Intervjuaren: Jag tänker på ganska konkreta och enkla saker som att folk kanske tar avstånd, inte vet vad de ska prata om, undviker att prata om vissa saker kanske, typ sådana här grejer.

Rebecka: Jo, det finns just sådant här att folk inte vet hur de ska förhålla sig till det, men jag tycker ändå inte att jag har blivit behandlad annorlunda än andra. I så fall har de behandlat mig positivt. Att de har försökt att hjälpa och underlätta för mig. De har till exempel haft mer förståelse för om jag inte orkat hänga med på en massa saker hela tiden.

Intervjuaren: Kan du berätta mera om på vilket sätt de har försökt att hjälpa dig? Kan det handla om att kompisar gärna lyssnar och finns där för dig på det sättet eller finns det andra saker?

Rebecka: Jo, det också. Men jag tänker mer på helt konkreta saker som att ifall vi ska på någon middag så kan de fråga vad det är lättast att äta och sådana här grejer som underlättar situationer som kanske är jobbiga. Som när vi skulle ut på restaurang, min moster fyllde år och en kompis till oss äger den restaurangen så då visade han menyn till mig och undrade om den är okej, om den fungerar. Och ofta hjälper det om man får tid på sig att förbereda sig mentalt, om det är någonting som kommer att vara jobbigt att äta. Det är mycket sådant också.

Intervjuaren: Vi har redan lite gått in i det här med hur din familj och vänner har förhållit sig till dig efter att du fick din diagnos. Kan du berätta mera om på vilket sätt din anorexidiagnos har påverkat din relation till din familj och dina vänner?

Rebecka: Ja, jag tycker nog att jag har kommit väldigt mycket närmare min familj framförallt. Det känns som om vi har fått mycket mer förståelse för varandra och vi kan prata om känslor lite lättare. Vi har ju gått i familjeterapi också och det har hjälpt väldigt mycket. Jag tror det skulle ha varit väldigt svårt för mina föräldrar annars att sätta sig in i min sjukdom. För det är inte heller så lätt att förklara objektivt när man själv är drabbad, så det tycker jag absolut har hjälpt. Och att också få deras syn på hur de ser saker och upplever saker med mig. Och det känns som om vi är mera måna om varandra och att vi uppmärksammar varandra om någon är nere och om att vi mår bra och sådana grejer. Och lite samma med mina kompisar. Det känns som att vi kan prata lättare om betydelsefulla saker nu. Att inte bara hålla på och skoja och flamsa alltid, hela tiden, utan att vi verkligen bryr oss om hur vi mår också. Så, det tycker jag att ha varit positivt.

Intervjuaren: Så dina relationer har blivit djupare på det sättet att ni kan prata om känslor och att ni vågar visa att ni bryr er om varandra?

Rebecka: Jo, och inte bara det utan jag har fått reda på var jag har mina kompisar, vilka jag kan prata med och vilka som jag kanske bara hänger med och har roligt. Jag vet lite mera vad för sorts relation jag har. Jag ser heller ingen nackdel med att ha vänner som man bara hänger och skojar med. Man behöver inte kunna prata om djupare saker med precis alla.

Intervjuaren: Du sa att ni har fått mera förståelse för varandra i er familj. Kan du berätta mera om på vilket sätt du kan märka det?

Rebecka: Ja, alltså, just när jag var sjuk, så var ju hela sjukdomen väldigt konstig för mina föräldrar. De förstod sig inte på det helt enkelt. Och det blev väldigt mycket bättre, först genom att prata med läkare och få reda på vad det är men också genom familjeterapin för det är ju en psykisk sjukdom och jag tror inte att det är så många som vet hur psykiskt den fungerar. Och det tror jag att de fick hjälp med att förstå sig på. Just det här med att det är en ångesthantering och att jag inte gör det för att vara snygg och smal och sådana här grejer utan det är ju för att hantera ångest. Och ja, för jag tror min pappa kunde vara väldigt så här att han inte förstod vad jag höll på med och varför jag inte äter. Men de fick ju en förståelse för det.

Intervjuaren: Det låter som en väldigt viktig sak att en familj får en förståelse för att anorexi inte i första hand handlar om en utseendefixering utan att det handlar om ångesthantering.

Rebecka: Jo, precis, för den beror ju inte på utseendefixeringen.

Intervjuaren: Finns det positiva sidor med att ha fått en diagnos?

Rebecka: Ja, det är väl bra för då kan ju folk läsa på och sätta sig in i det för det är många som inte vet vad det innebär. Man kanske har hört vad det handlar om och så där men man vet inte i grunden vad det egentligen beror på tror jag. Så det är ju bra att det finns en sådan möjlighet att läsa på om det. Det är väl kanske framförallt det. Man vill ju ofta liksom ha någonting att ta på. Det är svårt och man vet inte hur man ska förhålla sig heller när man inte riktigt förstår vad det är. Och det är ingen lätt sjukdom att förklara för någon som aldrig haft med den att göra. Folk vill gärna ha någonting konkret att kunna ta och känna på och när det finns en färdig diagnos blir det hela enklare. Så det tycker jag har varit bra i alla fall, att det finns en diagnos för det.

Intervjuaren: Och finns det negativa sidor med att ha fått en diagnos?

Rebecka: Ja, det finns ju alltid de som tror att det vet hur det är och som kanske inte är insatta men som har en bild av hur det är och hur det ska vara och kanske inte förstår att det ju är väldigt olika för alla människor som får anorexi. Man får liksom en etikett som säger precis hur man ska vara och bete sig när man har anorexi och beter man sig inte som man förväntas så kanske man får frågor om det, vilket kan göra mer skada än man tror. Så, det kan vara lite jobbigt och man kanske kan behöva förklara sig och säga att men så här är det för mig. Liksom att man känner sig lätt kritiserad när det är så.

Intervjuaren: På vilket sätt kan du känna dig kritiserad ibland? Vad kan folk säga?

Rebecka: Ja, det kan ju vara att man tänker att anorektiker, de äter ju ingenting och att de typ tränar jättemycket och då kan de säga: "Men du äter ju nu!", typ och de blir så här: "Va! Har du anorexi?". Lite så. Och då blir man ju lätt lite osäker på sig själv och börjar fråga sig själv typ: "Är jag verkligen sjuk?" och så. Man är ju väldigt känslig under den där

perioden när man lider av anorexi och man vänder lätt all kritik mot sig själv och det egna jaget, vilket inte direkt gör det hela bättre.

Intervjuare: Har du fått den hjälp som du skulle ha behövt av sjukvården?

Rebecka: Jo, det tycker jag. Jag har varit jättenöjd med den vård som jag har fått här på ätstörningsenheten. Det känns verkligen som att de har kunskap om och vet vad det går ut på och de har ett team som jobbar med dem från olika håll. De har läkare, dietist, sjukgymnast, familjeterapi, man kan gå på yoga och lite sådant här. Och så har de musikterapi och sådant också. De har verkligen en grund att jobba med, så det känns bra. Det enda som har varit lite som en nackdel är att den här läkaren som jobbar där han har väldigt fullt upp. Han jobbar inte heltid där och det finns bara en läkare där så det kan vara lite svårt att få tid till honom ibland. Fast man känner att man skulle behöva. Men det är ju liksom inte deras fel, det är att man skulle behöva sätta mera resurser på det helt enkelt. Men annars är jag väldigt nöjd med den.

Intervjuaren: Finns det någonting som du kan plocka ut ur den vården som du skulle säga att har varit speciellt bra eller är det just att den fungerar från så många olika håll: att de har yoga, dietister osv.

Rebecka: För det första tycker jag att jag har blivit väldigt bra bemött. Jag blev sedd som människa och de tog mig på allvar redan från början, även innan jag var som sjukast. Och de lärde mig att det var en allvarlig sjukdom så de fick ju mig att ta det på allvar också. Jag har även haft mycket att säga till om gällande behandlingen, fått förklara och visa hur jag är som person och tillsammans har vi kommit fram till en behandlingsplan som passat mig väldigt bra. Så, det tycker jag väl att ha varit det viktigaste. De har stått på min sida och verkligen försökt hjälpa mig så gott de kan.

Intervjuaren: Har du upplevt att de har trott på att du kan tillfriskna?

Rebecka: Jo, verkligen. De har trott på mig.

Intervjuaren: Hur såg vårdmodellen ut på din behandlingsenhet? Fick du också psykologisk hjälp eller cirkulerade vården kring att få upp din vikt?



Rebecka: Jag har fått mycket matstöd därifrån men också det här psykologiska. Det har nog varit viktigt det. Att få veta hur mycket man ska äta, alltså vad som är normalt och sådant här. Det har nog varit viktigt.

Intervjuaren: Är det viktigt att ha med båda två, det psykologiska men också matstödet?

Rebecka: Jo, absolut. Alltså, jag tror det viktigaste är det här psykologiska även om matstödet också är väldigt viktigt. Man glömmer nog ofta bort hur viktigt det här psykologiska är. Man tänker ofta att det bara skulle handla om att lära sig äta.

Intervjuaren: Finns det någonting som du upplevt att har varit negativt med sjukvården?

Rebecka: Nej, det skulle just vara att det inte finns tillräckligt mycket med resurser i så fall. Annars har jag varit jättenöjd med den. Jag tycker de har ett gott exempel på bra vård.

Intervjuaren: Om du tänker på hela Finland, hur skulle du önska att vården för ätstörningar skulle se ut?

Rebecka: De skulle faktiskt kunna titta på hur den ser ut på den enhet som jag fått vård på. Jag tycker den är jättebra. Jag har ingen aning om hur den ser ut annars i resten av Finland men för mig har den funkat väldigt bra. Det är väldigt varierat och mycket olika slags hjälp man får och de har alltså varit på ens egen sida, de har funnits där för en och trott på en. Det tror jag är det viktigaste.

Intervjuaren: Har du fått hjälp av mediciner?

Rebecka: Jo, det har jag absolut fått. Jag har ätit antidepressiva med serotonin, tror jag det heter. Jo, det hjälpte jättemycket för sedan när jag började jobba för att faktiskt bli frisk och börja äta och så där, då kom allt tillbaka. Det är som om allt som man har trängt undan bara så här... då mådde jag verkligen dåligt. Hela sommaren rasade jag i vikt och jag mådde dåligt, då liksom hanterade jag ändå min ångest, jag slapp min ångest. Sedan kom den när jag måste börja äta och inte träna, då kom allt det här, all ångest liksom över mig och då, just då var nog medicinen

väldigt viktig. För jag fick väldigt djupa dippar och mådde väldigt dåligt emellanåt. Och medicinen gjorde så att jag slapp det där värsta. Ja, det hjälpte nog ganska mycket. De var inte som någon sorts lyckopiller som gjorde mig glad väldigt snabbt utan de jämnade ut mitt mående lite. Jag slapp de värsta dipparna och kunde sakta börja jobba mig uppåt.

Intervjuaren: Menar du att medicinen tog bort den värsta ångesten då, så att ångestfallen inte blev så kraftiga?

Rebecka: Ja, ångesten men också så här att jag fick en väldig känsla av hopplöshet och meningslöshet med livet och det slapp jag också. Alltså det här värsta, med tiden så gick det snabbare över. Det tror jag var med hjälp av medicinen.

Intervjuaren: Har du deltagit i några terapiformer?

Rebecka: Jo, kognitiv beteendeterapi, familjeterapi sedan någon sorts yoga. Så har jag provat på pilates och så gick jag till en sjukgymnast som skulle lära mig kroppskänedom och vi gjorde någonting som hette grounding. Fast det kände jag inte att hjälpte mig så mycket. Men själva grejen att jag blev erbjuden att gå till henne kändes viktigt, ännu ett tecken på att jag blev tagen på allvar och att de försökte hjälpa mig så mycket de kunde på ätstörningsenheten.

Intervjuaren: Har de här terapiformerna och metoderna hjälpt dig?

Rebecka: Ja, KBT terpin har nog varit bland det viktigaste tror jag. För det känns som om man har ändrat om hela sin uppfattning och sin syn på sig själv också. Jag har fått tänka över vad det är som jag värderar i livet och vad jag trivs med. Jag har fått olika hjälpmedel och strategier om hur jag ska tänka och göra för att må bra igen. Lite så.

Intervjuaren: Handlar det om att man får en bättre självkänedom, att man lär känna sig själv på nytt?

Rebecka: Jo, man går igenom sina beteenden och lär sig om varför man betar sig som man gör och sådant. Och så har jag också fått en förståelse för anorexin, varför jag tog till mig just den, varför just jag drabbades av den. Också sådana saker. Jo, det har nog varit väldigt intressant också och viktigt.

Intervjuaren: Du sa i början av intervjun att du alltid har varit lite osäker och haft lite dåligt självförtroende. Har ditt självförtroende blivit bättre av terapin? T.ex. att du vågar tro på att du också klarar det som du verkligen vill göra i livet?

Rebecka: Jo, nu i efterhand så ser jag ju att jag har klarat av en massa saker. På det sättet känner jag mig nog starkare. Men just det här med att jag har lärt känna mig själv och hur jag fungerar, det tror jag att har varit viktigt.

Intervjuaren: Känns det som att du mera vet vad du vill med framtiden också?

Rebecka: Jo, just det här med att ta reda på vad som är viktigt för en, då är det också lättare att hitta det som man vill göra tror jag.

Intervjuaren: Så det kan kanske bli lättare att göra val i livet då också?

Rebecka: Jo, det tror jag.

Intervjuaren: Fick du hjälp av yoga och pilates också?

Rebecka: Yoga var en väldigt positiv upplevelse och har fått mig att måna om mitt sinne och min kropp på ett nytt sätt. Jag har insett att kropp och sinne hör ihop och att det är viktigt att sköta om båda två. Och att det är viktigt att andas på rätt sätt och framförallt att ta sig tid att andas, det gör mycket för ens välmående. Jag går ännu på yoga då och då. Och jag fick prova på pilates några gånger och det kändes bra och äntligen roligt att få använda kroppen och sakta men säkert försöka bygga upp den igen.

Intervjuaren: Om du ännu funderar på den tiden när du fick din anorexidiagnos, så kommer du ännu på någonting som du tänkte om den då?

Rebecka: Alltså, det var just det här med att jag kände mig, när jag fick den alltså, jag kände mig inte sjuk på det sättet. Det var nog mest att det kändes konstigt eller jag förstod att jag var sjuk men jag kände att jag hade misslyckats, jag var inte tillräckligt sjuk. Det var väldigt så här konstigt. Mycket så.

Intervjuaren: Och nu när du har genomgått allt det här vad tänker du nu om anorexidiagnosen?

Rebecka: Jag tycker att den var helt rätt. Jag var verkligen sjuk. Men det har nog tagit ganska lång tid innan jag har kunnat acceptera det. Längre har jag varit så här att nej, men jag har varit sjuk men typ jag har haft en speciell sjukdom som inte riktigt är så allvarlig eller så här. Det är nog nu i efterhand som jag har förstått att den ju faktiskt är livsfarlig.

Intervjuaren: Om du ännu funderar på vad anorexidiagnosen har betytt för dig eller mer konkret vad diagnosen har gjort för dig, så vad skulle du säga om det? Det kan handla om enkla och konkreta saker som det här med att man t.ex. får hjälp osv.

Rebecka: Ja, det är just det här med att jag har fått hjälp och det har kanske också hjälpt andra att förstå sjukdomen. Det handlar lite om det här som vi sa att var positivt med anorexidiagnosen. Att man kan sätta sig in i den och så där. I efterhand, även om det var en väldigt jobbig tid, så har den ju fört något gott med sig. Jag känner mig själv bättre nu och känner mig starkare. Tror mer på mig själv. Det skulle jag säga nu så här i efterhand.

Intervjuaren: Och du har börjat förstå dig själv bättre genom din diagnos? Vill du säga någonting mer om det?

Rebecka: Jo, det tycker jag. Och andra människor också tycker jag att jag har börjat förstå bättre. Eller man får liksom en insikt i det här psykiska, hur människan fungerar och hur viktig den här psykiska delen är.

Intervjuaren: Det är ju intressant att du har fått en bättre förståelse för andra människor också. Är det just genom att du har lärt dig mer om hur du själv fungerar psykologiskt, t.ex. varför just du fick anorexi?

Rebecka: Jo, jag har lärt mig att jag inte behöver ta det personligt hur andra människor beter sig mot mig så att jag vet att man beter sig på olika sätt beroende på hur man själv mår.

Intervjuaren: Har din förståelse för livet förändrats genom det som du har genomlevt?

Rebecka: Ja, det tycker jag nog. Eller förståelse för livet? Jag har väl lärt mig att hantera livet på ett bättre sätt, det har jag nog. Jag ser nog mycket positivare på livet nu än vad jag gjorde innan och det känns som om jag har det i mina egna händer, att jag kan bestämma vad jag vill göra liksom. Lite så.

Intervjuaren: Om du tänker på utseende fixeringen i samhället, så talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen var någonting som påverkade att du fick en ätstörning?

Rebecka: Alltså, inte att jag fick en ätstörning för den beror på helt andra saker. Jag tror att min anorexi berodde på min osäkerhet och dåliga självkänsla i samband med att jag sökte efter min identitet. Men när jag väl var inne i min sjukdom så hjälpte det ju till att förvränga min bild av mig själv. När man är sjuk och när man ser bilder på väldigt smala kvinnor så tänker man att: "Men jag är ju inte sjuk och att så där ska man ju tydligen se ut!". Jag tyckte inte att jag var speciellt sjuk eftersom jag knappt var smalare än idealbilden av en kvinna. Så jag tror nog att den kan dra ner ändå men jag tror inte att det beror på det.

Intervjuaren: Men du ser det alltså som att grundorsaken bottnar i någonting annat?

Rebecka: Jo, det bottnar i någonting psykiskt.

## **5. Roger, Rebeckas pappa**

Intervjun gjordes i juni 2014

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att din dotter fick en anorexidiagnos?

Roger: Jo, alltså det var ju så att det här initiativet till att ta kontakt med sjukvården kom från henne själv. Hon sökte sig till den här ätstörningsenheten som finns här i området. Jag skulle säga så här att Rebecka alltid har varit en sådan här duktig och högpresterande flicka och hon är väldigt fokuserad på kost och motion och så här. Och hon har elitidrottat, så hon har alltid varit väldigt intresserad av det där. Och skolan har också tagit mycket plats, så hon har alltid varit en sådan här

duktig flicka om man säger så. Och på något sätt så märkte vi nog då, det här var kanske 2012, som hon då själv tyckte att hon började må dåligt av det här, att det hade gått för långt och hon kontaktade enheten som behandlar ätstörningar. Och då var hon dit själv i februari och träffade dem och diskuterade med dem. Och sedan ville de att vi skulle ha familjeterapi, att vi också skulle komma dit i april första gången. Och då tyckte jag att det egentligen var lite överdrivet det här med att ta kontakt med sjukvården. Är det nu inte bara att börja äta ordentligt och trappa ner med träningen och så här så att hon skulle börja må bättre. Men sedan när vi fick kontakt med ätstörningsenheten här så började de med att berätta om vad anorexi är. Så då började man förstå lite om det här med ångest och om ångesthantering med mat och sådant här och då började jag förstå mer av vad anorexi är och vilka sorts problem hon egentligen hade. Men sedan så har hon nog försökt dölja det ganska mycket för oss. Så hon mådde egentligen sämre än vad hon visade till oss. Och det tog väl kanske några träffar med de här människorna på ätstörningsenheten innan man litetbörjade förstå mera av vad det här med anorexi var och för att man skulle kunna börja prata om det som Rebecka har. De sa ju inte direkt att hon har anorexi, utan de lärde ju känna henne lite och pratade med henne och så här. Sedan efter en tid så fick hon anorexidiagnosen. Så beroende på vad du menar med att det berodde på så kände hon press på sig själv. Hon började ju med ångesthantering med mat. Och sedan fick hon diagnosen av en läkare där på ätstörningsenheten efter att de hade sett vad hon hade för problematik.

Intervjuaren: Jo, jag tycker nog att du svarade på min fråga. Du sade att det var hon som tog kontakt med sjukvården. Kunde ni föräldrar se några tecken på att allt inte var som det skulle när hon började må dåligt?

Roger: Jo, det var på hennes initiativ då och hon pratade säkert med min fru, sin mamma för att de har en tätare relation än vad jag och Rebecka har. Och om man ser på vilka tecken det var så för mig så var det nog egentligen att det hade börjat påverka lite det här väl måendet, hur glad hon var. Hon blev ju lite deprimerad och det påverkade psyket. Och sedan såg man att hon blev väldigt smal, en idrottare på elitnivå är ofta ganska muskulös och stark men hon började bli lite benig, hon började bli smal. Och sedan började jag reagera på det här med träningen och det här med ätandet, det blev ju extremt. Hon tränade jättemycket alla dagar, ibland morgon och kväll. Hela hennes liv började mer eller mindre tas

upp av träning och av ätande och kost. Hon höll på med alla möjliga saker. Så, jag märkte det nog på det viset.

Intervjuaren: Funderade du på det?

Roger: Jo, men jag tänkte nog inte på att det var anorexi utan jag tänkte bara att det ju har blivit extremt och att det har gått till överdrift. Och jag förstod inte då att det hade en koppling till ångest utan jag tänkte bara att det här bara var någonting som hon gjorde. Jag förstod inte varför. Men nu efteråt vet jag att det var kopplat till ångest.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur det gick till när hon fick sin diagnos?

Roger: Jo. Det var ju egentligen att hon tog kontakt med ätstörningsenheten och där finns det en läkare som jobbar med de här frågorna. Och de här första gångerna som vi var där och träffade dem så träffade vi läkaren, sedan två psykologer. Och egentligen så uppfattade nog jag att de var väldigt noggranna med vem som får diagnosen, de är inte snabba att ge diagnosen utan de ska ju känna den här personen ett antal veckor eller ett antal månader innan de sätter diagnosen. Och det var också lite så att en del flickor, jag har pratat med andra som kommit dit och Rebecka själv också var lite besviken över att hon inte fick diagnosen. Det var inte självklart, hon var inte så dålig att det räckte till anorexi. Men efter en tid då så fick hon diagnosen och jag tyckte egentligen då att det var bra för då blev det också mera på riktigt för mig. För jag var lite skeptisk till den här sortens sjukdomar om man säger så och då blev det ju mera så här på riktigt och då finns det ju också behandlingar. När man kan rama in sjukdomen så finns det också behandlingar som passar för det här. Så det fanns ett sätt att få det att gå åt rätt håll.

Intervjuaren: Fick ni föräldrar vara med när hon sedan fick sin diagnos?

Roger: De var nog måna om att vi först skulle lära oss lite om vad anorexi är och lite om hur de definierar anorexi. Och jag uppfattade att de kanske nog berättade det till Rebecka först men sedan fick vi prata om det på ett familjeterapi samtal om vad anorexi är och vad en diagnos är. Och om vilka krav de ställer på för att ge diagnosen och vilka behandlingar det finns. Så vi var nog involverade i den här processen när hon fick den. Och sedan så tror jag att det är väldigt bra för tillfrisknandet att familjen är

med och att alla parter lär sig vad det innebär. Man blir nog ganska mycket involverad i det där.

Intervjuaren: Kan du berätta om de tankar och känslor du fick när du första gången fick höra vad hon hade fått för diagnos?

Roger: Jo, för mig var det ändå så här att när vi kom till ätstörningsenheten första gångerna så var det mest prat om vad anorexi är och det var mera tankar runt det. Att man förstod den här problematiken för det här med att få diagnosen var, hur ska vi säga, det var inget speciellt med det, utan det var som en process fram till diagnosen. Däremot var det ju lite som ett kvitto på att nu är det på riktigt, hon är en sådan person som har anorexi. Men jag skulle säga att de här känslorna och tankarna så det var egentligen det här att det är lite sorgligt när ens barn mår så dåligt. Så det var nog egentligen när man lärde sig vad anorexi är och vad det beror på och så här. Det är väldigt tråkigt om man säger så. Man mår dåligt helt enkelt. Dålig självkänsla och man känner stor press på sig, en massa negativa saker och så här. Det är väl kanske det som slog en när man förstod var det var egentligen.

Intervjuaren: Du sa här i början att du hade varit skeptisk till den här sortens sjukdomar?

Roger: Jo, jag är så här generellt rätt så skeptisk till sådana här känsl sjukdomar som adhd, depression, utbrändhet och anorexi. Man kan ju ibland tycka att folk bara sjukskriver sig för att slippa jobba. Jag är en sådan person som är ganska skeptisk och ställer stora krav och så. Och så var jag nog säkert mot Rebecka också i början. Jag sa inte så mycket om hur jag tyckte och tänkte utan jag lät henne ta kontakt med ätstörningsenheten och vi gick på de här mötena och vi var med på det fast man var skeptisk i början. Men nu efteråt så tycker jag att åtminstone den anorexin som Rebecka hade så det är på något vis en riktig sjukdom som gör att man inte kan jobba och som är besvärlig på hemskt många sätt. Och sedan är den nog sådan att om man tänker att du börjar då lite med ångesthantering genom att äta för lite så förstärker ju det ångesten så då har man ju en negativ spiral och till slut kan du ju bli så försvagad att du i princip dör av det. Kroppen blir fysiskt så dålig av svältandet och hjärnan blir också dålig.



Intervjuaren: Kan du berätta om det här vårdförloppet mellan att hon fick sin diagnos och fram tills idag?

Roger: Jo, jag skulle säga att den har varit väldigt professionell och väldigt bra. Man märker att de som jobbar på ätstörningsenheten kan mycket om den här sjukdomen och de har ett bra sätt att jobba med både patienten och familjen med de här frågorna. Och de sa precis med en gång att det tar jättelänge att bli frisk, att man får räkna med att det tar flera år att bli frisk. Och om man tänker så här för Rebeckas del, så skulle jag säga att hennes väg mot den här sjukdomen började ungefär 2009 och då var det väldigt mycket kopplat till det att hon precis höll på och kvalificerade sig till representationslaget som var bäst i landet under den här tiden. Så det är väldigt höga krav på de idrottarna. Och då ställde hon väldigt stora krav på sig själv rent fysiskt för att platsa där. Plus att hon då redan 2009, det var då hon slutade nian, då ville hon väldigt gärna börja på en viss linje på gymnasiet här som har väldigt höga betygskrav. Så hon jobbade väldigt mycket med skolan också under det här nionde året och hon hade väldigt stor press på sig då. Och jag tror det var lite då det började det här och sedan blev det säkert så, för gymnasiet här är en betydligt svårare skola än högstadiet så pressen fortsatte. Och sedan blev det svårare och svårare. Mycket nya kompisar och ny skola och så här. Och ungefär 2012 så började hon själv tycka att hon mårde så dåligt att hon kontaktade ätstörningsenheten och så fick hon diagnosen. Det kan ha varit i april-maj, någonting sådant. Och då trodde jag att det skulle börja vända, att hon skulle bli friskare. Men jag skulle säga att egentligen så fortsatte den här försämringen i sjukdomen hela 2012 och det var kanske som värst då i slutet på 2012, då var hon väldigt dålig. Och då fick hon medicin, lyckopiller, så att hon skulle börja må lite bättre. Och första tiden så handlade det ju egentligen om att få nya rutiner för ätandet, att hon skulle ta sig upp till en normal portionsmängd med kalorier. Och för oss som familj så var det ungefär som att få ett lite spädbarn till familjen. Hela livet började kretsa kring Rebeckas ätande och vad hon gjorde och man skulle äta med henne och väga maten, hela familjens tillvaro kretsade runt det där ätandet. Och ändå blev det bara sämre och sämre så det var en ganska jobbig process det där. Men sedan när hon fick de här pillren så började hon må lite bättre och då gick det också lättare att äta. I början av 2013 så blev det något slags vändning. Det blev bättre och bättre. Men jag skulle säga att hon inte är frisk ännu. Hon är kanske till 70-80 % frisk eller någonting sådant.

Intervjuaren: Fungerade vården bra?

Roger: Vården har fungerat väldigt bra här. På ätstörningsenheten jobbar två psykologer som har jobbat många år med olika sorters psykologjobb. De är väldigt erfarna och kunniga och den här läkaren är en väldigt duktig läkare som har jobbat med många sorters problematiker. Och sedan är det en kanske 3-4 tjejer som jobbar mera praktiskt med den här ätträningen och har de här vanliga samtalen. De här flickorna som går på behandling går ofta dit periodvis varje dag på ätträning. Och sedan har de ju samtal och de ska vägas varje vecka så det är ett batteri av saker som är mer praktiska som de sköter om. Och de är också väldigt seriösa och kunniga. Och ibland så är de också med på de här familjesamtalen som man har så att de lär sig hur familjen upplever saker och ting och vad man pratar om. De hålls väldigt informerade om varje patient, var den står och vad som är nästa steg och vad som har gjorts innan. Och jag skulle säga att de nog har en otroligt bra verksamhet på ätstörningsenheten. Och jag är ofta ganska kritisk till vården i övrigt så om jag säger att det är bra så då är det faktiskt riktigt bra.

Intervjuaren: Vi ska prata mer om vården lite senare, därför tror jag vi ännu funderar lite på själva diagnosen. Om du tänker på den erfarenhet du som förälder har om anorexi så vad är anorexi för dig?

Roger: Jag skulle säga att det är en psykisk sjukdom som handlar om ett slags ångesthantering med ätandet. Det är en psykisk sjukdom där man väljer att hantera ångesten med sitt ätande och så blir det en negativ spiral av det för man får mera ångest och man blir mer deprimerad. Det är ångesthantering som är det som har sparat ur. Min pappa var alkoholist och på något vis så är det lite samma sak det här med missbruk och anorexi i och med att det också är mycket kopplat till ångest, tror jag.

Intervjuaren: Så, alkoholisten och anorektikern, de har det gemensamt att de försöker kontrollera sin ångest helt enkelt?

Roger: Jo, jag skulle säga det. Det handlar om att hantera eller kontrollera sin ångest genom någonting mera fysiskt som mat eller sprit eller någonting. Och det är ju så att en människa som får ett dåligt mående så försöker alltid först att alltid sköta det själv. Hur ska jag överleva och klara min vardag, hur ska jag leva mitt liv – jo, just på det här sättet. Och det hjälper ju i början men sedan får det ju mera negativa konsekvenser.

Och just drickandet får en massa negativa konsekvenser och att man missköter maten får också negativa konsekvenser som blir fysiska också, inte bara psykiska. Om man tänker att både alkoholister och anorektiker drabbas av det som de gör.

Intervjuaren: Kanske det är så att om man först går ner i vikt, så känns det som om man får mer energi, och det kanske känns positivt och lättare för stunden men sedan fastnar man i det, och man kan inte själv hjälpa sig upp?

Roger: Jag skulle säga så här att för Rebecka så har det nog varit så att när hon har känt en stor press på sig så har hon just hållit på med maten och svultit sig och gått ner i vikt, och då har hon känt belöning och så här, och fått lite positiva känslor fast det går negativt. Och på något vis, så vet jag att när vi pratade med dem på ätstörningsenheten här i början när Rebecka försökte vända på det, så var det ju så att hon blev ju låg och deprimerad och nedstämd. Och då sa de ungefär så här att vi ska tänka på det att om Rebecka känner sig lyckligare så kan det egentligen bero på att svälten har gått ännu längre. Att hon hade en lyckokänsla behöver inte betyda att det har vänt. Nej, utan det kan vara både och. Men sedan när det har gått lite längre och blivit lite mer normaliserat så då har det blivit mera som det borde vara, att om du har ätit tillräckligt och lite mer så mår du bättre än om du äter sämre. I början var det där som att de gick i kors de här känslorna som var kopplade till maten. Nu märker man också att när hon är friskare, om hon slarvar med maten så blir hon mera nedstämd och låg. Men nu gör hon så att om hon känner det själv så försöker hon äta lite mera för att bli lite mera, ja, gladare. Så, hon hanterar det ju nu också men på ett positivt sätt. Men den är en väldigt lurig sjukdom den här för om man tänker på just det här med missbruk t.ex. så är det precis på samma sätt. Att det är så här smygande och döljande och hemlighållande och så är det också med anorexi, det är manipulerande och allt det här. De finns alla de här aspekterna. Och det vet jag med Rebecka när hon skulle träna sig för att normalisera sitt ätande så lurade hon oss ganska ofta. Alltså, hon skulle ju äta 2000 kalorier om dagen och det finns ju så många sätt att luras, man kan köpa speciella bröd som har väldigt lite kalorier och man kan göra mindre portioner. Det finns så många sätt att luras så det där är lite speciellt.

Intervjuaren: Jo, det är väldigt intressant att anorexin har alla de här aspekterna gemensamt med missbruk och alkoholism. Hur ser du på

anorexidiagnosen idag? Upplever du att anorexin är en sjukdom eller ser du på anorexidiagnosen som att den beskriver att man kan ha problem med livet och att diagnosen inte handlar om en riktig sjukdom som kräver vård? Eller funderar du på det på något annat sätt?

Roger: Nu ser jag det som en riktig sjukdom, fast jag var lite skeptisk till den här sortens sjukdomsdiagnoser från början. Det är en riktig sjukdom som man kan dö i om man blir riktigt dålig och den får också fysiska konsekvenser om den går för långt för då börjar organen i kroppen svikta och man kan få svåra men av den fast den egentligen sitter uppe i huvudet.

Intervjuaren: Hur skulle du beskriva att din dotter mår idag?

Roger: Jag skulle säga att hon håller fortfarande på att bli friskare och friskare. Hon kanske är frisk till 70-80 % idag. Hon kanske bara var frisk till 10-20% när det var som värst så hon håller på och kämpar sig upp till något sorts mera normalt mående. Och kanske det var förra veckan eller den här veckan som hon slutade med de här medicinerna som hon har hållit på och trappat ner på i sommar. Så hon försöker nu klara det här måendet på eget sätt, att hon inte behöver hjälp av de här lyckopillren. Men man märker nog av att hennes tränande och hennes ätande fortfarande är lite onormalt, det tycker jag. Jag säger det inte så mycket till henne men jag observerar och tycker saker och ting. Men hon kämpar säkert så gott hon kan för att äta och träna så normalt som möjligt. Fast det kan bli lite extremt ibland fortfarande.

Intervjuaren: Hur var det att berätta för andra att din dotter hade fått en anorexidiagnos?

Roger: Jag var väldigt restriktiv med vilka jag berättade det till. Jag berättade det till min närmaste kollega och till min högsta chef. Inte till en mellanchefer utan till den högsta chefen där var jag jobbar. Och sedan också av praktiska skäl berättade jag det till de här kokerskorna, köksmänniskorna på hennes skola. Och måltiderna är ju alltid en utmaning och då behövde hon få mat från skolan och sedan gå och äta enskilt i ett skilt rum för hon ville inte äta tillsammans med andra. Och för att få det där att fungera, rent praktiskt så berättade hon och jag det för personalen då och de har lite sådana rutiner. För det är ju en handfull flickor som har den här problematiken i en sådan här skola med

hundratals elever ungefär. De är ganska vana med det. Jag kommer ihåg när jag började jobba på en skola för många år sedan, då var det faktiskt en flicka som hade anorexi och man pratade om det i skolan om vad det är liksom. Då kunde man ju ännu mindre om det. Och skolan, genom åren har de fått en viss vana att jobba med anorexistudenter så det var inget stort problem att berätta till skolan. Och sedan har vi berättat till släkt och vänner. Jag skulle säga att det nog har varit ganska naturligt och oproblematiskt att göra det fast jag har varit väldigt restriktiv med vilka jag har berättat det till. De som man har förtroende för och så här som man känner att man vill berätta det till.

Intervjuaren: Har du märkt några skillnader i hur man förhåller sig till anorexi under de år som du jobbat på en skola?

Roger: Det har ju blivit vanligare och vanligare. När jag började så blev den här flickan väldigt sjuk och hon var inte i skolan och ingen förstod riktigt varför. Vad är det för problematik och vad är det här med att hon svälter sig? Man förstod ingenting egentligen. Men idag är det så pass vanligt att det har normaliserats och sedan har också skolan blivit mer professionell på det viset att t.ex. köket är involverat idag så att man får äta enskilt. Man har lärt sig olika sätt att underlätta för dem som har den här problematiken. Och sedan skulle jag säga att det är mindre uppmärksamhet. Det är ungefär så här att i år får vi en elev som sitter i rullstol och så har vi en som har anorexi. Det är ganska naturligt att man pratar om det, det är en så vanlig sjukdom. Och sedan så har den här verksamheten på ätstörningsenheten vuxit till under vissa år och de har också lite involverat skolorna så skolorna har fått lite hjälp av ett professionellt organ om vad det är. Idag har skolorna sådana rutiner att de berättar för alla studerandena att den här ätstörningsenheten finns så att alla som börjar studera ska veta att den här sortens hjälp finns att få om man behöver. Och det är väldigt bra för de flesta människor vet inte om att ätstörningsenheten finns och vad det är. Så det har nog blivit mer professionellt och det sköts bra.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur dina vänner och dina arbetskamrater har förhållit sig till dig och din familj efter att du berättade att din dotter har fått anorexi?

Roger: På ett väldigt bra sätt. De har ju blivit mera måna om att fråga hur Rebecka mår och så här. Däremot så tror jag att för att verkligen veta vad

det är för en familj så måste man nästan ha genomlevt den här processen själv för som sagt så är det lika stor omställning som att få ett spädbarn i familjen. Hela livet börjar kretsa runt dottern igen, det är ju så här som att hon skulle vara 3 månader istället för 20 år. Det är en väldigt stor omställning för familjen. Och det förstår inte arbetskamrater och vänner. Fast vi har ju lite försökt t.ex. att involvera min mamma under den här processen. För hon skulle ju alltid ha sällskap när hon åt och man skulle lite övervaka att hon fick rätt portioner och att hon åt, så ibland åt hon tillsammans med min mamma. Så hon har kommit in lite mera och kanske förstått. Men man märker när man pratar med henne att hon ändå inte har förstått det här med att det är kopplat till ångest och kontroll. Det tar längre tid att förstå de sakerna. Men överlag har de nog – de hjälper till så gott de kan. T.ex. om man har en släktmiddag så får man ju prata om vad det är för meny. Är det någonting som Rebecka kan äta? Kan hon få någon specialrätt? Så på det viset blir ju alla mer eller mindre inblandade i det. Men på ett positivt sätt ändå i processen.

Intervjuaren: Vi har redan berört den här frågan men på vilket sätt skulle du beskriva att vardagen förändras när ens barn får anorexi?

Roger: Ja, det beror på vilken fas du menar för det är en fas det här med att du får det och det försämras och det vänder och det förbättras och så här. Men jag skulle säga att under den här mest intensiva fasen så är det precis som att få ett spädbarn. Direkt på morgonen när man stiger upp så är det här morgonmålet det som gäller, den här stora saken. Sedan far man på jobb och sedan måste någon hem för att kunna äta med henne på lunchen och sedan så ska det vara mellanmål och så ska det vara middag och kvällsmål och alla de här måltiderna blir ju uppblåsta. Det ska vägas och mätas och det ska sittas bredvid och det ska vara på ett speciellt sätt för att hon ska äta. Det ska vara rätt sorts mat. Det här med ätandet tar orimligt mycket tid och energi. Så det förändras praktiskt väldigt mycket och sedan förändras det på det här mera psykiska planet. Att man börjar fundera mera på det här med känslor och mående och man pratar mycket mera om de frågorna. Det är en stor förändring på många plan skulle jag säga.

Intervjuaren: När man får ett spädbarn kan det vara ganska svårt att t.ex. resa någonstans. Är det på samma sätt med anorexin? Blir man som förälder bunden till hemmet så att säga?

Roger: Jag skulle säga så här. Jag menar vi har ju haft ett sådant här väldigt fritt och bra liv i övrigt, man kan resa vart som helst och när som helst och fara med båten och allt sådant här men dom här måltiderna som ska vara på ett speciellt sätt sätter restriktioner på allting. Att ska vi fara ut med båten – har vi någon sådan mat som man kan äta på en holme som passar för Rebecka? Eller ska bara jag och frun fara nu så att vi hinner tillbaks till mellanmålet när det ska ätas? Så den här måltidssituationen tar över nästan allt i familjen under en period. Och till exempel så mådde hon ju väldigt dåligt då på sommaren 2012. Och jag och frun så brukar alltid fara ut till skärgården och vara där ett par veckor på sommaren och barnen är så stora nu att de kan vara ensamma hemma i stan. Och det där var nog väldigt en sådan här vända att: "Ska vi fara, ska vi faktiskt lämna henne med det här nu i en vecka eller två?". "Hur går det?", "Vad händer?" och så här. Det påverkar mycket. Och sedan brukar vi resa utomlands på sommaren när vi har semester och då blir det att: "Finns det någon sådan mat som Rebecka kan äta?", "Går det?". Så allt påverkas ju av hennes ätande egentligen. Och samtidigt är det så, de sa ju det från ätstörmingsenheten då i början, att den bästa medicinen för Rebecka när hon var i den här fasen så det var mat. Alltså det var att kämpa för att normalisera ätandet så följer hennes välmående med. Att hon börjar må bättre och så här. Så det här ätandet var väldigt viktigt under en period där. Och det var faktiskt så att vi hade en våg hemma där vi vägde varje gram mat. Och när Rebecka skulle ha ett mellanmål så skulle hon inte ha sju nötter utan sju och en halv nötter. Det blev så extremt, att nu blev det 10 kalorier för mycket i den här måltiden och det är en katastrof. Vi försökte ju alltid få portionerna så stora att hon skulle få tillräckligt, men hon ville ha så lite som möjligt. Så det var en sådan här konstig kamp.

Intervjuaren: Blev det till en maktkamp?

Roger: Jo, så är det. Och det påverkar nog familjen väldigt mycket. Och jag tyckte när vi kom till ätstörmingsenheten i början att vad är nu det här med samtals- och familjeterapi, vad är det för trams, varför ska jag sitta här och prata med folk? Men efter en tid så ju mera man lärde sig och kom in i processen så såg man värdet av det. Det är nog väldigt bra skulle jag säga.

Intervjuaren: Kan man som förälder t.ex. bli arg vid en sådan här maktkamp om maten?

Roger: Nej, inte arg, skulle jag säga men ganska ledsen. För man vill ju att ens barn ska må bra och ha det bra.

Intervjuaren: Gav familjeterapin hjälp för att hantera de här känslorna?

Roger: Inte så mycket. Jag tänkte alltid så här att jag går på familjeterapin för Rebeckas skull. Att jag klarar mitt mående själv så att säga. Hon klarar inte sitt mående själv så man får försöka göra det på hennes villkor. Som förälder har man ju också en massa känslor runt det här men jag har inte låtit dem ta så mycket plats utan tänkt mest på att det är Rebeckas känslor som står i centrum och att det är för hennes skull vi sitter här. Och det är det som hon vill prata om som vi tar upp. Sedan kan ju jag prata med frun. Jag har ju också mina sätt att hantera känslor om man säger så. Och i viss mån så har det också underlättat för mig och varit till nytta för mig, sådant som man har pratat om i samtalsterapin. Jag är inte en sådan person som har pratat så mycket om känslor förut. Jag har inte låtit känslorna ta så mycket plats utan de har varit någonting som man har haft lite på sidan, men nu blir de ju mera i centrum. Med anorexi så står det här med känslor, upplevelser och mående väldigt i centrum.

Intervjuaren: Har er familj upplevt stigmatisering?

Roger: Jag kan inte säga att vi har upplevt det eller stött på det men jag kan tänka mig att det ändå finns. Vissa tycker att vi har ställt för stora krav på Rebecka, att vi får skylla oss själva. Att det är vi som har gjort att hon har blivit sjuk. Jag tror att vissa tänker så. Och sedan så lägger också vissa skuld på Rebecka. Att: "Måste du alltid vara så duktig och vara bäst?" Och så här att: "Du får skylla dig själv att det har gått för långt!". Men annars skulle jag inte säga att jag har märkt att någon arbetskamrat, vänner eller omgivningen skulle ha pratat om det eller på något negativt sätt ha bemött det. Det som jag egentligen lite reagerar på själv är att den här ätstörningsverksamheten finns ju på den här psykiatriska avdelningen inom hälso- och sjukvården här och det är en liten sådan här stigmatiserings känsla när man går till psykiatrin, alltså: "Vad har han för fel i sitt huvud?". Det är det enda sättet som jag lite har känt stigmatisering. Att andra som går till sjukvården av andra anledningar ser mig och undrar: "Men varför går Roger dit?". Och: "Varför är Rebecka där?". Men jag har inte märkt det på något konkret sätt, det där är bara ens känslor eller vad man tror.



Intervjuaren: Har din dotters diagnos påverkat din relation till henne?

Roger: Jo, nog skulle jag säga det nog. Man har ju fått anledning att prata mycket mer om känslor och mående och sådant här. Man har kommit närmare varandra på något vis. För man har ägnat så många timmar åt det. I början var det ganska konkret med det här med måltiderna men med tiden blev det mera tid för att prata om känslor och mående. Överlag så har känslor fått en större plats och betydelse i familjen efter eller under den här processen.

Intervjuaren: Har stämningen i familjen förändrats?

Roger: Det skulle jag inte säga, alltså vi har nog alltid haft en bra stämning. Och nog har det ju hänt sig när Rebecka mådde som sämst och när matkontrollen var så där extrem att det fanns negativa sidor med det, att man just kunde lite surna till och så där men det hör till. Men jag skulle nog ändå säga nu efteråt att det har ett värde det här med att man tänker mera på känslor och mående och att man pratar om det på ett nytt sätt som vi inte har gjort förut. Det har blivit mera och djupare på något vis.

Intervjuaren: Har relationerna ändrats så att det också går lättare att prata om vad som helst?

Roger: Jo, det skulle jag nog säga. Och det har blivit lättare att mera reflektera och fundera över vår sons känslor och mående. Och på frun och på Rebecka. Det får en större plats det här med känslor och mående i familjen. Så är det nog.

Intervjuaren: Finns det positiva sidor med att din dotter har fått en anorexidiagnos?

Roger: Vi ska säga så här. Jag önskar inte anorexi till någon. Det är ett helvete att ha det alltså. Och man har det väldigt länge. Och de positiva sidorna med känslor som vi pratade om så de uppväger inte alls alla negativa saker. Det är en skit sjukdom att ha, när det är riktigt dåligt. Och om du tänker på det här med att få själva diagnosen så på något sätt så var det ändå ganska viktigt för jag var ju lite skeptisk till den här sortens sjukdom. Så själva diagnosen skulle jag nog säga har en mycket positiv betydelse och positiva effekter för oss runtomkring. Fast egentligen så

förändrar det ju ingenting, det är ju bara som att sätta en etikett på en person, vad spelar det för roll. Men det hade ändå en betydelse. Och just att man kan googla och läsa på om olika sorters anorexi, olika behandlingar. Man får möjlighet att ta till sig information på ett annat sätt när det finns en diagnos. Och så kan man säga att: "Jo, Rebecka har *det!*", och så vet folk. Och sedan när man ramar in sjukdomen så finns det också något sorts paket av behandlingar. Att man liksom vet vad det handlar om. Jag skulle säga att diagnosen nog har en väldigt positiv inverkan. Jag förstod det inte i början, men så här vartefter tiden går och på det sättet som ätstörningsenheten satte diagnosen, så var på ett väldigt positivt sätt.

Intervjuaren: Finns det negativa sidor med att din dotter har fått en anorexidiagnos?

Roger: Själva diagnosen ser jag inget negativt med. Den har nog varit positiv på många sätt. Den har varit bra.

Intervjuaren: Har din dotter fått den hjälp som hon skulle ha behövt av sjukvården?

Roger: Den har nog varit föredömlig. Den här ätstörningsvården här, den måste vara ett föredöme för alla som jobbar med den här verksamheten. De känns väldigt professionella och man får tid och den är avgiftsfri. De får komma dit och äta. Den är faktiskt riktigt bra.

Intervjuaren: Vad är det som gör att den är föredömlig? Handlar det om hur vårdmodellen är uppbyggd eller är det någonting annat?

Roger: Det finns ingen "kvickfix" mot anorexi utan det är väldigt tidskrävande och behandlingar i form av ätträningar och samtal är som hjälpmedel på den här resan mot att bli frisk. Och eftersom det är så få fall här så får de mycket tid per flicka som är i kontakt med ätstörningsenheten. Och alltid när vi har haft familjeterapi så frågar de när vi vill komma nästa gång. "Passar det att komma om tre veckor?". Och då har det alltid varit så här att vi har försökt ordna längre intervall där emellan, för det tar ju tid från jobb och sådant här också. Och då har de erbjudit kortare och kortare intervall. Om vi har sagt att vi tar det efter fem veckor så har de sagt tre och så har det blivit fyra veckor. Den har varit väldigt generös och tillgänglig den här behandlingen och vården som de erbjuder. Den har nog varit väldigt bra.

Intervjuaren: Finns det någonting som har varit negativt med sjukvården?

Roger: Nej, jag skulle inte säga det. Den är faktiskt väldigt bra. Jag har ingenting som jag har varit missnöjd med. Det var ju så på samtalsterapin att till exempel när Rebecka sommarjobbade så diskuterade vi om hon klarar av det, om hon borde sluta jobba där för att påskynda sitt tillfrisknande. Och då kunde vi som lutherska och plikttrogna föräldrar tycka att nej man ska inte sluta jobba man ska nog jobba. Och dom säger att: "Jaa, men det skulle nog vara bra för Rebecka att sluta jobba". Att de tror att hon skulle bli friskare om hon skulle slippa den pressen som jobbet innebär. Så på något vis har den här samtalsterapin gripit in i hur vi gör och hur hon gör. Det har påverkat väldigt mycket. Man har ibland varit skeptisk till det som man har pratat om och kommit fram till men efteråt så har det alltid visat sig att det var ett klokt val att Rebecka slutade med idrotten, det var bra att hon slutade med det och det och så här. De här vägvalen som man har fått hjälp med att diskutera för och nackdelar med så har i princip alltid det som de har förespråkade har visat sig vara bra. Och de har gjort den här processen många gånger förut och sett hur det brukar gå. Jag kan inte säga att något är negativt utan allt är positivt.

Intervjuaren: Hur har ni blivit bemötta inom sjukvården?

Roger: Jag skulle säga att det här bemötandet har varit väldigt professionellt och bra. Och alltid mycket på våra villkor. Att när passar det? Hur ska vi göra? Ska vi ta med sonen? De har varit väldigt öppna och låtit oss bestämma villkoren för behandlingarna och familjeterapin. Bemötandet har varit väldigt bra. Jag har inte stött på någon person som någon gång skulle ha varit negativ, de har varit väldigt duktiga faktiskt.

Intervjuaren: Fick er familj någon hjälp av sjukvården? T.ex. tillräcklig information om vad anorexi är, samtalsstöd eller hjälp med hur man hanterar anorexi i vardagen?

Roger: Om man tänker på att ätstörningsenheten är en del av sjukvården så har vi ju fått väldigt bra hjälp av sjukvården. Och sedan tror jag också att det egentligen är bra att den är lite så här på sidan om. Att den hör till psykiatrin är ju självklart för det är en psykisk sjukdom. Och den här behandlingen och personerna, det är lite på sitt eget sätt. Det är inte på

samma sätt som när du kommer i kontakt med vanlig sjukvård. Den är speciell den här psyksjukvården. Och väldigt professionell och bra.

Intervjuaren: På vilket sätt skulle du säga att den psykvård som ni har upplevt skiljer sig från vanlig, kroppslig sjukvård?

Roger: Om du tänker dig vanlig sjukvård så är det alltid så bråttom. Det är ja, nu ska vi ha den här klar och vi ska ha det här klart och det är bråttom med minuterna. Men inom psykiatrin så ges det mera rum och plats för dig, det är inte bråttom med någonting och tillgängligheten och servicen har varit väldigt hög. Den är fantastisk egentligen, den här vården som man får. Så är inte alltid den vanliga sjukvården. Och här är ju allting så smått, t.ex. den här läkaren så jag känner ju honom och vet var han bor. Man har en relation till de här människorna som är inblandade och när det är duktiga människor så förstärks det här förtroendet. Man känner att så här har de jobbat här och gjort det och det och vissa har gjort det. Den här gemenskapen och kännedomen är väldigt positiv egentligen. I mer sådana här känslomässiga sjukdomar där det här med känslor har stor betydelse och förtroende och sådant här.

Intervjuaren: Kan du beskriva vad familjeterapin gick ut på?

Roger: Ätstörningsenhetens erbjudande till oss var att mera systematiskt diskutera olika faser i sjukdomen, olika upplevelser och olika saker som kom på bordet i den här processen. Och ibland var vår son med men oftast var det Rebecka, jag och min fru som var med. Och ofta så var det två psykologer som var med. När läkaren var med blev problematiken lite mera läkarcentrerad och ibland var de här flickorna med som mera sköter matträningen, vägandet och sådana här praktiska saker. Och ofta när man kom till en sådan här familjeterapi så frågade de vad som har hänt sedan sist, för en månad sedan. "Vad har ni gjort?", "Vad har hänt?" och så här. Och i och med att det är en process det här med att bli frisk, där man mer och mer normaliserar olika saker som är kopplade till ätandet och tränandet osv, så det blir ofta att man sätter ett lite mål i ett samtal. Som att det nog är bäst att Rebecka slutar med idrotten t.ex. Och så börjar man att prata om det. Om att hur det skulle vara om hon skulle sluta och så tar man nästa fas och så här. Det är som ett samtal runt olika steg som man tar i det här tillfrisknandet. Och det kan vara sådant här att man ska öka på matportionen eller bredda vad man äter. Jag har alltid haft det här intrycket att det är Rebecka som står i centrum för terapin

och det är hon som har alla upplevelser med träning och med måltider och allt sådant här. Så hon får ju mest definiera vad det är relevant att prata om, vilket steg hon är mogen att ta nu och vad man måste ta sedan. Det är som ett samtal runt olika steg i tillfrisknandet som man analyserar. Och sedan tar man ut svängarna och pratar om vad man har gjort på semestern, hur det är på jobbet och alla möjliga saker som finns i periferin. Och vi har ju märkt av den behandlingen som är familjeterapi och den har vi haft så där ungefär en gång per månad. Men Rebecka har haft mycket tätare kontakt med ätstörningsenheten. Periodvis så har hon gått dit nästan varje dag och ät tränat, hon har ätit lunch tillsammans med andra flickor som har den här problematiken. Och gått dit och pratat om olika saker och vägt och mätt och tagit blodprov och alla möjliga saker. Hon har kanske gått dit 5 eller 10 gånger oftare än oss för att få hjälp med de steg som hon behöver ta.

Intervjuaren: Hur skulle du önska att vården för ätstörningar som anorexi skulle se ut i Finland?

Roger: Jag vet inte alls hur det fungerar på andra orter i Finland. Och på vår ort är den väldigt dyr. Den kostar mycket pengar per person. Men den är faktiskt också väldigt bra. Och jag skulle säga att jag som anhörig till en patient så jag kan inte se hur man skulle kunna göra det bättre. Jag tror att den här sjukvården på ätstörningsenheten håller världsklass, jag kan inte tänka mig hur man bättre skulle göra det här. Så jag befarar att det är mera snålt på större orter i Finland och att det inte finns på samma sätt och att tillgängligheten inte är densamma. Jag menar att för oss tar det bara fem minuter att fara med bilen så är du på ätstörningsenheten. Och den fungerar väldigt väl och så här. Bor du lite avsides så kanske du får sitta i bilen flera timmar för att få tag på vård och det är snålt och få tag på tider och kanske inte så hemskt kompetent personal. Jag har ingen aning men jag befarar att det kan vara så. För jag förstår ju också att det kostar massor med pengar när man har professionella psykologer och läkare som bara sitter och pratar med människor om saker och ting. Man kan tycka att det är slöseri men det är väldigt generöst. Och det fungerar väldigt bra.

Intervjuaren: Skulle du beskriva det som att vården har handlat om att hjälpa er?

Roger: Hjälpa Rebecka skulle jag säga. Jag har nog försökt ha huvudfokus på Rebecka och det märker man att de nog också har haft skulle jag säga. Det är Rebecka som är i huvudfokus för vi har inga problem, vi är inte sjuka, vi är friska. Vi behöver egentligen inte hjälp på det viset.

Intervjuaren: Om du ännu en gång tänker tillbaks på den tiden när din dotter fick sin diagnos så vad tänkte du om den då?

Roger: Just innan hon fick diagnosen så var jag ju lite skeptisk till den här sortens sjukdomar. Och sedan fick man ju lära sig lite om vad anorexi är och sedan när de sa att Rebecka har anorexi så var man nog beredd på att det skulle komma en diagnos. Man hade lärt sig vad anorexi är och man tyckte att det här passar på Rebecka och det är precis så här det brukar vara. Jag skulle säga att det kändes nästan som en väldigt naturlig process det här med att få diagnosen. Jag är egentligen positiv till den. Den har många positiva sidor.

Intervjuaren: Och idag när ni har genomgått allt det här vad tänker du nu om diagnosen?

Roger: Från det att hon fick diagnosen till idag så har jag ganska samma uppfattning om den. Den är viktig och den har en roll. Det var ju just innan som jag var skeptisk till den sortens sjukdomar. Och sedan om man tänker väldigt praktiskt på det så när man får en diagnos så finns det ett batteri av saker som kan hända. Du får tillgång till vissa behandlingar, du kan få tillgång till sjukpenning för du kan bli sjukskriven, du kan få skjuta upp din studiestart i skolan. Den öppnar upp dörrar på en massa områden som man inte tänker på, som inte har med sjukdomen att göra utan mera med livet att göra. T.ex. Rebecka fick en studieplats på ett universitet utomlands på hösten 2013 men hon var inte riktigt mogen att ta det steget att fara bort själv och börja sköta allt själv då. Men tack vare att hon hade anorexi, om man säger så, så kunde ju den här läkaren skriva ett läkarintyg på att hon är sjuk att hon inte kan börja studera. Hon måste få studierna uppskjutet och enda sättet att få skjuta upp studierna så det var läkarintyget. Så det har en massa positiva effekter också att kunna hantera livet i övrigt. På samma sätt, det var en sommar, det måste ha varit sommaren 2012 så sommarjobbade hon här i stan. Och hon klarade inte riktigt av det, det var för stor press på henne att göra det samtidigt som allt det här andra. Och då sjukskrev de henne. Hon hade inte arbetsförmågan att klara av arbete och då blev det så här: "Okej, jag

slutar jobba!“. Blir du sjuk så slutar du jobba. Men sedan får hon också sjukersättning från FPA så att allting blir bra ekonomiskt och så här. Diagnosen har nog många positiva sidoeffekter om man säger så som inte bara har med sjukdomen att göra utan med livet i övrigt. Och sedan när man tänker på det här med skolan, när Rebecka har diagnosen så då ställer köket upp med de här sakerna. Den öppnar dörrar till olika lösningar. Man ska inte vara slarvig och för slapphänt med att dela ut diagnoser till vem som helst för vad som helst men där som det faktiskt är till en riktig sjukdom och på riktigt så är den ett steg i den här processen med att bli frisk från den här sortens sjukdomar. För det är en lång väg att gå från det att du blir sjuk tills det att du blir frisk och på vägen där så är det många saker som ska göras.

Intervjuaren: De här frågorna som nu kommer går lite in i de andra frågorna men jag skulle ändå vilja ställa dem. Vad har anorexidiagnosen inneburit för er familj?

Roger: På ett sätt har den inte inneburit någonting. Den förändrar ju ingenting, hur man upplever saker och ting. Rebecka är lika sjuk med eller utan diagnos. Hon mår lika dåligt med eller utan diagnos, det förändrar ingenting. Men just det här att det är så många vardagliga praktiska saker som underlättas med en diagnos. Så den har varit väldigt betydelsefull på en massa praktiska sätt. Hon kunde sluta jobba och få sjukersättningar och få hjälp med det ena och det andra, skjuta upp studierna och sådana här praktiska saker. Den har nog varit väldigt viktig.

Intervjuaren: Har du börjat förstå din dotter bättre genom hennes diagnos?

Roger: Jo, det skulle jag säga. Alltså, just det här som jag sa förut att man reflekterar och tänker mycket mera på känslor och mående. Och det är ett värde att göra det.

Intervjuaren: Har din förståelse för livet förändrats genom det som er familj har upplevt?

Roger: Jag har inte omprövat min inställning till någonting i livet. Jag har en ganska konservativ och lite övertydlig bild av livet i stort. Men jag har nog börjat fästa mera uppmärksamhet vid känslor och mående i andra

sammanhang också. Jag har inte omprövat någonting men man har blivit mera medveten om känslornas betydelse och processer som försiggår i livet, på jobbet och i familjen, bland vänner och alla möjliga saker.

Intervjuaren: Har du blivit mera uppmärksam också på andra människors känslor?

Roger: Jo, det skulle jag säga. T.ex. så har jag två syskon och båda de syskonen har varit utbrända en period. Det har varit några månader som de inte har arbetat för att de har mått dåligt. Och jag är ganska skeptisk till den sortens sjukdomar för jag tycker att man ska gå på jobb och ta sig själv i kragen och så här. Men man har blivit lite mer ödmjuk och öppen till den sortens problematik. Jag tycker det är mycket lättare att förstå anorexi för då blir man väldigt mager och det syns fysiskt att den där människan mår jävligt dåligt. Men om man bara säger att man är utbränd så är det nog lite diffust, det är inte lika fysiskt om man säger så. Men jag har nog kanske blivit lite mera öppen och ödmjuk inför känslorelaterade sjukdomar.

Intervjuaren: Idag talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen i samhället var någonting som påverkade att din dotter fick en ätstörning?

Roger: Nej, väldigt lite tror jag. Vad gäller anorexi så tror jag att det är på ett individuellt plan kopplat till det här med att känna press. Och för Rebeckas del tror jag att det är mycket det här med skolan, träningen och kompisar, de tre parametrarna som hon känner press inför och så får hon ångest och måste hantera ångesten med att styra sitt ätande. Så har det hängt ihop för henne. Och sedan den här andra bilden av alla kvinnor som är så magra och smala och ser så bra ut, alltså åtminstone Rebecka så tror jag att det påverkar väldigt lite. Det kanske finns andra människor som påverkas mera men jag tror det har väldigt lite betydelse för Rebeckas mående.

## **6. Maria, 28**

Intervjun gjordes i juni 2014

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att du fick en anorexidiagnos?



Maria: Det hela började egentligen med att jag hade flyttat utomlands direkt efter att jag hade gått ut högstadiet. Jag skulle gå på fotbollsgymnasium. Min pappa trodde inte att jag skulle klara av det. Han sa det innan jag skulle försöka söka in: "Men du kommer ju aldrig in liksom!". Vilket jag nu sedan gjorde. Men jag trivdes inte så bra där för jag blev lite sjuk och kunde inte träna fullt ut och jag hittade inte riktigt min plats. Efter sju veckor flyttade jag hem, vilket gjorde att jag kände mig ganska så där misslyckad eftersom jag inte hade klarat av det. Sedan fick jag börja på gymnasium här men någonstans i den vevan tyckte jag att jag behövde förändra någonting och jag började fokusera på mina lår. Dem hade jag aldrig tyckt om så jag skulle bara gå ner lite grann i vikt. Det var helt oskyldigt. Efter det började jag träna tillsammans med en kompis som jag nog visste att hade lite problem men jag tyckte att: "Herregud, man kunde ju gå ner i vikt", inte tänkte jag så långt. Det var väl där det började. Och det gick ner, först tog det ganska lång tid men sedan mitt i allt gick det fort neråt. Och jag fick min diagnos.

Intervjuaren: Vem var det som ville att du skulle gå till en läkare för de problem du hade?

Maria: Mina kompisar tog kontakt med mina föräldrar och sa att de var lite oroliga över mig. Och så var det mamma och pappa som tog mig dit. Jag skulle iväg på något slags regionsläger eller någonting sådant och de sa att de inte kunde skicka iväg mig innan jag hade varit och tagit några prover. Men just då visade alla prover bra och efteråt har jag förstått att prover inte behöver visa någonting i början. Det finns ingenting som tyder på att någonting skulle vara fel.

Intervjuaren: Hur gick det till när du fick din diagnos?

Maria: Det började med att jag fick gå till en psykolog som jag hade väldigt svårt med och min mamma fick också komma med in. Det hade gått så långt att jag hade slutat att prata vissa dagar, jag sade inte ett ljud på de där sessionerna då. Och sedan fick vi också träffa läkare och ja, man var ju väldigt sjuk på den tiden så jag kommer inte riktigt ihåg hur det gick till på det viset. Men vi träffade psykolog och sedan läkare och min mamma var väldigt mycket involverad i det. För som sagt, jag var så avtrubbad i allt så att hon nästan fick sköta min talan och berätta om hur jag mädde just den dagen.

Intervjuaren: Upplevde du då att de psykologer och läkare som du och din mamma talade med lyssnade på er tillräckligt bra och att det fanns tillräckligt med tid för att kunna ställa en diagnos?

Maria: Jo, det gjorde de nog. Sedan kom jag kanske inte överens med någon läkare till hundra procent. Det var mitt i sommaren och man fick olika läkare, så där blev det ju väldigt tokigt. Jag tror jag hade fyra till fem olika läkare på en sommar och då blir man ju ganska trött och slut. Jag kommer ihåg att jag fräste åt henne, en gång när jag var in, och min mamma sa till mig att "Nu får du skärpa till dig!". Och då sa jag att "Vad då, jag har ju berättat allt det här redan en gång, varför ska jag behöva berätta allt en gång till?". Till slut fick jag en läkare som har varit toppen och som jag har haft hela tiden. Och det var kanske där det vände, när jag kände att jag faktiskt hade *en* speciell läkare som jag kunde känna förtroende för och jobba vidare med.

Intervjuaren: När du fick höra vilken diagnos du har, kan du berätta om vad du tänkte och vilka känslor du fick i den stunden?

Maria: Det första jag tänkte var att: "Det där stämmer inte, jag är ju inte sjuk, jag är stor som en kossa!". Och att: "Man måste ju vara smal för att ha anorexi, det där är inte jag liksom". Men samtidigt var jag ändå liksom, jag blev arg, men jag var ändå känslolös och lite avtrubbad och liksom så där "Jaha, jaja, det är väl så men inte är det något fel på mig", tänkte jag.

Intervjuaren: Jag tror vi kommer att komma tillbaks till den här frågan om vad anorexidiagnosen har betytt för dig lite senare i intervjun, så nu skulle jag vilja höra mera om hur du nu tänker på anorexin. Vad är anorexi för dig?

Maria: Ja, till en början så är det en sjukdom. Man önskar inte ens sin värsta fiende den. Det är ett helvete att genomgå den faktiskt. Jag förstår att folk faktiskt inte orkar ta sig igenom den. Man måste ha ett mål som man strävar efter för att orka ta sig igenom hela vägen. Det känns som att den blir allt mer vanlig men det är väl kanske mer det att man pratar om den mer idag. Förut var det mer hysch hysch. När jag också blev sjuk så pratade man väl om det men det var ändå liksom... idag pratar man mera öppet om det. Det är mycket mera öppet idag. Folk vågade liksom inte riktigt prata om det förr. Mina släktingar pratade nog och så där men

så som man pratar idag så tycker jag inte att det var då. Det är mera öppet.

Intervjuaren: Hur upplevde du det här med att man inte pratade om det då, när du fick anorexi? Vad tänkte du om det?

Maria: Emellanåt var det var nog lite pinsamt, tyckte jag. Att: "Det här har jag ställt till med själv!", så kunde jag känna att folk ibland tänkte. Att: "Det är väl för tusan bara att äta!" För det tänker många. "Det är väl bara att äta?! "och "Det där är liksom inte ett problem". Men det går ju djupare än så, så det är inte en sådan enkel sjukdom som man tror att det är.

Intervjuaren: Men ser du alltså nu på anorexidiagnosen som att du har haft en sjukdom och inte t.ex. som att anorexi handlar om att man kan ha problem med vissa saker i livet som inte kräver vård?

Maria: Jo, jag ser på anorexin som att den är en sjukdom. Men sjukdomen kan även dyka upp sen när man har en kris i livet men då vet man ju att det är bara är en fas och man får vara på sin vakt så man inte fastnar där igen.

Intervjuaren: Ser du på anorexin som att den är en fysisk eller en psykisk sjukdom eller på något annat sätt?

Maria: Jag ser den både som en fysisk och psykisk sjukdom. Jag "hörde" ju röster som sa åt mig att inte äta, gå ut o gå o.s.v. men anorexi tär på kroppen även fysiskt, när pulsen, blodtrycket, temp går ner samt övriga värden som sjunker i samband med en längre tids anorexi. Det är ju kroppens sätt att spara energi och överleva, till sist orkar inte kroppen.

Intervjuaren: När du fick anorexi, och det var som värst, följde du med olika bloggar på nätet där olika personer berättade om sina ätstörningar?

Maria: Jo, det gjorde jag. När man mådde som värst så kanske man följde med det negativa. Man tittade mycket på de här kändisbilderna. Jag kommer ihåg att när jag var sjuk så var just Nicole Ritchie som smalast då. Och jag tittade mycket på det där. Jaja, det är så där, så där ville man se ut. Men det ser ju för hemskt ut. Så, jag följde nog bloggar. Men sedan var det som om man i vissa stunder kände att: "Oj, nu skulle jag verkligen vilja ta mig ur det här!". Man ville verkligen inte vara i det här

och då var det skönt att kunna läsa om andra tjejer som hade problem och som också försökte kämpa och då försökte man ju se till de som hade lite mer positivt i sig.

Intervjuaren: Menar du att du så att säga kunde hitta ett slags stöd hos de här tjejerna som hade mer av det positiva i sig och att de kunde bli som rollmodeller för dig?

Maria: Jo, så var det. Och jag kommer ihåg att när jag och mamma var på ålderdomshemmet och hälsade på min gamla mormor så sa hon om en person som jobbade där att hon har varit sjuk i anorexi. Jag blev så förvånad: "Va, hon ser ju så normal ut!". Går det faktiskt? Det kommer jag ihåg att jag tänkte.

Intervjuaren: Du sa tidigare att du helt i början av din sjukdomsprocess inte såg dig själv som sjuk. Hur lång tid tog det mellan att du insjuknade tills det att du började se på dig själv som att du har en sjukdom och att du ville försöka ta dig ur det?

Maria: Jag skulle säga att det dröjde nästan ett helt år innan jag började acceptera att nu vill jag ur det här. Först blev jag ju skickad till ett behandlingshem utomlands och gick upp i vikt, men jag sa ju det redan vid utskrivningstillfället: "Nej, jag tänker inte väga 50 kilo, aldrig i livet, det gör jag inte!". Och så blev jag hemskickad hit igen. Jag hade varit på sluten avdelning och kom till ett öppet läge och i och med det blev det så stora skillnader så det gick drastiskt neråt igen. För jag var inte redo att vilja bli frisk utan det var mer de andra som ville det.

Intervjuaren: Vad var det som fick dig att inse att du hade en sjukdom?

Maria: När jag en kväll låg på sjukhuset och jag hade en så låg puls att maskinen larmade hela tiden, den kvällen vågade jag inte somna i rädsla för att jag inte skulle vakna upp igen. Då insåg jag att jag var sjuk och behövde hjälp och ville ha hjälp för att ta mig ur det. Jag ville ju inte dö.

Intervjuaren: Kan du beskriva på vilket sätt du tänkte om mat och om din kropp när du var sjuk, om du jämför med hur du tänker nu?

Maria: Då trodde jag på allvar att jag var överviktig fast jag var undernärd. För att få äta t.ex. äppel behövde jag kanske promenera 4-5h

på en dag. Då hade jag en bra dag och jag hade inte så mycket ångest. När det var som värst kunde jag inte ens dricka vatten. I dagens läge äter jag allt och jag är relativt nöjd med min kropp fast jag väger mycket mer idag än vad jag gjorde då. Dock behöver jag vara vaksam på mig själv om jag mår sämre en period, t.ex. om något har hänt i livet så måste jag vara observant och se till att jag verkligen äter för att inte råka hamna i gamla mönster.

Intervjuaren: Vad fick du för vård efter att du hade fått din diagnos? Hur såg den processen ut?

Maria: De försökte här att hjälpa mig, först hemma med psykologsamtal och jag fick träffa läkare sedan gjorde de så att jag fick komma till barnavdelningen och äta. Men det fanns ingen som var inriktad på ätstörningar och de visste inte hur man ska hantera det. Så de satte mig i ett rum och sa: "Här, ät!", så jag slängde ju allt i soporna. Ingen märkte. Och när jag fick näringsdryck hällde jag ut den i handfatet. Sedan fick jag komma till en ätstörningsenhet utomlands och där var jag en vända då. Det var den första vändan. Och sedan fick jag komma hem till ingenting.

Intervjuaren: Hur länge var du första gången på behandlingshemmet utomlands?

Maria: Jag var där tre eller fyra månader. Och sedan när jag kom hem fanns det ju ingenting men sedan plockade en läkare upp mig som jag har haft regelbundet sedan dess. Honom träffade jag en gång i veckan men det räckte ändå inte riktigt till utan någonstans gick jag ner mig igen och jag hamnade på det utländska behandlingshemmet igen. Bara för att få upp mig i vikt för att jag sedan skulle kunna jobba med tankarna. Men eftersom det inte hade fungerat så bra förra gången så ville de att jag skulle vara på en annan ätstörningsklinik, också utomlands, i och med att man är där en vecka och sedan är man hemma tre veckor. Men det fungerade inte riktigt heller för jag tyckte att det blev så stort glapp emellan där också. De här tre veckorna blev för lång tid emellan. Så där avslutade jag och sedan hade jag bara min läkare som jag träffade en gång i veckan. Men samtidigt när det var sommar och det var som värst, när alla tar semester och sånt, då tog den här läkaren sig tid att träffa mig. Han kom och träffade mig regelbundet på sin semester. Han träffade mig ganska glest, inte en gång i veckan, men jag fick hans mejl adress hem så att vi kunde mejla varandra när jag tyckte det blev jobbigt. Och det är nog

en stor del därför som jag klarade av sommaren då. Det var för att han fanns. Det är inte många som sätter ner sin själ i det. Så då jobbade vi mycket med den här KBT terapin efter att jag kom hem från utlandet sista gången. Och det är nog det som har fungerat.

Intervjuaren: Är det KBT terapin som har hjälpt dig mest?

Maria: Jo det har den nog.

Intervjuaren: Skulle du säga att KBT har fungerat bättre för dig än att man fokuserar på maten och försöker få upp vikten?

Maria: Man behöver nog ha både och. För är du så pass långt ner i vikt så orkar du inte tänka någonting utan man måste komma upp i vikt först. Men när man har fått vikten någorlunda och man orkar någorlunda så då kommer det också automatiskt, det beror på hur långt nere man är.

Intervjuaren: Men började det gå bättre för dig efter den sommaren, när du fick hjälp av din läkare?

Maria: Jo det gjorde det. Och efter det startade de en ny ätstörningsenhet. Det var under samma period som jag var sjuk.

Intervjuaren: Fick du hjälp också därifrån?

Maria: Litegrann nog.

Intervjuaren: Om du tänker på den hjälp som du har fått av sjukvården, är det en sådan hjälp som du skulle ha behövt för att tillfriskna?

Maria: Jo det tycker jag nog att jag har fått. Även om det kanske tog lite tid där i början och min mamma fick nog kämpa ganska mycket just första gången för att få iväg mig eftersom hon såg att det bara gick neråt. Och det fanns ingen som kunde nå mig. Men jag har nog absolut fått den hjälp jag har behövt.

Intervjuaren: Vad skulle du säga att har varit positivt med sjukvården?

Maria: Jag kommer inte så bra ihåg men det är väl egentligen att de märkte själva här, när de inte klarade av mig, att de inte kunde hjälpa mig

och att de då kunde skicka iväg mig någon annanstans just för att få upp mig i vikt. Det tyckte jag att var jättebra att de gjorde. För jag har förstått att man i dagens läge inte lika lätt skickar iväg någon utomlands. Men det är väl kanske just för att det finns en ätstörningsenhet i närheten nu också. Det fanns det inte när jag blev sjuk så det är väl det som är skillnaden. Samt den här sista läkaren jag hade, han lade ner mycket tid på mig, mer än vad någon annan gjort. Han är något utöver det vanliga inom vården, det är inte många som lämnar ut sin mailadress för att man ska kunna ha kontakt om det blir jobbigt när han hade semester.

Intervjuaren: Menar du att det kändes då som att de verkligen tog tag i det?

Maria: Jo precis, att de inte bara släppte mig.

Intervjuaren: Och vad har varit negativt med den sjukvård som du har fått?

Maria: Just den där sommaren när jag kom tillbaks efter att ha varit en första runda till utlandet fanns det ingenting som tog emot mig utan man bara lät det vara och förfalla. Det tycker jag var ganska negativt. Hade de haft någon tanke på fortsättningen så hade det inte behövt gå så långt ner igen.

Intervjuaren: Menar du att det inte fanns något preventivt tänkande inom sjukvården när du kom tillbaks från utlandet?

Maria: Nej, det fanns det inte. De bara lät det vara och tänkte att: "Ja, men nu har hon ju gått upp i vikt så nu är det bra".

Intervjuaren: Och om du funderar på hur du har blivit bemött inom sjukvården så hur skulle du beskriva det bemötandet?

Maria: Det har nog egentligen alltid varit väldigt bra. Det var väl egentligen bara en dum händelse som jag kommer ihåg. Jag var så avtrubbad då att jag inte reagerade på den men min mamma kommer ihåg den bra och hon brukar tala om den. Det var min aderton års dag och jag skulle precis läggas in på ätstörningsenheten utomlands, på måndagen efter och så säger läkaren, för jag skulle fylla år på fredagen, att: "Jahaa, ska du ut och festa i helgen då?". Och min mamma och pappa

var med i rummet och de tittade på varandra och tänkte: "Men vad säger hon?", att: "Ser hon inte hur läget är?" Och hade jag inte fått den där platsen så hade jag ju blivit inlagd. Så man hör ju hur dumt det låter. Varför skulle man säga någonting sådant? Det är någonting som min mamma brukar prata om mycket. Hon tyckte det var felaktigt.

Intervjuaren: Hur skulle du önska att vården i Finland skulle se ut för ätstörningar som anorexi?

Maria: Jag har inte så stor koll på hur vården i det övriga Finland ser ut just på grund av språket men man önskar att de skulle satsa mer och få mera kunskap om, gå på kurser och starta upp någonting. För det är ju ett så vanligt problem det här. Det är fruktansvärt vanligt och de borde fånga upp dem i tid. Jag upplever att man på ätstörningsenheten här, när jag pratade senast med min läkare, att de nog försöker fånga upp dem ganska tidigt för att de inte ska hinna gå ner sig så långt. Och det tror jag är ganska bra om man får upp dem i tid. Då sparar man också ganska mycket kostnadsmissigt även där om man fångar upp dem mycket tidigare och alla de här vårdkostnaderna och även patienten behöver inte lida så mycket. Samt att tillfriskningsprocessen också blir kortare.

Intervjuaren: Du sa att det skulle behövas mer kunskap om anorexi. Vad tycker du borde ingå där? Skulle det handla om behandlingstänkandet eller finns det något annat utöver det?

Maria: Dels är det att man nog måste vara insatt i maten för de som är sjuka är ju så fruktansvärt insatta, de vet så mycket om mat så man måste veta lika mycket om inte mer för att kunna överbevisa dem. Och sedan så tycker jag att det är viktigt med olika terapiformer för att få den här helheten. Jag gick på kroppskännedom och det tycker jag var bra. Det är viktigt att ha en kännedom om den och om beröring. Att man får lite av alla bitar.

Intervjuaren: Hur är det med den psykologiska sidan? Borde det satsas mera på att införa och utveckla olika terapimodeller för att kunna ändra på tänkandet hos den sjuka?

Maria: Jo, det behövs absolut. För det hjälper inte att bara försöka få upp någon i vikt för tankarna finns ju kvar och det blir lika jobbigt om inte ännu jobbigare när man kommer upp i vikt för då har man mera tankar.



Det har jag pratat om med min läkare. Alltså, det var ett helvete när jag var nere och väldigt smal men då hade jag inte så mycket ångest. Men jag fick ännu mera ångest när jag kom upp i vikt för då blev jag så medveten om min kropp och allting så det var nästan jobbigare då. Och då är det viktigt med den här psykologiska biten.

Intervjuaren: Har du fått hjälp av mediciner?

Maria: Det kan jag nog säga, delvis, för jag led av sömnproblem och kunde inte sova på nätterna och jag hade svårt att somna och var väldigt orolig och ångestfylld. Så då fick jag ett tag hjälp med det. Och sedan andra gången när jag hade min andra svacka då blev jag faktiskt djupt deprimerad också. Då sattes de in mot depression vilket också behövdes. Och sedan försökte vi också plocka bort dem, så när jag var stabil så sänkte vi doserna så att jag inte skulle bli beroende av de där tablettorna.

Intervjuaren: På vilket sätt skulle du säga att medicinerna hjälpte dig?

Maria: Med medicinerna kunde man sova och då hade man lite mera ork dagen efter för att orka kämpa. Man var inte helt slut då och humöret var kanske lite bättre. Och mot depressionen så sakta men säkert började man ju se någon mening med livet igen. Man såg att det fanns något ljus där långt framöver och fast det var långt fram så kunde jag ändå se det. Att det finns en väg ut men den är lång. Istället för ett nattsvart mörker.

Intervjuaren: Lättade medicinerna på ångesten också?

Maria: Jo, det gjorde de. Inte mot själva ångesten i sig men att jag fick sömn gjorde att jag hade mer ork till att stå emot ångest.

Intervjuaren: Vilka olika terapiformer har du deltagit i? Du nämnde åtminstone KBT, men finns det några andra du prövat?

Maria: Ja det har varit lite massage och kroppskännedom för att bli medveten om sin kropp men inte egentligen något mer. I början var det ju någon vanlig terapi men den fungerar ju inte utan det är KBT terapin som har fungerat allra bäst.

Intervjuaren: KBT terapin har varit viktig för dig. Varför tror du att just KBT terapin har fungerat så bra för dig?

Maria: Jag kunde se, alltså var det någon händelse, så kunde jag ju se den i flera olika steg och tänka realistiskt. Jag kunde t.ex. ofta säga så här: "Jag känner mig tjock!". Men man kan inte *känna* sig tjock utan det är ju någonting som man *är*. Så, realistiskt sett så kunde jag tänka på de olika stegen som jag lärde mig. Ja, men helt realistiskt så går det ju inte att känna sig tjock och enligt mina siffror så vet jag att jag faktiskt inte är det. Så, det där är bara en dum tanke jag har. Så det var väl det att jag lärde mig att tänka i olika steg. Och jag kunde se på tanken utifrån: "Är den realistisk?". "Nej - det här är bara ett hjärnspöke för mig!".

Intervjuaren: Jättebra, kan du använda den här typen av självinsikt också i andra situationer?

Maria: Jo, det kan jag absolut göra.

Intervjuaren: Hur var det att berätta för andra att du hade fått anorexi?

Maria: I början var det egentligen inte jag som fick berätta det utan det var mamma som berättade det för alla, dels för att jag var så instängd i mig själv och jag isolerade mig från andra och ville inte ha någon kontakt. Det var mamma och pappa som fick ta den biten. För jag satte skyggglapparna på och jag brydde mig inte på det viset desto mer just då.

Intervjuaren: Du nämnde tidigare att anorexi var någonting som man inte talade om när du blev sjuk. Är det enklare idag att prata om det och säga att du haft anorexi?

Maria: Jo, idag kan jag nog prata öppet om det. Är det någon som undrar typ: "Men vad har du gjort i ditt liv?" Så kan jag säga bara så här: "Nej, men jag var sjukskriven i flera år". Och då är de alltid: "jahaaa....". Det är alltid så att de inte alltid vet om de då ska fråga varför jag har varit sjukskriven i flera år. Och då brukar jag säga: "Nej, men jag har varit sjuk i anorexi!". "Jaja, okej precis!". Och sedan om de har några frågor då så frågar de. Jag upplever också att det idag inte är så svårt för dem att ställa frågor även fast man inte känner dem så bra. Så, det är bra.

Intervjuaren: I början när du fick din diagnos, hur förhöll sig dina vänner, din familj och släktingar till att du hade fått anorexi?

Maria: Vännerna började jag isolera mig själv ifrån. De visste inte heller hur de skulle bete sig till sist. Jag hade inte mycket kontakt med dem. Det kom först mot slutet. Det var sedan när jag fyllde 18 och vi inte hade haft kontakt, så kom de ändå och gratulerade mig och då blev jag helt så där: "Va?". Och jag sa till min mamma innan min födelsedag att: "Jag har ju inga vänner kvar!". Så sa hon: "Men de finns nog kvar där". "Det är bara det att de inte vet hur de ska vara just nu men de finns nog där och väntar på dig". Min familj och min släkt har alltid haft nära kontakt och jag har alltid haft en nära kontakt till min familj. Ett tag tyckte jag kanske att min syster drog sig lite ifrån mig och efterhand förstod jag att hon anklagade sig själv. Att det var hennes fel att jag hade blivit sjuk. Men sedan kom hon närmare igen också. Och vi har alltid haft en nära relation. Jag har haft en nära relation med min mamma, pappa och syster. Med min bror har jag kanske inte haft så bra kontakt men han visade ju nog när det var sämre att, han kom t.ex. och kramade om mig och sa att: "Du måste liksom börja göra någonting åt det". Att: "Vi vill ju inte förlora dig!". På det viset kom han sen kanske närmare för han är inte en sådan som visar känslor. Och min mormor, ja, hon var nog lite speciell för hon måste nog ha haft något problem med sin vikt i sina dagar, för hon pratade också om att: "Ja, nu har jag gått upp fem kilo och nu har jag gått ner fem kilo". Så hon kunde nog slänga ur sig lite klumpiga kommentarer ibland som kanske stjälpde mer än de hjälpte. Men hon betedde sig ändå som vanligt.

Intervjuaren: Kan du beskriva hur det var att leva med anorexi?

Maria: Det var som jag sa redan tidigare ett rent helvete. Till slut såg man inget ljus överhuvudtaget. Och man tänkte: "Är det så här som mitt liv ska se ut?". Då vill man ju inte leva det längre. Så illa var det till slut. Man ropade nog på hjälp till slut även om man inte sa det rakt ut. Man försökte visa att man behövde hjälp.

Intervjuaren: Hur såg vardagslivet ut när det var som värst?

Maria: Jag flyttade in hos min mamma och Peter som bodde i stan. Så vi bodde i en lägenhet på 60 m<sup>2</sup> och jag sov i deras kök. Min mamma blev sjukskriven med mig. Hon fick ju ha koll på att jag inte gick ut o gå. Vi steg upp på morgonen och hon lagade frukosten och hon fick ju nog gå på tå för skar hon tomaten för tjock eller för smal så var frukosten förstörd. För då åt jag inte. Samma sak med kläderna – jag kunde ju inte välja vad jag skulle sätta på mig utan det var min mamma som fick välja

kläderna. Hon satte fram dem till mig och sa: "Det här kan du sätta på dig idag". Samtidigt så gick vi på en liten runda på stan eftersom vi bodde centralt. Hon visste att det lite skulle dämpa min ångest men ändå inte ta så mycket energi av mig. Och det här har hon berättat efterhand att, jag trodde ju att vi gick och höll varandra i armkrok och så där, men tydligen så var det som så att jag hängde på henne för jag orkade inte hålla upp mig själv och att alla gick och tittade. Men det upplevde inte jag att de gjorde. För jag var så avtrubbad. Det var ungefär så mina dagar såg ut. Att lite få komma ut och röra på mig. Och min mamma fick ta alla beslut i princip. För jag kunde inte välja någonting.

Intervjuaren: Upplevde du att du blev behandlad annorlunda än andra när du var sjuk?

Maria: Nej, det gjorde jag inte. Och jag såg mig inte heller som annorlunda så jag upplevde det inte.

Intervjuaren: Och du nämnde att du var avtrubbad under den perioden?

Maria: Jo, precis, man märker inte om någon skulle göra det. Det var väl en gång när jag, mamma och Peter skulle ut på restaurang och jag åt ju så lite så de kom ju fram och sa: "Smakade inte maten bra?" Så sa mamma att det gjorde den nog. Men de behövde inte betala för min mat för jag hade ju knappt ätit av den. Så, det är väl den enda gången som jag kan komma ihåg att de har behandlat mig annorlunda. Det är inte ofta som restauranger inte tar betalt för maten som de serverar.

Intervjuaren: Hur blev det sedan när du var på väg mot det bättre hållet, kunde du då märka att någon skulle ha behandlat dig annorlunda?

Maria: De kanske hade lite mera koll på mig. Mitt stora problem var ju att jag promenerade. Jag promenera, promenera och promenera. Det var ju det jag gjorde. När jag sedan promenerade när jag var frisk och det var ett friskhetstecken och det inte låg något sjukt bakom då kunde jag känna att folk liksom tänkte: "Jaha, nu är hon ute och går igen". Att de hade lite mera koll och det kändes som att de pratade lite bakom ryggen. Och att jag lite skämdes för att jag var ute och gick på en promenad. Det är väl det.

Intervjuaren: Har din diagnos påverkat din relation till din familj eller dina vänner? På vilket sätt i så fall?

Maria: Inte egentligen. Vännerna fanns där sedan när jag tillfrisknade, då kom de tillbaks. Och de har själva sagt efteråt att de inte visste hur de skulle förhålla sig och var rädda för att göra fel. Därför var det enklare att ta ett steg bakåt än ett steg framåt. Min relation till min familj har nog bara blivit ännu starkare.

Intervjuaren: Finns det positiva sidor med att du fick en diagnos?

Maria: Ja det tycker jag väl ändå. Jag fick ändå en livserfarenhet som kanske inte så många får och jag har blivit starkare i mig själv och tror mera på mig själv idag än vad jag gjorde då. Då var jag mera vilsen, jag visste inte vad jag ville, jag var osäker och trodde inte på mig själv. Så jag är mycket starkare idag. Och det skulle jag kanske inte ha varit om jag inte skulle ha upplevt allt som jag gjort. Idag vet jag mera vad jag vill och jag går efter vad jag vill.

Intervjuaren: Handlar den styrka som du har fått om att du är mera medveten om vad du vill och att du också vågar handla efter den kunskapen om dig själv?

Maria: Jo, det handlar om att ta vara på den tid man fått om man säger så.

Intervjuaren: Finns det negativa sidor med att ha fått en diagnos?

Maria: Det enda negativa jag kan komma på är att jag missade några år av mitt liv. Man kunde inte roa sig och så men samtidigt så tror jag att jag kom tillbaks och tog igen det senare. Men visst, det försvann några år av mitt liv och det tar kanske lite längre, jag är inte riktigt färdigutbildad ännu men det gör egentligen ingenting. Jag hinner med det. Så det är väl det enda.

Intervjuaren: Under den tiden när du fick din diagnos, kommer du ihåg vad du tänkte om den då?

Maria: Jag tyckte det var skönt att få en diagnos. För jag kände att: "Är det faktiskt så här det ska vara – ska man leva så här?". Och att: "Jag är ju inte riktigt som alla andra". Så ändå tyckte jag någonstans att det var

skönt att få en diagnos. Jag tänkte: "jag har faktiskt det". Så det var liksom så där lite pendlande emellanåt vad man tyckte. Och beroende på vilken dag, och hur mycket man orkade den dagen och hur mycket med man var i tanken. För dagarna pendlar ju mycket. En dag var det så här: "Nej, nej, nej, jag är inte sjuk!" och så andra dagen: "Jo, men jag är sjuk och jag vill ta mig ur det här!". Det svängde väldigt mycket där emellan.

Intervjuaren: Och nu när du har gått igenom allt det här, vad tänker du nu om din diagnos?

Maria: Det var skönt att få en diagnos. Och jag vet att jag faktiskt hade någonting, jag *var* sjuk. Det var ingenting som bara var så där att man inte visste någonting om det utan det fanns verkligen en diagnos som så vad jag hade och som jag kunde jobba utifrån sedan och som även anhöriga kunde läsa på om och försöka förstå vad vi gick igenom.

Intervjuaren: Vad har anorexidiagnosen betytt för dig?

Maria: Jag har nog blivit starkare av den även om det har varit ett helvete och jag inte skulle vilja genomgå det igen. Men jag har fått mycket kunskap av att ha gått igenom det. Den har satt sina spår så att säga, det är ingenting som man glömmer, allt man har varit med om.

Intervjuaren: Du nämnde redan tidigare att du har fått bättre självförståelse genom det som du har upplevt. Kan du ännu berätta något om på vilket sätt diagnosen har förbättrat din förståelse för dig själv?

Maria: Jag har fått bättre förståelse för mina styrkor, jag vet även mina svagheter. Till exempel efter att jag fick mina barn ammade jag vilket gjorde att jag gick ner väldigt mycket i vikt och då kände jag direkt att jag låg så där på gränsen. Jag kommer ihåg att min läkare sa: "Man kan inte väga under 50 kilo, det finns en gräns där och är man där så ligger man och tippar hela tiden". Förut förstod jag inte vad han menade men just då kom jag ihåg vad han hade sagt och då insåg jag att jag förstår precis vad han menar. Det är så farligt att ligga där för då känner jag att hjärnspökerna börjar igen direkt. Och jag fick jobba aktivt också för att ta mig upp i vikt vilket jag också gjorde. Och jag sa till min läkare att jag behöver hjälp nu för det har gått för fort neråt. Jag känner att de är där och påminner mig.

Intervjuaren: Skulle du säga att du också kan ha nytta av dina erfarenheter i andra svåra situationer? Kan du se på dina tankar utifrån ifall du hamnar i en kris för att få distans till hur du tänker över situationen?

Maria: Jo, men det är ju så att genomgår man en kris så märker man att man tar till det här gamla mönstret, men då är man så observant att man kan jag tänka: "Vänta nu, det här kommer ju att gå över". "Jag behöver inte ta till de här dumheterna".

Intervjuaren: Hur skulle du beskriva att du mår idag?

Maria: Nu mår jag riktigt bra. Mitt mål i livet ända från att jag har varit sju är att få en hund, bli pensionär eller få barn. Jag fick barn tidigt och det var ett mål för mig. Och det har nog också varit en styrka till att jag har orkat hela vägen och inte gått tillbaks till gamla mönster. Idag mår jag super bra. Jag tränar och är en väldigt aktiv person och har alltid varit det. Men nu är det inte på ett sjukt sätt utan nu ser man till att äta mera och man vill bli stark. Man tränar inte för att bli smalare. Det är skillnaden.

Intervjuaren: Så du har tillfrisknat helt från anorexi?

Maria: Jo det har jag.

Intervjuaren: Fint att höra! Idag talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen i samhället var någonting som påverkade att du fick anorexi?

Maria: Jo, men det gjorde det absolut. All media som man ser och alla rubriker om att man ska gå ner i vikt inför beach 2014 och så handlar det om julmaten – det är ju hela tiden rubriker. Så det är klart att man blir påverkad av det och av alla bilder på alla kändisar och på hur smala de är. Och det är inte ett sunt ideal heller även om man i dagens läge försöker återgå till någonting mer sundare men jag upplever att det går väldigt långsamt ändå.

Intervjuare: Vad skulle du säga att man som förälder kan göra för att förhindra att barn får anorexi? Hur borde man tala om utseende och vikt?

Maria: Det där är en jättesvår fråga. Min dotter som är fyra har sagt till mig: "Mamma, titta vad tjock jag är!", flera gånger. Och när jag säger att det inte är så, så får jag höra att de har sagt så på dagis. Och då är det något barn som har sagt så. Det går ner i åldrarna. Efter vad jag har genomgått så spänner jag öronen direkt och tänker att vad det här nu är som är på gång. Och jag vet ju att hon är liten men jag vet också att det går ner i åldrarna. Det är fruktansvärt, så jag är väldigt noga med att vi inte pratar så där om vikt framför barnen. Aldrig någonsin på det viset. För det ska inte finnas att de ska behöva tänka på om man är tjock eller smal. Jag brukar säga till mina barn att jag älskar dem precis som de är. Och är noga med att säga *precis som du är*. Det beror inte på något de gör eller om de gör någonting bra utan precis som de är. Men det är en svår fråga det där, speciellt när de blir äldre.

## 7. Katja, 28

Intervjun gjordes i juli 2015

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att du fick en anorexidiagnos?

Katja: Ja, för det första tror jag att det har börjat från att jag var liten. Jag har alltid fått kommentarer om jag är jättesmal och mager. Om jag har varit vid rådgivningen eller i skolan vid rådgivningen på hälsokontroller så har det alltid varit fokus på smalheten och min vikt. Och det tror jag har lagt en grund för allting, att det började därifrån liksom. Men orsaken till att det bröt ut – för jag har aldrig egentligen tänkt på min vikt, jag har aldrig tänkt på mat. Jag har aldrig brytt mig om att jag äter men jag har alltid tränat. Så, jag har friidrottat länge, ända tills jag var sjutton. Jag har aldrig gått upp i vikt av någon orsak. Jag har kunnat äta precis vad jag vill. Men så var det ett förhållande som jag hade varit i som tog slut och så kände jag att jag tappade kontrollen. Det var han som tog slut och då kände jag att mattan drogs bort och direkt efter det fick jag ett behov av att kontrollera någonting. Så maten blev en enkel sak att kontrollera. Mat och träning. Så jag började träna, springa ibland upp till två gånger om dagen och drog ner på kolhydrater och allting. Så det var så det började egentligen.

Intervjuaren: Du sade att det var stort fokus på din kropp ända sedan du var liten. Och de tyckte du var för smal och för mager. På vilket sätt tror du att det här påverkade att du utvecklade anorexi senare i livet?



Katja: Nå, för att jag minns att jag gick i yrkesskolan, jag var kanske sexton-sjutton, sjutton var jag nog. Så minns jag att jag gick på hälsokontroll en gång om året och så minns jag att rådgivningstanten *inte* kommenterade min vikt, och det var första gången sedan jag var liten som det inte har varit fokus på vikten. Hon vägde mig, så skrev hon in det och sedan talade vi inte mera om det. Och jag minns att jag reagerade på det där att varför hon inte kommenterade det. Och säkert började ett frö gro på något sätt. Jag fick en självuppfattning på ett annat sätt, att jag inte var så smal mera, att det var någonting att reagera på. Och samma år, det var när jag började skolan, så då hade jag utvecklats ganska mycket under sommaren. Jag hade fått större bröst och allting, så det hade hänt ganska mycket kroppsligt under den sommaren. Så, första dagen i skolan, jag tror att jag skulle börja på tvåan i yrkesskolan, så var det en pojke på vår klass som sa att, han kommenterade och sa att: "Jaa, du har lagt på några kilon i sommar!". Och han menade ingenting illa med det, han menade inte att jag är fet, utan han menade någonting positivt, tror jag. Att jag ser kvinnligare ut. För tidigare var jag helt platt på alla sätt liksom. Så jag minns att jag tänkte väldigt snabbt efter att det där förhållandet tog slut att jag inte tänker vara singel och fet. Så, jag visste meddetsamma att nu gör jag någonting riktigt, riktigt dumt. Jag visste exakt vad jag började med, då det började liksom, då jag började kontrollera. Det var ingenting som smög sig på utan det var någonting som jag aktivt valde att göra.

Intervjuaren: Men menar du alltså att du alltid har haft ett fokus utifrån på din kropp och ditt utseende, folk som har kommenterat dig. När du var liten fick du höra att du var för mager och sedan blev det mera en fråga om att du hade gått upp i vikt och också det här att någon *inte* kommenterade din vikt. Upplevde du det som obehagligt eller som att någonting var fel – att dels inte bli kommenterad för utseendet men också att få höra att man plötsligt gått upp i vikt?

Katja: Jo, när jag gick i lågstadiet så var jag ju rädd för det här att jag var så mager. Det var en gång när jag hade varit vid rådgivningen så hade hon sagt att: "Nu får du nog börja äta smör direkt ur paketet!". Att: "Du är så jättesmal nu!". Och jag minns att på kvällen så for jag, eller det var på natten och jag hade vaknat, så for jag in till mamma och pappa och så drog jag upp pyjamasen och så frågade jag att: "Är jag för smal?" Och jag var jätterädd, jag tänkte att nu håller jag på och magrar bort här, nu dör jag för att jag är för smal. Det där gick i perioder lite det där. Inte fokuserade jag hela tiden på det. Men det fanns ju en trygghet i det. Jag var mager och folk kommenterade många andra saker också med

utseendet. De tyckte jag var söt och jag drog paralleller mellan det här att vara smal och söt. Det hängde ihop. Och det hade med modellandet att göra. Där var det ju också väldigt mycket fokus på att man skulle vara smal förstås, för att få vara med.

Intervjuaren: Jag börjar tänka på det här med att bli kvinna när man växer upp. Ifall man går upp i vikt där någonstans i tonåren leder det till att man kan få större bröst och kvinnligare former. Var du rädd för den kvinnliga delen i dig själv? Tror du i så fall att det hade någonting att göra med att du började fokusera på att gå ner i vikt?

Katja: Jo, jag minns att jag tyckte att det var obehagligt. Eftersom jag var så sen med att få något slag av former, mina bästa kompisar var ganska tidigt utvecklade, så jag kände mig så otroligt sen. Det kändes pinsamt nästan. Men jag var lite som en pojkflicka. Jag tyckte om att spela fotboll, jag tyckte om att idrotta och jag hängde mycket med pojkar. Så på ett sätt kände jag också att jag hade ett slags samhörighet med dom. Pojkar är också lite senare utvecklade än vad kvinnor är, så på något sätt hängde jag med i deras utveckling också på ett annat sätt. Så när jag började få kvinnligare former så började jag känna mig *större*. Jag är ganska lång och fick ganska stora bröst, så jag började fort känna mig som ett berg. Att liksom nu är jag jättestor jämfört med andra. Från att ha varit jätteliten och späd.

Intervjuaren: Vi ska komma tillbaka till den här frågan om kropp, kvinnlighet och utseende lite senare. I vilken ålder var det som du började utveckla anorexi?

Katja: Jag skulle säga att det började som en ätstörning då jag var 20. Utåt sett såg man inte alls att jag skulle ha haft något fel. För på ett sätt levde jag väldigt osunt också. Jag studerade och vi åt mycket skräp och man hade inte möjlighet att äta hälsosamt som då man har pengar. För man äter ju pasta och nudlar och sådant, ohälsosamma saker som är billigt. Plus att man drack, vi var ute och festade mycket och det gör ju också att man får mycket därifrån. Men det var efter att jag varit gravid och hade fött och så ammade jag, då rasade jag i vikt, efter att jag hade ammat. Och jag fick inte upp den där vikten mera efter det utan det tog så mycket mer energi än vad jag fick genom maten. Och jag åt för lite också samtidigt. Och det var då som folk kommenterade och som jag märkte att okej nu rasar det på vågen hela tiden. Det var då jag började väga mig regelbundet.

Intervjuaren: Vem var det som ville att du skulle kontakta en läkare?

Katja: Det var jag själv som ville fara för jag var rädd att jag hade något annat fel. Jag var rädd att jag hade cancer, jag trodde jag hade någonting allvarligt. Jag förstod inte själv att jag hade en ätstörning. Så jag for till en vanlig läkare bara och sa att jag har magrat mycket. De tog mycket prover och det visade sig att jag hade dåliga levervärden och det blev jättekonstigt och de tog benmärgsprov och allting. De var rädda att jag skulle ha någon allvarlig blodsjukdom, vilket det visade sig att jag inte hade. Jag vet inte själv varför jag hade för höga levervärden för sedan blev de helt normala efter en tid. Men så var jag på nytt till samma läkare på någon sorts efterkontroll och då frågade han att: "Men hur äter du?". Min syster hade nog vetat om det, jag hade nog berättat för henne att jag nog har något slags problem med mat, att jag nog har ganska svårt att äta. Så det var inte hemligt på det sättet. Det var nog mest bara det att jag inte insåg själv hur allvarligt det var. För jag åt jättebra då jag åt. Problemet var att jag kunde äta en gång om dagen. Jag kunde äta morgonmål och jag kunde äta kvällsmat men sedan åt jag ingenting. Så talade jag om det med rådgivningstanten och hon rekommenderade att jag skulle fara och tala med en psykolog på mentalvårdsbyrån. Och jag for till henne och jag visste ju inte vad jag hade för fel och jag mådde ganska dåligt överlag och jag hade mycket ångest och allting. Och så vara jag på två besök och på andra besöket sade hon att: "Du har en ätstörning, jag kan inte hjälpa dig". Så kom hon med och vi gick till ätstörningspolikliniken, så att jag fick bekanta mig där och fick en tid.

Intervjuaren: Var det på ätstörningspolikliniken som du fick anorexidiagnosen?

Katja: Jo.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur det gick till när du fick diagnosen?

Katja: Nå, jag hade först varit på ett samtal, något slags för samtal innan de väljer om man behöver gå här eller inte. De utvärderar en. De kollar upp om man har mens och alla sådana saker och helt enkelt vad man har för relation till mat. På andra besöket hade de gjort en utvärdering och så sade de att det är anorexi. Och jag trodde inte, jag visste att jag nog kanske har en ätstörning men anorexi var ett *väldigt* laddat ord för mig och jag tänkte att det har jag *absolut* inte. Jag var hundra procents säker på att nu ljuger de, de vet inte alls vad de talar om. Efter det där började jag storgråta och jag satte mig i bilen och ringde min syster och sa att de inte

vet någonting på det här stället. Att nu säger de att jag har anorexi och jag sa att jag inte vet hur jag ska göra nu. Att jag inte vill gå dit mera då de säger så här.

Intervjuaren: Okej, så du fick din diagnos ganska snabbt egentligen.

Katja: Jo, det gick snabbt.

Intervjuaren: Var du ensam där när de gjorde utvärderingen och gav diagnosen eller hade du någon anhörig med?

Katja: Min man var med på det första samtalet sedan hade jag en läkarkontroll med läkaren där på ätstörningspolikliniken och det var väl han som gjorde den slutgiltiga diagnosen.

Intervjuaren: Du har redan berört den här frågan, men vilka tankar och känslor fick du när du fick höra att du hade anorexi? Du sade att du tänkte att de inte vet någonting på det där stället. Vad tänkte du mera?

Katja: För det första så vägrade jag ju att säga att jag hade det. Jag trodde inte på dem. Jag gick ett år på polikliniken och det tog nästan ett år innan jag kunde säga att jag faktiskt hade anorexi.

Intervjuaren: Vad tror du att det berodde på att du hade så svårt att tro på att du verkligen hade anorexi? Hur tänker du på det?

Katja: Nå, delvis tror jag att det var det att, okej att nu har jag det här, och om jag ska gå här så måste jag arbeta för att bli frisk. Och det ville jag inte. Jag var inte alls redo för att släppa det som jag hade byggt upp så länge. Från att jag var 20 och att det faktiskt bröt ut och att jag fick diagnosen, så hade det gått över två och ett halvt år, nästan mera. Så, det var under så lång tid som jag hade byggt upp det här och hade lärt mig att det här är som en trygghet för mig. Det här är lätt att kontrollera. Jag åt inte efter klockan åtta på kvällen först och det där att jag kände hunger på natten. Det kändes tryggt och bra. Jag ville vara det. Jag hade mina rutiner och jag var inte alls villig att ändra på det. Så, det var väl en rädsla för att nu måste jag ändra på någonting. Så, jag tänkte att om jag bara har en ätstörning så kanske jag slipper lättare undan. Att de tar det inte så allvarligt, jag kanske måste gå här en gång i månaden och prata litet. Men med anorexi så – jag fick ett matprogram framför mig, att det här ska du äta. Och det kändes väldigt skrämmande.

Intervjuaren: Att du hade svårt att ta till dig att du hade fått anorexi, hade det någonting att göra med att anorexidiagnosen kan vara stigmatiserande eller hade det mera att göra med att ätstörningar som anorexi nästan kan bli lite som en identitet också?

Katja: Ja, jag vet inte vad jag ska svara på det där. Ja, jag vet inte.

Intervjuaren: Eller är det så att det är så vanligt just i det här området med anorexi att det inte är så stigmatiserat längre kanske?

Katja: Nej, åtminstone hör man aldrig något, någon säger ju aldrig någonting. Det är ganska hysch, hysch om allt.

Intervjuaren: Är det faktiskt så. Tänk det, eftersom här ändå finns en ätstörningspoliklinik och allt.

Katja: Grejen är den att jag tror att det är vanligare bland unga, jag kände mig lite gammal.

Intervjuaren: Ja, ja, just det.

Katja: Ofta i dom där väntrummen så satt det sextonåringar och jag kände mig väldigt gammal. Jag tänkte att jag har ju barn därhemma, jag är gift och har barn och hus och här kommer jag och har sådana här fjantproblem. Jag kände mig lite för gammal.

Intervjuaren: Jo precis, det är ju intressant, det är mera kopplat till just fjortonåringar kanske.

Katja: Jo, det är mera kopplat till tonåren. Det är ju en trendsjukdom också.

Intervjuaren: Stämmer, jo. Började du i terapi direkt du hade fått diagnosen då eller?

Katja: Jo, vi började en gång i veckan direkt. Så, jag började gå och så fick jag det här matprogrammet som jag väldigt långsamt började följa. Det började med att jag börja äta en banan till. Som mellanmål så skulle jag äta en frukt eller nötter. Och då fick min man komma hem från arbetet och ge en banan åt mig.

Intervjuaren: Så du gick i terapi en gång i veckan och resten av jobbet skulle du göra hemma med din man då?

Katja: Jo, så var det.

Intervjuaren: Så din man blev ganska inblandad i processen för att du skulle tillfriskna?

Katja: Absolut.

Intervjuaren: Var du någonsin inlagd på vårdavdelning?

Katja: Nej.

Intervjuaren: Hur såg vårdprocessen ut från att du fick diagnosen till att du sedan tillfrisknade? T.ex. hur lång tid tog det?

Katja: Alltså, jag gick ganska exakt ett år på ätstörningspolikliniken. Alltså, det kan nog hända att det kändes så länge innan jag vågade börja följa det där programmet, inte började jag någonsin följa det helt och fullt, för jag tyckte att jag inte klarade av att äta allt det här som de ger åt mig nu, som jag måste äta. Och det tog länge innan jag gick upp i vikt. Då det var som värst så vägde jag 52 och då är jag lång så jag var på en väldigt låg vikt nog. Men jag minns att det var som olika nivåer, att komma upp till 55 kändes jätteskrämmande. Det var det första som var allra värst, 54 vägde jag jättelänge, fast jag åt bra. Sedan när jag fick igång det där att jag skulle äta en banan extra och så fick vi in kvällsmålet. Jag minns inte när jag började äta det, om det skulle ha gått ett halvt år innan jag började äta kvällsmål. Ja, men vad var frågan nu igen?

Intervjuaren: Ja, alltså hur vårdprocessen såg ut tills du tillfrisknade?

Katja: Ja, det var som terapisaamtal bara. Jag for dit och pratade en timme i veckan om hur det har gått den här veckan, vad har du för tankar kring det här. Det här ska du äta och har du kunnat äta det här och bla bla bla. Men jag insåg ganska snabbt att det här inte är mitt huvudproblem. *Mat* är inte det som är mitt problem. Problemet är någonting helt annat. Och det var kanske lite över ett år sedan när jag hade fått in något slag av rutiner för mitt ätande, så insåg jag att den här personen inte riktigt kan hjälpa mig med mitt problem. För det var så mycket fokus på mat hela tiden. Och jag tänkte att om jag kommer hit och pratar om mat varenda vecka, så måste jag ha någonting att tala om. Jag måste ha ett problem för att jag ska kunna gå hit. Jag kommer inte att bli bättre för vi talar *bara* om mat. Så, jag tror att det var jag som föreslog, jag minns inte om det var hon eller jag som föreslog att jag kanske borde gå till en psykolog helt enkelt. Och komma bort från den här fokusen kring mat och försöka reda ut mitt egentliga problem. Eller det som ligger som grund för allting. Så, jag började gå privat till en psykolog, fick ett sådant här B intyg via en

privat läkarcentral, och hon har också varit på ätstörningspolikliniken den här psykologen. Så, efter ett år började jag gå till henne och vi pratade väldigt lite om mat. Hon försökte prata om det men jag försökte att inte prata så mycket om det. Utan jag tänkte att den där maten reder upp sig bara jag reder ut mig själv först.

Intervjuaren: Så du menar alltså att den samtalsterapin du fick på ätstörningsenheten kändes alldeles för mat fokuserad för att hjälpa dig.

Katja: Jo, den var väldigt mat fokuserad.

Intervjuaren: Vet du vad den psykologen du sedan började gå till, vilken inriktning hon arbetade från?

Katja: Jag vet inte vad det heter men hon fokuserade inte på det där gamla som har varit.

Intervjuaren: Så hon gick inte in på barndomen utan hon tänkte mera på hur du tänker om dig själv just nu och i framtiden?

Katja: Jo, så var det. Vi tog väldigt lite upp barndomen och sådana här saker. Så det var väldigt lite fokus på det.

Intervjuaren: Du sade att det inte hjälpte dig att hela tiden prata om mat på ätstörningspolikliniken. Kom det sedan fram med din psykolog vad som var ditt grundproblem? Blev det klarlagt varför just du utvecklade anorexi?

Katja: Nej, inte har jag någon diagnos på någonting överhuvudtaget. Jag vet inte riktigt vad hon har gjort den här psykologen som jag har haft. För som sagt så talade vi väldigt lite om mat. Det var mera att – jag hade många saker. Jag vågade inte vara ensam hemma till exempel. Jag var livrädd att sova själv, det var det värsta jag visste. Och alltid när min man var borta p.g.a. jobbet tog jag väskan och for till mamma och pappa. Jag klarade inte av att sova själv. Och jag har ett enormt kontrollbehov, att det ska vara fint överallt, det ska vara städat där hemma. Och i jobbet ska jag göra allt jätteperfekt. Jag får inte göra någonting fel. Och att jag är så där pedantisk gör ju att allting ska kontrolleras in i minsta detalj. Så hon gav lite uppgifter. Att jag skulle öva på att: "Prova att inte sminka dig när du far till prisma till exempel." Att: "Prova att gå dit utan smink eller att du inte lagar håret." Lite som utmaningar. Och just med mat så hade hon alltid en veckans utmaning, att den här veckan kan du äta någonting gott på onsdagen. Sedan det blev bättre och bättre så fick jag äta godis på

fredagen. Och då tyckte hon att kanske vi skulle testa att äta någonting gott på onsdagen också, eller tisdagen. Att lite fara utanför mig själv och göra någonting som jag annars inte skulle göra. Så, mycket sådant gjorde jag och försökte jag göra då.

Intervjuaren: Du fick veta att du har problem med hur du hanterar vissa saker i livet som sovandet och att du är pedantisk men fick du veta varför du har de här problemen?

Katja: Nej, inte egentligen. Alltså många saker tror jag att jag har kommit fram till själv. Hon har inte behövt säga det till mig. Att det här är varför du är så här. Mycket är ju för att jag är sådan här. Det är som min personlighet. Jag är så här. Hon har gjort att jag har fått acceptera att så där är jag. Och det är helt okej att vara så här. Jag måste bara inse att jag gör det ganska komplicerat för mig själv. Jag kan ju göra det mycket enklare också. Jag måste ju inte vara så här. Att jag får ju välja själv precis hur jag är. Jag gick tre år så jag har nu slutat gå hos henne i somras, så det var nu det här senaste halvåret som jag insåg att okej jag behöver nog inte träffa henne en gång i veckan. Jag klarar mig att träffa henne en gång i månaden. Så det här sista halvåret har jag varit en gång i månaden. För jag märkte att jag tar det lite lugnare med mig själv. Eller jo, hon fick allting att bli ganska självklart. Så där enkelt, att inte är det så där komplicerat allting. Att det är ganska enkelt på något sätt.

Intervjuaren: Har du genom henne lärt dig att tänka på dig själv på ett annat sätt än vad du skulle ha gjort tidigare? Som t.ex. jag tänker på din perfektionism som du nämnde nyss. Kan du gå till jobbet och vara mer avslappnad, att du inte behöva tänka att nu ska du göra allt så perfekt som möjligt? Har terapin hjälpt på det sättet?

Katja: Nej, inte egentligen så mycket med arbetet. För det är ganska svårt med mitt jobb att inte vara perfekt. För gör jag inte saker bra i mitt arbete så kommer inte kunderna mina tillbaks. Så, i arbetet är det väldigt svårt att släppa det. Det som jag försöker tänka är att jag inte kan göra alla nöjda. Det behöver inte vara det att de inte är nöjda med hur jag har gjort mitt jobb, det kan vara det att de inte är nöjda med hur jag har varit som person också. Att jag inte kan göra alla nöjda hela tiden. Jag är som jag är och man klickar olika med folk och det är okej. Så, jag har mera försökt att inte ta någon stress. Att jaha, den här kunden kom inte tillbaks men det är inte hela världen. Och den här kunden var inte nöjd men det var inte hela världen. För jag kan inte göra alla människor nöjda. Jag måste fokusera på de här som är nöjda, som kommer tillbaks, som säger hur



nöjda de är. Och det som jag måste fokusera på är mig själv. T.ex. idag så märkte jag ett jättestort framsteg. Och det var när vi skulle hit, vi fick jättebråttom. Jag hade en kompis som hade sovit över hos oss och vi skulle vara här klockan ett. Och då jag skulle laga mig färdig, det tar normalt 45 minuter *exakt* för mig att laga mig färdig på morgnarna. Och då har jag mina rutiner som jag gör och det ska vara perfekt då jag far. Jag lagar håret och jag sminkar mig och jag kan stå 10 minuter i klädskaftet och bara fundera vad jag ska ha på mig och prova och byta om och byta om och prova. Jag håller på så där jättelänge. Men idag så märkte jag att jag for i duschen, och det gör jag oftast inte på morgonen heller, jag fönade bara håret, jag satte lite puder och mascara och så tog jag bara några kläder och så for vi. Så när jag kom i bilen sa jag: "Jag blev färdig på 20 minuter!" åt min man. Det är nog något slags rekord. Det skulle aldrig ha gått förr, jag skulle ha låst mig i en sådan situation. För ett halvår sedan skulle jag ha varit: "Jag hinner inte, det kommer aldrig att gå!".

Intervjuaren: Så du har egentligen fått ett mer avslappnat förhållande till dig själv?

Katja: Ja.

Intervjuaren: Fick du någonsin några fler diagnoser än just anorexi?

Katja: Nej.

Intervjuaren: Om du tänker på anorexidiagnosen så vad är anorexi för dig?

Katja: Jag kan säga exakt vad det är. Det är en liten gubbe, en liten svart gubbe som dansar då man inte äter. Alltså som hurrar åt en då man inte äter. "Nu är du bra!" Som hejar på en. Och det är som ett bälte som drar åt om man äter. Det är någonting mörkt över en om man äter. Som en skam och någonting fruktansvärt dåligt. Att man gör någonting fel om man äter.

Intervjuaren: Har du kvar den bilden ännu?

Katja: Jo, absolut har jag kvar den ännu. Men jag vet vad det är. Jag skiter i det nu på ett helt annat sätt. Varenda gång jag äter någonting, varenda gång, om jag tar ett bröd till maten så tänker jag att det här borde jag inte äta. Eller om jag äter glass till efterrätt så tänker jag att det här ska jag inte

äta. Men jag skiter i det, jag klarar av att vifta bort det. Att nu äter jag det här för jag vill äta det här.

Intervjuaren: Upplever du att du har haft en sjukdom eller ser du på anorexidiagnosen som att den beskriver att man kan ha problem med livet och att diagnosen inte handlar om en riktig sjukdom som kräver vård? Eller funderar du på det på något annat sätt?

Katja: Jo, det är en sjukdom. Eller jag har utvecklat själv en sjukdom.

Intervjuaren: Ser du på det som en psykisk sjukdom, fysisk sjukdom, både och eller på något annat sätt?

Katja: Det är en psykisk sjukdom som blir till en fysisk sjukdom. Det är både och, absolut, men kanske främst en psykisk sjukdom ändå.

Intervjuaren: Varför tänker du att det först och främst är en psykisk sjukdom?

Katja: För att den är självvald. Man väljer ju att svälta sig själv. Det är ett val jag gör. Varenda gång jag äter. Det är alltid så, det är också nu. Det är varenda gång jag äter så gör jag ett val. Antingen så väljer jag att jag är frisk eller så väljer jag att jag är sjuk. Under den här processen så har det inte funnits en enda gång som jag inte skulle veta att jag gör ett val. Fast hur sjuk jag var så nog visste jag precis, jo, jo. Jag väljer alltid att inte äta då jag är sjuk. Nu väljer jag att äta. Nog kan jag ännu välja att inte äta men det är väldigt sällan som jag gör så nu. Det är kanske mera att jag i onödan begränsar mig själv. Att okej nu äter jag inte ett bröd till maten, nu fick anorexin vinna lite idag. Men jag svälter inte, jag äter inte dåligt. Det är inte som att jag skulle magra bort för att jag gör det. I grunden är jag nog så stabil nu att jag väljer att vara frisk.

Intervjuaren: Vad är det värsta med att ha anorexi?

Katja: Det är alla problem man får av det. Det är den där ångesten, alltså ångest. Ångest och panikångest, det är värst.

Intervjuaren: När kom din ångest? Hade du ångest bara vid matsituationerna eller hade du ångest nästan hela tiden?

Katja: Absolut, ångest vid mat, jo. Om man äter någonting som man har valt att det här skulle man inte få äta. Eller vad som helst kan det vara, som jag får ångest över, som har med mat att göra. Så, jo därifrån fick jag ångest. Men i mitt fall att jag var ensam. Panikångesten kunde komma

hur som helst bara. Helt okontrollerat liksom, mitt i allt, av ingen orsak alls.

Intervjuaren: Med panikångest, menar du på det sättet att man blir helt utom sig och man tror att man ska bli knäpp, alltså en sådan stark ångest som är svår att hantera?

Katja: Jo, jo just det, man blir utom sig och tror att man blir knäpp av den. Alltså, lite ångest tror jag att man har hela tiden då man har anorexi. Kanske att det lite ligger på, inte mår man ju bra när man har så låg vikt. Klart att det finns stunder då man kan må bra, som alltid. Men nog finns den där ångesten väldigt nära. Men riktigt som panikångest kommer så plötsligt, och det är så okontrollerat.

Intervjuaren: Hur kändes din kropp när du hade gått ner så mycket i vikt? Var du exempelvis hungrig hela tiden?

Katja: Aldrig.

Intervjuaren: Var du inte hungrig?

Katja: Nej, jag var inte. Jag kunde känna hunger, jo på natten kände jag hunger ofta. Jag vaknade av att magen kurrade. Men inte under dagen. Nej, jag kände inte hunger alls.

Intervjuaren: Hur kändes kroppen då? Fick du kalla händer och frös mycket?

Katja: Jo, jag var väldigt frusen. Men jag tror att min kropp är lagad för att vara smal. Min kropp är inte lagad för att vara stor, jag har aldrig varit stor. Jag har alltid varit smal. Jag hade nog alltid mens, fast jag var låg i vikt. Jag tror att min kropp klarar av att vara det. Så, på det sättet fick jag inte så mycket besvär. Min syster tyckte att jag fick fult hår. Hon tyckte att håret blev stripigt och glanslöst men jag kände mig inte smal. Aldrig. Jag kände mig stor hela tiden. Jag kunde bli rädd då jag såg vad jag vägde och insåg att det här är ju inte något bra. Men jag såg det inte själv. På ett foto kunde jag se att okej där ser jag lite smal ut eller lite för mager. Det där är kanske inte så snyggt, samtidigt som man tyckte att man själv – nej, men att det *är* snyggt att vara smal.

Intervjuaren: Så, när du såg dig själv i spegeln, såg du dig själv som stor?

Katja: Jag har aldrig sett mig som fet, det har jag aldrig sett mig som. Men jag såg mig som att jag skulle ha varit kanske 15 kilo tyngre än vad jag

var. Som att jag skulle ha sett normal ut. Men jag *kände* mig stor. Vad jag såg i spegeln var inte en fet människa, det var hur jag *kände* mig, jag kände mig stor. Lång och större än alla andra.

Intervjuaren: Så för dig var det egentligen ett större problem det här med hur man *upplever* och *känner* av sin kropp och sig själv än vad du såg i spegeln.

Katja: Jo.

Intervjuaren: Såg du att dina revben stack ut när du såg dig själv i spegeln?

Katja: Nej, det såg jag inte.

Intervjuaren: Och inte heller säkert att axlarna började sticka ut?

Katja: Nej. Det kunde jag se på bild. Att aj, har jag faktiskt nästan lika smala lår som vader. Det såg jag först på bild. Jag tyckte att det var konstigt, att hur kan jag se ut så där på bild men inte i verkligheten tänkte jag?

Intervjuaren: Fick du panikångest av just den här *känslan* av att du var stor?

Katja: Inte panikångest, men ångest, jo. Jag tyckte att det var fruktansvärt jobbigt.

Intervjuaren: Kände du dig ful samtidigt?

Katja: Nej, jag kände mig inte direkt ful heller, jag har aldrig känt mig ful. Jag har alltid känt mig ganska vacker. Men jag har kunnat ha dagar där jag har känt att idag har jag en ful dag. Men det tror jag alla kan ha. Men jag har aldrig känt mig ful, nej.

Intervjuaren: Men det var mera den här *upplevelsen* av dig själv att du är stor och att du är lång, det var den känslan du inte tyckte om?

Katja: Jo, och efter att jag fick former så har jag alltid tyckt att jag har en – jag kände mig så "karaktig" ibland. Och så där att jag tar ganska mycket plats och jag känner mig inte blyg och jag känner mig så där "redig" på något sätt. Men jag tycker att jag har en "bimbokropp". Stora bröst och en "bimbokropp" och det tyckte jag att inte passar.

Intervjuaren: Vad menar du med passar inte? Menar du att bimbokroppen inte passar till din personlighet? Att du inte upplever dig som person som en sådan *kvinn*a som har en sådan kropp? Typ någonting sådant då?

Katja: Exakt.

Intervjuaren: I den terapin som du har gått i, har du fått diskutera igenom det här med hur du upplever dig själv kroppsligt? Har du fått perspektiv på det här med hur man som kvinna kan acceptera sin kropp som den är och förena den med hur man är som person? Har din psykolog gett dig några verktyg för hur du kan hantera din kvinnlighet?

Katja: Nej, faktiskt inte.

Intervjuaren: Nå, det är ju ganska intressant.

Katja: Jo. Nej, det har jag inte fått alls. Vi har ju nog absolut talat om hur det känns för mig. Men inte har jag fått några verktyg, det har bara varit att jaha, det är så du känner. Men inte något desto mera än det.

Intervjuaren: Tror du att det skulle ha varit bra att få perspektiv på det, att det skulle ha kunnat ge dig någonting?

Katja: Jo, nog tror jag det. Nog tror jag det. Hmm, jag vet faktiskt inte, det är ganska intressant. Men, jo, alltså inte har jag ju vetat hur jag ska – jag har ju inte fått några verktyg för hur jag ska tänka med det egentligen. Den här psykologen som jag hade var klantig på ett sätt. Hon hade många bra sidor men just med sådana här saker så var hon ganska – hon kunde t.ex. ofta påpeka det här med att hon tyckte att jag var snygg. Eller att hon ibland kunde fokusera på det yttre: "Jamen, inte behöver du tänka på det, du är ju jättesnygg!". Och att: "Du behöver ju *absolut* inte...". Alltså, att jag ska ha den där skammen att jamen, *jag* tycker, nu är det ju *jag* som tycker så här. Det spelar ingen roll vad hon som sitter mitt emot mig sitter och tänker. Det är ju inte det som är grejen utan det är ju hur *jag* upplever mig själv som är det centrala och viktiga.

Intervjuaren: Menar du att det blev svårt för dig att säga hur du faktiskt upplever dig själv och din kropp, just för att du ser så bra ut?

Katja: Jo, jag fick kanske den där känslan av att nu måste jag be om ursäkt, förlåt nu för att jag upplever mig så här. Men att det blev lite så jo, de gångerna vi har talat om det.

Intervjuaren: Jag tror vi ännu ska ta upp utseendefrågan lite senare, men jag tänkte ännu fråga lite om dina anorektiska tankar. Vilka tankar hade du om mat? Kan du beskriva lite om hur du tänkte?

Katja: Nå, för det första så var det väldigt mycket regler för mig med mat. Att jag inte får äta efter en viss tid. Det var många saker som det var förbjudet att äta. Och jag hade svårt att laga mat åt mig själv. Det underlättade mycket för mig att min man kom och serverade mig mat. Att han satte det på en tallrik och att någon gav tillåtelse att det här ska du äta. I stället för att jag själv tog mat åt mig, för då tog jag alltid för lite för att det var: "Nu tar jag nog jättemycket mat här!". Allting med mat var så jätteförbjudet. Den där känslan av att man gör någonting fel hela tiden. Att nu gör jag den lilla farbrorn besviken.

Intervjuaren: Kunde panikångesten komma i samband med alla de här tankarna och känslorna?

Katja: Jo. Och just att jag ljög. Om inte min man var hemma så åt jag ingenting. Då hittade jag på att jag hade ätit till exempel och kunde ändra om i kylskåpet så att det såg ut som att jag hade ätit. T.ex. jag skulle fara till Sverige en gång och då hade han lagat en smörgås som jag skulle äta på morgonen. Och han hade satsat så bra, han lagar allting så fint och han lägger upp det. Och så hade han lagat brödet åt mig och satt in det i folie och allting och så blev det så brättom på morgonen och jag tänkte att, nå jag hinner inte riktigt. Ofta var det att jag inte hinner. Det var ofta det jag tog till. Att jag inte hade tid att äta fast man säkert skulle ha haft tid att äta. Och då hade jag lämnat det i bilen och så kom jag hem för jag var bara en natt där, och så kom jag hem och så frågade han att: "Var brödet gott?". Så sa jag att: "Jo, det var jättegott, tack för att du lagade det!". Och då hade han varit någonstans, till stan och så kom han hem och så sa han att: "Jag hittade det där brödet i bilen!". Och jag fick något slags nervous laugh för jag började gapskratta och jag blev jättenolo. För det här det kan ha varit för två år sedan och jag hade tillfrisknat ganska bra. Så det var ingen katastrof mera. Men bara det här att jag hade ljugit om det, det var så – jag förstod inte riktigt själv. Varför sa jag inte bara åt honom att jag inte hade ätit det? Och det var så pinsamt! Ja, nej...

Intervjuaren: Så då skämdes du över det?

Katja: Jo, jo, det var en enorm skam. Och han fattade ingenting förstås.

Intervjuaren: Hur var det att berätta för andra om din anorexidiagnos?

Katja: Nå till en början så visste familjen om det och mina närmaste vänner. Jag var inte så blyg att prata om det. Med alla mina problem så har jag haft ganska lätt för att prata om dem. Det är ingenting som jag har skämts över direkt. Men nej, inte har jag velat att bekanta ska veta om det. Men idag har jag inte problem med att någon vet om det. Idag har jag inte problem men då jag var inne i det så nej, inte ville jag att folk skulle veta om det då.

Intervjuaren: Varför ville du inte att folk skulle veta om det när du var inne i det? Var det för att det var tungt att vara sjuk?

Katja: Det var tungt och det var som en skam nog mest för mig för jag upplevde att det här är en tonårssjukdom, att jag är för gammal för att ha några sådana här problem. Och jag skämdes mycket för det där att jag inte vågade vara ensam hemma. Och det var någonting som hörde till det där. Så det var så mycket ångest och mycket problem runtomkring den här anorexin som kom till och det ville jag inte att folk skulle veta.

Intervjuaren: Kan du nuförtiden vara ensam hemma och sova ensam?

Katja: Jo, det här är första sommaren, första gången, sedan jag blev gravid som jag har vågat vara hemma, som jag inte har ångest. Jag har medicin som jag kan ta till, men nu när jag är gravid så kan jag inte ta de där medicinerna. Så den här sommaren har jag fått vara utan och det har gått jättebra, det har inte varit några problem. Förr gick jag och kontrollerade att dörren var låst, tre gånger kunde jag kolla. Och då det var som värst så kunde jag – vid ytterdörren till exempel, så ytterdörren öppnar man utåt, så har vi en mellandörr som man öppnar inåt. Vi har ett skåp och jag drog fram lådorna framför mellandörren, så om någon skulle komma in så skulle det braka ordentligt och då skulle jag vakna av att någon kommer in. Så jag lagade sådana där små hinder. Jag flyttade också alltid tvätt ställningen framför sidodörren och öppnade en dörr där också så att det skulle braka där också om någon skulle komma in. Det var på den nivån. Jag var fruktansvärt rädd.

Intervjuaren: Det var som en fobi rent av.

Katja: Jo, absolut.

Intervjuaren: Hur har dina anhöriga och dina vänner eller de som vet om din anorexi förhållit sig till dig sedan du fick din diagnos?

Katja: Mamma och min storasyster har varit jätteoroliga och visat oro väldigt tydligt nog. Min pappa har varit ganska klantig många gånger och lagt in sådana kommentarer som har varit totalt onödiga, som har gjort det värre rent av. "Nåmen, inte är ju du något för smal!", till exempel. Och det där tar man ju meddetsamma som att nu är jag för fet. Sådana där kommentarer. Men nog har de ju hjälpt mycket och då inte min man har varit hemma så har jag ju alltid fått fara till mamma och pappa till exempel och alltid fått fara till min syster. De har nog varit till stor hjälp. På det sättet att när jag hade panikångest så ringde jag alltid till mamma, hon vet exakt hur hon ska lugna ner mig. Hon vet exakt vad hon ska säga för att få mig lugn. Så på det sättet har familjen varit till stor hjälp nog.

Intervjuaren: På vilket sätt förändras vardagslivet när man får anorexi? Är det just att allt blir så inrutat?

Katja: Jo, mycket rutiner. Egentligen förändrades mitt liv väldigt litet i jämförelse med hur min mans liv förändrades, då jag fick matprogrammet. Det här ska du äta. Jag var mammaledig då så min man kom hem, ja, morgonmål lagade jag själv, men han kom hem och lagade lunch åt mig. Jag kunde laga den men jag kunde inte sätta upp åt mig så på det sättet var han alltid hem och äta lunch. Och han kom hem då jag åt mellanmål, kvällsmat, kvällsmål. Han var med på alla mål och under ett år så höll vi på så där. Så hans liv förändrades mycket mer än vad mitt liv gjorde.

Intervjuaren: Fick han någon hjälp eller stöd då från ätstörningspolikliniken?

Katja: Nej, han fick inte det och det är faktiskt jättesynd för han skulle nog ha behövt det. Han har ju ännu panik över att jag inte ska äta. Han har nog fått trauma över att jag inte äter. Han är livrädd hela tiden, kontrollerar mig ännu jättenoga. Så vi har nog haft enorma gräl över den här maten. Det har varit ett stort problem. I något skede fick han ett nummer, jag minns inte om det var från ätstörningspolikliniken, men han fick ett nummer till en man som hade en fru som – vi var lite i samma ålder och de var lite i samma situation – men jag minns inte om han ringde till honom någon gång. Jag vet inte. Någon enstaka gång har han gått till en psykolog, men inte har han alls fått den hjälp som han skulle ha behövt. Absolut inte. Han borde ha fått gå en gång i månaden till ätstörningspolikliniken han också.



Intervjuaren: Vad skulle du säga att han skulle ha behövt för att orka bättre och kunna stöda dig bättre?

Katja: För det första skulle han ha behövt tala med någon som har varit med om samma. Eller fått tala med någon som har varit med om det, som har varit hjälpare åt någon med anorexi. Och att få prata av sig med någon psykolog, att få säga hur jobbigt det är, för han kunde ju inte säga det till mig. Han hade ingen han sa det till. För jag ville ju inte att någon skulle veta det heller och inte ville jag att hans kompisar skulle veta det. Så han var nog väldigt ensam.

Intervjuaren: Blev du någonsin deprimerad, eller var det mera ångesten som var besvärlig?

Katja: Jag skulle inte säga att jag var deprimerad. Nej.

Intervjuaren: Har du någonsin upplevt att du har blivit annorlunda bemött, när du var sjuk eller nu efteråt?

Katja: Nej, då jag hade det visste inte så många om det. Klart att min familj behandlade mig annorlunda, jo de hade ju extrem koll på mig. Jag märkte att alla tittar på vad jag äter, förstås, och så där. Men nu i efterhand, så en kompis – vi lärde känna varandra för tre år sedan, min nästan bästa kompis nu, som vi umgås ofta med. Så i vintras kom det på tal om någonting med ätstörningar, och hon hade inte vetat om att jag hade, så då berättade jag för henne bara och hon sa att: "Nå nu faller ganska mycket på plats, då jag vet det här!". Hon sa att hon har nog alltid vetat att det är någonting mystiskt men hon har inte vetat vad det är.

Intervjuaren: Men du har inte känt dig negativt bemött eller stigmatiserad?

Katja: Nej.

Intervjuaren: Har din anorexidiagnos påverkat din relation till din man, din familj eller dina kompisar? På vilket sätt i så fall?

Katja: Jo, nog har den absolut påverkat min relation till min man. Absolut. Både och, både positivt och negativt. På det sättet att han blir jätteglad om jag äter och om *jag* tar initiativ och lagar mat på kvällarna till exempel. Det där som vi äter innan vi går och lägger oss, så blir han jätteglad om jag lagar det. Och ännu idag tycker han att det är jätteroligt om jag själv tar initiativet för det är väldigt sällan. Och negativt har det

påverkat på det sättet att den där oron som han har hela tiden. Han kan haka upp sig på att: "Är du inte för mager nu?" och det där har ju påverkat bara hur vi ser på varandras kroppar. Det kan vara ganska knepigt emellanåt. Det som har varit problemet från början med oss är att han är ganska mager, min man, och då vi just hade börjat träffa varandra, det var just då när jag hade utvecklat det här. Då sa han att han känner sig så liten. Då tänkte jag att jaha, klart att du känner dig liten då jag är så fet. Det är ju självklart. Det tog jättelänge för mig att komma över det där, jag har alltid känt mig som ett berg bredvid honom. Det är först nu egentligen som jag inte gör det mera, som jag inte tänker på det mera. Men det har tagit många år. Det har nog varit under en fem-sex års tid som jag har känt mig obekvämt på något sätt.

Intervjuaren: Vänta nu, nu måste jag försöka tänka efter vad frågan blir. Du sade tidigare att du inte fått så många verktyg för att hantera din känsla av att vara stor, vilken verkar vara kopplad till att du ser på din kropp som en bimbokropp och allt det här om kvinnlighet som vi talade om tidigare. Men du tänker ändå inte mera så mycket på din kropp i ditt förhållande till din man?

Katja: Nej, och inte i förhållande till andra också. Den här psykologen som jag gick till, hon har inte gett mig några verktyg men hon har på något sätt fått mig att tänka själv mycket. Jag har måsta lite ge verktyg till mig själv. Och mycket är att jag inte behöver vara så hård mot mig själv hela tiden. Det måste inte vara så perfekt. Och ofta är det så med saker som har med mig att göra. Att jag måste få vara som jag är och jag måste få se ut som jag ser och det är helt okej. Och jag vet att min man tycker om mig oavsett. Och det har varit till jättestor hjälp att han uppmuntrar mig att äta. Och nu till exempel med graviditeten så har jag haft jättedålig matlust men han var borta någonstans och så ringde jag och då hade jag fått matlust mitt i allt en dag och jag berättade om allt vad jag hade ätit. Och han var så jätteglad och lättad. "Åh, vad skönt!". Skulle han bara vara att: "Aj jaa, nå det var ju bra!", då tror jag att jag skulle ha svårare att faktiskt äta. Och vara stolt över mig själv, att nu har jag ätit. Men han har varit så jättepositiv till att jag äter. Så, det har gjort att det har hjälpt massor. Han har fått mat att bli någonting okej och han har varit jättebra på att laga god mat. Han är jättebra. Han har alltid satsat jättemycket på mat. Han frågar alltid vad *jag* vill äta, det är jag som får välja vad vi ska äta. För han tycker det är så viktigt att jag äter det som är gott.

Intervjuaren: Har diagnosen påverkat din relation till din barndomsfamilj?

Katja: Alltså, just då var det ju jobbigt och besvärligt och det påverkade dom för de var ju så oroliga hela tiden. Men idag, inte har det lämnat på, min mamma kan vara lite nojig med maten. Att: "Har du nu ätit?" och hon frågar ofta att: "Vad har du nu ätit idag?" och om jag sover över där, om vi är på stugan så är hon jättenoga med att jag ska äta. Så nog finns det en oro där också. Men våra relationer har inte påverkats.

Intervjuaren: Och vad var positivt med att du fick själva anorexidiagnosen? Jag menar inte nu vad som kunde vara positivt med att bli sjuk i anorexi utan att du tänker dig diagnosen som en etikett som kan väcka vissa tankar?

Katja: De skulle ju ha kunnat ge mig diagnosen att jag har en ätstörning. Men det är så flummigt. Det skulle ha gjort att det skulle ha tagit, tror jag, mycket längre att bli frisk. Eller tagit längre för mig att ta tag i det för att det inte är så allvarligt. Anorexi är för mig någonting som är väldigt allvarligt. Det är inte okej. Kanske att det har snabbat på det där tillfrisknandet litet. Eller just det där att det här *har* du. Att du *har* anorexi, det är bara så nu. Och då kan jag välja att bli frisk eller välja att vara i det. Nog kan jag ännu idag säga att nog har jag något slags störning, nog har jag något slag av ätstörning fortfarande. Det är bara det att jag inte låter det tippa över och bli anorexi. Men inte tror jag att jag någonsin kommer att komma ur det helt. Nog kommer jag alltid att ha en störning till mat.

Intervjuaren: Men skulle du kalla dig frisk idag?

Katja: Jo. Frisk från anorexi, jo. Absolut.

Intervjuaren: Men du ser det som att du alltid kommer att ha kvar ett problematiskt förhållande till mat?

Katja: Jo. Jo, jag tror inte att det någonsin kommer att försvinna. Alltså, inte tankarna. Jag kommer alltid att tänka negativa tankar men som nu klarar jag av att ignorera dem. Nåja, nu kommer de här tankarna, nå det är nu så då.

Intervjuaren: Finns det någonting negativt med att få en diagnos, om man ser på diagnosen som en etikett, som någon sätter på en utifrån?

Katja: Nej, inte om man får rätt hjälp så tycker jag inte det. Bara man får hjälp. Det är ju vad det är.

Intervjuaren: Du sade tidigare att hur sjuk man än är så måste man välja om man vill bli frisk eller inte. Vad var det i ditt fall som fick dig att vilja bli frisk, att ta steget ur det?

Katja: Jag har aldrig tagit steget ur det, egentligen. Grejen är den att meddetsamma när jag fick diagnosen så fattade jag att jag är här av en orsak. Jag är här för att bli frisk. Det tog länge innan jag kunde släppa det. Jo, det är det man måste göra. Jag valde ju hela tiden att bli friskare. Så där sakta men säkert så kommer man ur det. Och med hjälp av den där terapin som jag fick så fick jag andra verktyg för att handskas med mina andra problem. Då de problemen lättade och jag tyckte att jag klarade av att handskas med mig själv. Att tycka att jag är helt okej så som jag är så har jag kunnat komma ur det på ett annat sätt. Men jag tror att om man är jätte, jätte, jättesjuk i anorexi och riktigt blir inlagd så är det nog hela tiden ett val man får ta. Att idag väljer jag att äta. Men det där att välja att bli frisk, det klivet tror jag ingen kan ta. Det måste ske långsamt.

Intervjuaren: Nej, det är sant, man kan inte plötsligt bli frisk. Men jag tror det är som du säger, i något skede måste man välja att äta hur sjuk man än är. Någonstans inom sig måste man väl hitta någonting som får en att vilja bli friskare. För vissa kan det vara att man ser att föräldrarna bryr sig om en, för andra kan det vara någonting helt annat. Vad var det för just *dig*, vad fick dig att vilja bli friskare?

Katja: Okej, jo det kan jag nog helt säkert säga. Det var min man. Jag ville äta för han ville inte att jag inte skulle äta. Det där att se hur han reagerade om jag inte åt, det var jobbigare än att låta bli att äta. Så, det är nog hans förtjänst att jag har blivit frisk helt klart.

Intervjuaren: Skulle du säga att du har fått den hjälp du har behövt att sjukvården?

Katja: Jo, i mitt fall så tycker jag att jag absolut fick rätt vård. För de såg ju också att du behöver hjälp någon annanstans ifrån. De insåg också att det är kanske inte här du ska vara heller.

Intervjuaren: Vad var positivt med den vård du fick?

Katja: Nå det positiva var att de tog det väldigt mycket på allvar när jag inte själv trodde att jag något fel. Jag tycker att alla steg har varit mot rätt

riktning. Dit ska du fara, dit ska du fara, dit ska du fara. De har alla vetat vad de ska göra i mitt fall.

Intervjuaren: På vilket sätt fick de dig att ta anorexin på allvar?

Katja: Det var mycket vågen. De visade helt tydligt att så här lång är du och det här väger du. BMI är för låg. Att se det, det här är inte normalt. Din normalvikt är det här och det är dit du ska. Mycket det. Att få det konkret, jag är för låg i vikt.

Intervjuaren: Och hur har du blivit bemött inom sjukvården?

Katja: Jag tycker bra. Hon som jag talade med var jättebra. Jag har nog varit jättenöjd. Det enda som jag har varit missnöjd med var att jag fick massage en gång i veckan. Och det var katastrof. Meningen är ju att det ska vara avslappnande och man ska få ett hum om var man har sin kropp då hon masserar. Men hon babblade jättemycket och hon kunde picka i mig och hon var inte alls professionell. Det var inte avslappnande alls, så det slutade jag med. Jag tycker att de vid ätstörningspolikliniken inte bara borde fokusera på mat. Att se att maten kanske inte är det viktiga, jag har ju anorexi av en orsak, jag har inte bara plötsligt fått det. Det är ju någonting som är orsaken till det. Det är så mycket mer än bara mat.

Intervjuaren: Så du tycker att de på ätstörningspolikliniken fokuserade för mycket på maten?

Katja: Jo, nog i mitt fall.

Intervjuaren: Hur tycker du att ätstörningsvården borde se ut i Finland?

Katja: Jag kan ju bara svara för mig själv och hur jag har upplevt det. Och jag tycker det har till största delen varit jättebra. Jag har ju inte varit så djupt inne i det att jag skulle ha blivit inlagd. Jag kan ju inte säga någonting om det, hur det är vara *så* sjuk. Men nog tycker jag att den där samtalsterapin var jättebra. Man fick välja själv om jag ville komma en gång i veckan, vill jag komma två gånger i veckan, vill jag komma en gång i månaden. Det var någonting vi diskuterade fram hela tiden och det var bra. Sedan just det där att det var för mycket fokus på mat, alla behöver inte ha fokus på mat. Absolut, de som är magrast, man måste äta upp sig för att kunna fokusera på någonting annat. Men i mitt fall, jag var så pass skärpt, så jag borde ha fått tala om annat.

Intervjuaren: Du kände dig inte så dålig varken fysiskt eller psykiskt att du inte skulle ha kunnat börja med terapisaamtal direkt? Antog de att det du mest behövde var att prata om mat?

Katja: Jo, och för mig var det så att det var så mycket fokus på mat och att jag har anorexi så för mig kändes det som att jag kan inte gå hit mera, jag kan inte bli frisk, jag kan inte bli fri från anorexi för jag får aldrig bli fri från det som är den egentliga orsaken. På det sättet borde de kanske utveckla det, att ha någon annan slags terapeut där som har kunskap om anorexi men som inte fokuserar på den hela tiden. Och det där matprogrammet, det är absolut bra att man får det från första början. Det här ska du äta och så får man det framför sig, att det här är fakta, det måste du äta för att få någon slags push för att komma framåt. Men sedan skulle det gärna kanske få vara utvecklat på ett annat sätt, individuellt liksom, för vad man har för behov.

Intervjuaren: Har du fått hjälp av mediciner?

Katja: Jo, jag åt en ångestdämpande medicin under kanske nio månader. Den slutade jag med för den tog ner på – jag är ganska upp och ner i mitt humör – antingen är jag jättearg eller så är jag jätteglad. Ja, det är väldigt upp och ner allt i mitt humör men den där klippte av alla toppar och alla dalar. Så jag var väldigt jämn. Jag reagerade inte på någonting. Jag blev inte arg, jag blev inte glad, jag bara flöt på ytan hela tiden. Och jag märkte att jag ju inte är sådan. Att den här tar bort hela mig. Så då slutade jag. Men så gick jag till en psykiater och jag förklarade att jag inte har ångest varenda dag så jag behöver inte ta bort någonting varenda dag. Jag behöver någonting som tar bort mina panikattacker. Eller så att jag kan ta någonting när jag ska vara ensam. Så det fick jag. Någonting som jag kan ta tillfälligt och som har fungerat jättebra. Den har inga biverkningar. Jag blir trött så jag tar det till kvällen eller om jag skulle få en fruktansvärd panikångest, då kan jag ta den för att lugna ner mig. Men jo, det har fungerat bra.

Intervjuaren: Har du fått någon annan hjälp än mathjälp, medicinering och att prata med psykolog?

Katja: Nej.

Intervjuaren: Är du nöjd med den hjälp som du har fått?

Katja: Jo, jag är nöjd. Jag tycker det har varit bra för mig. Jag kan inte förklara vad som har varit bra med den här sista psykologen som jag gick till tre år. Jag vet bara att det har hjälpt.

Intervjuaren: Kommer du ännu på någonting som du tänkte när du fick din diagnos, utöver det som vi redan har pratat om?

Katja: Nej, inte direkt. Jag tänkte att det var katastrof och att de hade fel. Och jag tänkte att de är fruktansvärt okunniga på det här stället, för de vet ju *ingenting*. Jag tänkte att *hur* kan de få en sådan bild av mig då de har sett mig två gånger. Det kan de inte, de vet inte.

Intervjuaren: Vad tänker du nu om anorexidiagnosen?

Katja: Att de hade rätt. Det var precis det jag hade. Absolut.

Intervjuaren: Vad har din diagnos betytt eller haft för roll för dig?

Katja: Den har spelat en jättestor roll i allting. Men, någonting som jag har trott har varit väldigt positivt många gånger med att ha en ätstörning för att det har gett mig någon form av kontrollbehov. Och att inse att det inte är ett kontrollbehov, det är ju inte jag som har kontroll utan det är ju det som har kontroll över mig. Det har inte fört med sig någonting gott förutom att jag och min man har kommit varandra väldigt nära. Vi har fått stå ut med varandra båda två väldigt ordentligt. I vanliga förhållanden har man kanske inte så djupa problem som man måste ta sig igenom.

Intervjuaren: Kan ni prata med varandra mer öppet nuförtiden om känslor?

Katja: Jo, absolut. Vi är ganska snabba med att säga vad vi känner. Nog har min man också mycket ångest till exempel. Vi är inte rädda för att säga att nu har jag ångest, nu mår jag så här. Och vi vet båda hur man ska hantera den andra personen då den har ångest, att hjälpa varandra.

Intervjuaren: Har du börjat förstå dig själv bättre genom din diagnos?

Katja: Jo. Tidigare tänkte jag inte så mycket på att jag faktiskt är så här pedantisk med allting runtomkring mig utan det har bara varit någonting som jag bara är. Jag har inte lagt någon tanke på det. Men nu måste jag istället göra ett aktivt val att nu lämnar jag de här lakanen på den här stolen. Och jag tänker inte ta bort dem förrän jag orkar ta bort dem. Eller

nu fönar jag håret, jag behöver inte tupera det eller göra någonting mer åt det. Att nu får det vara bra så där.

Intervjuaren: Har du börjat förstå också livet på ett annat sätt?

Katja: Ja, jag förstår vad som är grunden till mitt problem och nu då jag själv har en dotter som också är ganska låg i vikt, så förstår jag att de aldrig ska kommentera hennes vikt vid rådgivningen åt henne högt. Aldrig i livet får de göra det. Och i skolan, den dagen hon börjar gå själv till rådgivningen så kommer jag att ringa till rådgivningen och jag kommer att säga att: "Ni väger henne, skriver upp vad hon väger, men ni kommenterar *ingenting mer!*".

Intervjuaren: Har det kommit fram i terapin med din psykolog att det är orsaken till din anorexi, att du blev så kommenterad för ditt utseende sedan du var liten och egentligen livet igenom?

Katja: Jo, absolut. Med vår dotter försöker vi vara noga med att inte så mycket säga: "Oj vad fin du är!", "Vad söt du är!", "Vad gullig!", mera att: "Oj, vad du ser cool ut i dom där!" eller att hon är duktig på någonting. Klart att hon får veta att hon är fin. Hon tycker själv att – hon är ju som en riktig prinsessa som älskar klänningar: "Titta vad fin jag är!". Nu har hon plötsligt börjat med att hon kan stå framför spegeln och säga: "Oj, vad jag är smal, oj, vad jag är tjock!" och så håller hon på så där. Så sa jag att det där behöver du inte göra. Att det finns av allting. Man är smal eller man är tjock, det spelar ingen roll. Att hon inte behöver fundera på sådant.

Intervjuaren: Du har varit söt och vacker i hela ditt liv ända sedan du var barn och ofta blivit kommenterad utifrån din smalhet, din kropp och ditt utseende. Du har också erfarenhet av att jobba som modell. Tror du att ditt yttre i kombination med att samhället i stort är ganska utseendefixerat, att det här påverkade att du utvecklade anorexi?

Katja: Jo, det har varit väldigt mycket fokus på utsidan hela tiden. Min storasyster till exempel, som är 1,5 år äldre, hon har varit ganska rund. Vi har ett foto där vi har exakt samma kläder. Hon har potfrisyr, kort hår. Jag har långt mörkt hår. Hon är jätterund och jag är jättesmal. Och alltid när vi har tittat på den där bilden så har hon varit: "Oj, du var så fin, du var så söt!". Och det har varit lite som ett skämt att hon var lite fet och automatiskt då lite fulare än vad jag var som barn. Men å andra sidan har hon alltid varit den här som är jättesnäll och jätteduktig och hjälpsam.



Hon har haft sådana där positiva egenskaper. Jag har varit jättejobbig, jättebråkig men sett bra ut. Och kommit undan med det väldigt ofta. Hon har fått kämpa mycket mer än vad jag har behövt göra. Jag har fått vara precis så som jag är. Om man ler och blinkar lite så kommer man undan med vad som helst. Och det där har jag nog utnyttjat, alltid. Och det är dåligt, men det har jag gjort och det vet jag att jag har gjort.

Intervjuaren: Kvinnlig skönhet är ofta någonting som många vill ha, och det är någonting man ofta beundrar och avundas. Men det finns också nackdelar med den. Vad har du upplevt är det allra värsta med att se bra ut och också få höra det hela tiden?

Katja: Det värsta är att man alltid känner den där pressen på sig. Att det ska se så himla bra ut hela tiden. Jag far inte med joggingbyxor till prisma. Jag har mycket svårare att slappna av i mig själv än vad andra har. För det är så mycket den där utsidan hela tiden. Och det där bekräftelsebehovet blir enormt stort, då man blir bekräftad hela tiden. För får man inte den där bekräftelsen på en stund så vill man ha den.

Intervjuaren: Jo, det där kan jag känna igen. Man blir ju ofta betraktad och kommenterad utifrån sin utsida. Men problemet är väl att det just är en utsida. Har du någonsin upplevt att det kan bli svårt att komma fram med hela sin personlighet, eller att utvecklas som person om folk hela tiden fokuserar på ens yttre?

Katja: Jo, jo, det är aldrig någon som kommenterar att jag är rolig, vilket jag tycker att man skulle kunna få lite uppskattning för.

Intervjuaren: Jo, för att man är rolig borde ju inte ha något att göra med hur man ser ut liksom.

Katja: Exakt. Eller vad som helst, någonting annat med min personlighet som är positivt. För jag har fått höra mycket negativt med min personlighet för att jag är så omöjlig. Därför tycker jag att det är så roligt med min man för att han alltid har kommenterat saker som inte andra har lagt fokus på. Just att han tycker att jag är så rolig. Han säger det jätteofta: "Måste du vara så rolig!". Och han skrattar jättemycket, alltid om vi är i ett större gäng och jag säger någonting kul så är det alltid han som ligger på marken och dör av skratt. Och det där har varit så skönt för mig. Han kommenterar bara mitt utseende på morgonen eller på kvällen när jag är som fulast, enligt mig själv. När jag sitter utan bh i en slattrig topp och håret bara – och är osminkad och då: "Du är så söt!", säger han, "Du är så

fin!". Just sådana där saker. Men med folk, det skulle vara trevligt att någon gång få höra någonting om min personlighet. Min storebrors kompisar till exempel: "Nå, hon är nog grann hon den där!" och bla bla bla. Det är klart att man vill höra att man är snygg, det är klart att det är roligt. Men man är ju nog mycket annat än det.

Intervjuaren: Jo, skönhet och attraktion kan vara lite förrädiskt. För det är ju roligt att få höra att man ser bra ut, och det kan bli som ett beroende och så här. Men i vissa situationer om folk litet för mycket fokuserar på utseendet så kan det ju bli lite tragiskt också i och med att man kanske inte tas på allvar för det som man har att säga. Har du upplevt något liknande?

Katja: Jo, ibland har jag upplevt att folk inte tror att jag är så smart. Det här har jag hört *många* gånger. Det här är en riktig klassiker. Folk som träffar mig första gången, kan säga till det där gänget som känner mig att, det här har hänt säkert 10 gånger, att: "Jag vet inte om Katja är jättedum eller jättesmart!". Och det är för att jag själv tycker att det är jätteroligt att spela med hur man ser ut och därför blir man dum, men inte är jag dum. Inte är jag dum, alls. Jag känner mig mycket smartare än många, än de flesta om man är många i en grupp, att jag nog vet mycket mer än vad de vet. Jag är inte allmänbildad men jag är inte dum. Och jag läser av människor väldigt bra. Jag har inte brytt mig om det, men det är så typiskt just det här att de inte vet.

Intervjuaren: Jo, det är som att man alltid blir betraktad och bedömd, att det är den blicken som kommer först liksom. Det kan vara lite tröttsamt, men det tänker de flesta säkert inte på för många kvinnor vill ju vara så snygga.

Katja: Jo, det är tudelat det där. För med män så spelar det ingen roll, de bryr sig inte om jag är dum eller om jag är smart, för det går alltid hem för att de tycker att jag är vacker. Men med kvinnor, där får man nog kämpa. För de känner sig sämre, de känner sig fulare. De blir avundsjuka, det är den där avundsjukan som tar över med kvinnor. Så jag har jättesvårt med kvinnor. Jag har svårt att gå hem hos kvinnor.

Intervjuaren: Jovisst, det finns mycket avundsjuka bland kvinnor. Det blir väl som en tävling mellan kvinnor ända sedan man är liten?

Katja: Och om man som kvinna ännu säger vad man tycker och ser bra ut, då blir det ett ännu större problem. För om man är osäker på sig själv, då

kan de spela med det istället. Att okej hon ser bra ut men jag är mycket säkrare på mig själv. Men om man är säker på sig själv dessutom och vågar ta plats, då blir man ett jättestort hot för kvinnorna. En kompis till mig som är sådan att han säger exakt vad han tycker, han frågade av mig att varför alla mina kompisar är fulare än mig. Jag tyckte för det första att det var en otroligt dum sak att säga. Jag sade att det där skulle jag inte sätta en tanke på, att jag har otroligt snygga kompisar. Att det där är inte sant. Men jag förstår vad han menar med det där som han sade. Men den där tävlingen blir inte så stark tror jag, om någon då som han upplever som fulare, så har de någonting annat i sin personlighet som är mycket starkare. Så det är därför jag kommer bra överens med dem. Än om någon är snygg men inte så stark i sig själv. Det är mera det som han kanske tänker på. Jag har inte så många mesiga kompisar, de kvinnor jag känner är ganska starka i sig själva nog.

Intervjuaren: Vad skulle du säga har varit det *allra* värsta för dig med att vara snygg? Att riskera att gömmas bakom ytan, eller är det någonting annat?

Katja: I mitt fall är det att jag har så svårt med kvinnor. Det är *mitt* största problem. Med män är det inte ett problem. Jag har aldrig haft svårt med att lära känna män eller att ha män som vänner.

Intervjuaren: Leder det till en slags ensamhet och vänlöshet?

Katja: Jo. Och att folk kan vara elaka mot en på ett helt annat sätt. Kvinnor. Jag har jättedåligt självförtroende med kvinnor. För i en grupp med kvinnor så tror jag att alla hatar mig. Jag utgår från att alla hatar mig, sedan om det finns någon där som tycker om mig så är det ett plus. På den utbildningen som jag gick så där fanns det två. En startade jag mitt företag med och en tycker om mig, men alla andra vet jag att de öppet hatar mig. Så, det är trist tycker jag.

## **9. Intervju med ansvarig läkare på ätstörningspoliklinik, specialist i allmänmedicin och barnpsykiatri**

Intervjun gjordes i juni 2015

Intervjuaren: När en människa kommer till dig vad är det första som du gör – vad händer helt enkelt?

Läkaren: Jo, jag tänker så att det allra viktigaste är att börja upprätta ett förhållande, alltså ett vårdförhållande. Och det betyder att kunna förmedla en trygghet, förståelse och en tillåtande atmosfär. Att här är det möjligt att prata om allting. Och sedan å andra sidan, via mitt sätt att vara och ställa frågor, att också visa att jag känner till det här med ätstörningar. Att jag vet vad det är fråga om. För det är ju väldigt vanligt ännu inom vårdapparaten att många av olika professioner tycker att det här är någonting svårt och att de inte riktigt vet och så där och det tror jag att väldigt lätt återspeglas på situationen. För nästan alla som kommer och söker hjälp så är det en konfliktfylld situation. Dels så har man kanske äntligen – om man tänker nu – är det unga vuxna du tänker på? För det är litet beroende på åldern hur situationen är. Är man yngre så betyder ju det att det oftast är någon annan som har sagt att du måste komma. Är du äldre så är du kanske mera själv... (läkaren tar emot ett telefonsamtal).

Intervjuaren: Jo, vi kan ta som exempel just unga vuxna.

Läkaren: Så då är det ofta fråga om det att de kanske en längre tid haft och på något sätt nog själva har en känsla av att det här fixar jag inte. De flesta har i något skede nog kanske tänkt att: "Jå, att jag ska nu bara några kilo banta och sen är det bra!" Och sedan när de kommer ner till det så märker de först att: "Oj, vad bra det gick och jag mådde ju så bra!" Och att: "Det här var ju en fin grej!" Och så fortsätter de och så där och sedan i något skede så börjar de flesta tycka att: "Oj nej, nu börjar jag ju må sämre!" Det kommer olika kroppssymptom och trötthet och ångest och sömnsvårigheter och koncentrationssvårigheter. Och många har försökt då att ändra det där men så märker de att inte klarar de ju av det heller, att börja äta mera. Så då har de både en känsla av att de skulle måsta få hjälp för att de inte fixar det men å andra sidan är de jätterädda för att göra några förändringar. De är jätterädda för att bli friska. De är rädda för att de ska bli friska för snabbt, de är rädda för att kroppen ska bli frisk men inte tankarna och huvudet, som de säger. Så det är därför som det är en ganska delikat situation när man kommer och söker hjälp. Därför är det ytterst, ytterst viktigt med bemötandet och stämningen som man skapar kring hela det där.

Intervjuaren: Varför är det viktigt med vård förhållandet och bemötandet och att du kan skapa en trygg stämning när du möter patienter? Är det för att de kan berätta om sina problem mera öppet då så att du får veta hur du ska gå till väga för att hjälpa dem?

Läkaren: Jo, för att ätstörningar som sjukdomar eller störningar, hur vi vill säga, har många liknande drag. Men så har var och en på sitt eget sätt. Och vi måste alltid få reda på hur just den här personen är drabbad och vad är den här personens historia och vem är den här. Jag tänker alltid först att: "Vem är den här personen på riktigt utan sin sjukdom?" Och sedan, hon är ju i första hand en ung människa med en viss personlighet, en historia, familj, vänner, intressen, arbete, studier och sedan i andra hand har hon drabbats av en ätstörning, som vi också behöver se på vilket slag det är. Det är ganska mycket som vi egentligen behöver veta men man kan ju inte ta reda på allting första gången. Men jag skulle vilja att när de går från det första besöket så tänker de: "Oj, vad skönt, äntligen kom jag till ett ställe där man visste vad det är frågan om!". Och att: "Här kan jag gå!". För mig är det också väldigt viktigt med respekten mot den här människan som söker hjälp. Därför att ätstörningar inte är någonting som man skriver ut medicin eller säger att gör så här och så är det färdigt utan det är fråga om ett samarbete. Och då är det viktigt att den här människan som söker hjälp också blir på något sätt en aktiv aktör. Man kan inte vara ett objekt för vård och åtgärder och tro att man ska bli frisk på det sättet för det blir man inte från en ätstörning. Man måste själv aktivt på något sätt komma. En del människor har väldigt traumatiska historier, har kanske drag av personlighetsstörningar, är inte alls vana att lita på människor. Vuxna har hela livet liksom gjort dem besvikna eller inte funnits där för dem när det har behövts. Och ibland kan det kräva ett jättelångt arbete för att få förtroendet så att man tillsammans kan börja bygga upp samarbetet. Men de flesta har ju tack och lov inte så traumatiska historier så då går det lättare att komma igång.

Intervjuaren: Du sa att det är viktigt att försöka ta reda på vem personen är utan sjukdomen. Varför tror du att det är viktigt?

Läkaren: Jag tänker alltid att det är viktigt i vården. Det är ett möte mellan två människor. Jag som professionell och människan som hjälpsökande. Redan det där med att veta vilka ord kan jag använda. På en ganska kort stund när man har jobbat så länge som jag har gjort som läkare, så kan jag se att har personen mentaliseringsförmåga, hur resonerar den och så här. För man kan ju sköta ätstörningar mera beteendemässigt eller mera på djupet, med de här djupa tankarna och handlingsmodellen som den här människan har. Att där kan man redan lite se att hur pratar hon och hur svarar hon, för att veta vilken väg man ska ta. Pia Charpentier som har gjort mycket gott för ätstörningsvården i

Finland, så hon brukar säga att man måste gå in genom den dörr som är öppen hos patienten. Så då måste man lite veta vad som är viktigt för henne. Och just när det alltid är konfliktfyllt att söka hjälp och börja bli bättre, att veta den där människans värderingar, och vad som är viktigt för den där människan. Så, det kan man ju använda som någonting som motiverar någon att våga börja göra förändringarna. För ätstörningsvård handlar om att våga göra förändringar. Och sedan handlar det, jag har mycket funderat på det här i vinter, att om man riktigt ska förenkla det så handlar det om att människan *själv* vågar ta beslut som går emot ätstörningen. I början kan det vara så svårt att vi i vården och kanske föräldrarna hemma, om det är någon som bor hemma eller har någon sambo, säger att det här behöver du äta, att det här är det okej att du äter. Och då får man näringstillståndet bättre. Men för att faktiskt bli frisk från en ätstörning, så måste du i något skede våga ta det här beslutet själv. Att: "Jag behöver den här näringen!", "Jag bestämmer att nu äter jag ett mellanmål!". Och det är då som ätstörningens makt börjar brytas.

Intervjuaren: Hur gör ni på er ätstörningsenhet för att motivera någon att vilja bli frisk från en ätstörning? Är det just att ni genast från början försöker se vem hon är som person och s.a.s. tar henne på allvar?

Läkaren: Jo, jag tror att vi visar att vi vet vad ätstörningar handlar om och om du vill samarbeta med oss så kan vi tillsammans hjälpas åt och göra dig frisk. Man ger den där möjligheten och att vi har kunskapen, men vi behöver samarbetet. Vi har en fem gångers undersökningsperiod innan vi ställer en diagnos och kommer överens om vården. Och under de där gångerna så måste man få en psykologisk beskrivning av den där människan. Att vad är självbilden och vad är anknytningsmodellen, lite tankar kring det, för att veta hur vi ska prata och hur vi ska göra. Så att vi pratar samma språk.

Intervjuaren: När någon kommer till dig första gången, vad är det första du kollar upp eller lägger märke till?

Läkaren: Det är kanske just hur personen pratar om sin sjukdom. Vi fick just här en flicka med anorexi som är 15 år och varit sjuk ett år med ändrat beteende och säkert två år på tankeplanet. Och hennes sätt att tänka och resonera kring det här var, tyckte jag, väldigt reflektivt och moget. Så då vet man att här är åkern harvad, nu är det bara att så. Andra igen kan ha mycket andra problem. Depression kan vara ett grundproblem och en del kan ha väldigt tragiska familjesituationer så då är ätstörningen bara en del av det. Så då måste man lite på ett annat sätt.

Jag använder ganska mycket flaptavla eller White board, och då brukar jag försöka den där femte gången när vi sammanfattar, så skriver jag upp att jag uppfattar att det här och det här är dina problemområden och så sätter jag dit dem bara så här som bollar. Och så frågar jag att om du tycker att det stämmer, det är viktigt att hålla patienten hela tiden med i diskussionen. Och så kommer vi kanske till att det här är det här och så ser man ofta att ätstörningen kanske mera var som ett resultat av alla de här andra problemen som hon inte hade hittat någon bättre lösning på. Och så börjar vi komma överens om att vad börjar vi att jobba med. Men har du mera en ren ätstörning, att det mest bara är det, så då är det en lite enklare situation.

Intervjuaren: Hittar ni alltid en väg ut från ätstörningen för varje patient som kommer?

Läkaren: Jo, det är hemskt ovanligt att någon skulle säga efter en utredning att jag kommer inte mera. Det kan vara någon tonåring, 14-15 åring, som föräldrarna har tvingat dit, säkert helt rätt, men som säger: "Okej, jag har gått med på att jag går bara de här fem gångerna och sen kommer jag inte mera!". De flesta kommer nog och om det är någon som vi tycker att det är ganska lindrigt, så då kanske vi kommer överens om bara något uppföljningsbesök. Vi får ju också tack och lov väldigt många lindriga fall eftersom det är lätt att komma till oss, det behövs ingen remiss. Någon enstaka är sådan som inte kommer. Så är det alltid. Man kan inte tänka att man har en sådan modell att man når alla just då, för att mycket inom psykiatri överhuvudtaget är fråga om timing men också en vilja att de ska lämna med en känsla av att: "Ja, där visste man och där var man vänlig och förståelsefull!". Att: "Jaa, att kanske jag nu senare skulle kunna...". Vi har haft någon som efter något år själv har kommit. Första gången hittvingad av föräldrarna och har vägrat sedan själv vidare men sedan efter ett par år kommer de själva och då är de psykologiskt beredda på ett helt annat sätt. Aldrig straffa och aldrig fördöma.

Intervjuaren: Hur går det till när du diagnostiserar en patient?

Läkaren: De flesta kommer ju till polikliniken, till oss då. Och då har vi som sagt de här fem gångerna som de går. Och där är dels då en intervju som är första gången plus två gånger till när de går till sjukskötaren, så tar man ännu noggrannare intervjun. Och sedan är det en läkarundersökning och det är en läkarbedömning som både gäller den psykiska hälsan och måendet och den somatiska hälsan och måendet. Så man gör också en kroppsundersökning på vanligt sätt men sen också

frågar kring olika symptom eller hur man tycker man behöver göra en bedömning. Att är den deppig, är den tvångsmässig, hur mycket ångest har den, har den självskadebeteende, har den självmordstankar eller är det här någon som man tycker att här är lite sådana här aspergerdrag? Det är ju vanligare vid autismspektrumstörningar, med det här. Eller är det en idrottstjej eller idrottspojke och hur mycket betyder det här. Och vad är förhållandet till föräldrarna och har den kamrater eller inte och så där. Och sedan har vi ett rutinpaket med labbprov som vi tar. Dels för att se hur mycket den här svält graden är, att syns den, och ofta ser man låga leukocyter och trombocyter. Och så tar vi IGF-1 som indirekt återspeglar svälten i kroppen. Och sen också vissa prov för att utesluta andra störningar och hjärtfilm. Och jag tycker det är bra. Vi har ett grundbatteri som vi har tänkt igenom. Och också läkarundersökningen, den där kroppsundersökningen, så där försöker man bedöma graden av svält i kroppen. Och det är ju så att man kan ha svält i kroppen fast vikten är normal. Det är ju speciellt om man tänker att man har någon bulimi eller man har hetsätning och uppkastningar i samband med en anorexi, alltså en purging type anorexi. Det är inte bara den låga vikten i sig utan det kan ju vara svält på cellnivå om man äter hemskt oregelbundet. Så det behöver en läkare. Och hur mycket muskelsvaghet, hur ser huden ut och allt det där som kommer. Men jag vidhåller att det ändå är en sådan kunskap att den ska kunna göras på en sådan nivå att man inte ska behöva gå skilt till en kroppsläkare och skilt gå till en psykiater. Den här grundkunskapen har nog läkare. Sedan om man tycker att: "Oj, här är någonting som inte man själv klarar av!", sedan kan man konsultera. Om du tycker att du börjar misstänka någonting. Ibland så har vi någon med hjärtrångel till någon inremedicinare eller någon som har någonting neurologiskt som går till neurolog.

Intervjuaren: Jo, det som jag kommer att tänka på här är att vem det är som sedan ger den slutgiltiga diagnosen?

Läkaren: Jo, det som saknades från det här är att vi har ju vissa frågeformulär som vi fyller i, eller patienten fyller i, och så sätter vi det på datorn. Så vi har forskning nu kring självbilden och ätstörningar. Allt som har relevans för ätstörningsdiagnostik. Hos oss är det så att läkaren är med på första besöket, sedan på läkarundersökningsbesöket och på det femte besöket. Och det är oftast jag då. Och sedan är det en annan läkare, som jobbar lite mindre, där också. Och det är på det femte besöket så då, det är ju som en sammanfattning, en bedömning av patientens symptom och undersökningsresultat som ger den där diagnosen. Och det är ju så



att man inte bara kan ha en lista sådär och säga utan nog är det ju alltid det där att det bygger också på erfarenhet. Och speciellt eftersom vi alltid gör en bedömning av svårighetsgraden och av samsjuklighet. Att det är läkare hos oss som alltid ställer diagnosen.

Intervjuaren: Är det så att man liksom utgår från kriterierna i t.ex. DSM- eller ICD-manualen samtidigt som man gör en bedömning av vilken situationen är för personen? Någon slags kombination?

Läkaren: Jo, det är ju så att läkararbetet, det heter ju faktiskt på gammalmodigt sätt "läkekonst" och det är det som det är frågan om. Det är viktigt att känna till vad som är "evidensbased", det är viktigt att känna till diagnoskriterier men så kommer det alltid ett annat mått med där. Att det ändå är en bedömning i sista hand.

Intervjuaren: Aha, precis, det är intressant det här med vad du säger om att det handlar om en bedömning i sista hand. Hur är det med tiden? Räcker den till för att ni ska kunna göra en omfattande bedömning av någon?

Läkaren: Jo, vi har nog byggt upp det på det sättet. Om det inte är några semestrar eller om patienten har några resor eller så, så tar det fem veckor det här.

Intervjuaren: Tar det fem veckor att ställa diagnosen?

Läkaren: Jo, vi har besök en gång i veckan. Och det är viktigt att det blir en process av det. Och så tycker jag att för mig som läkare, så nog kan jag kanske på ett besök säga ganska mycket om någon, men inte känns det så där riktigt bra. Men då jag träffar någon femte gången, då är det tredje gången jag träffar den och så hör jag av skötarna deras uppfattning om det, hur de har uppfattat det och hur det har gått. De kanske har ätit ett mellanmål där så att man vet lite konkret också hur ätandet går. Och så ser jag på labben och frågeformulären och sammanfattningsvis så tycker jag att jag har en ganska stabil grund att sätta. För jag tycker det är en väldigt ansvarstygnd sak att ställa en diagnos. Det är viktigt, alltså man behöver det, men det är också viktigt att den är korrekt. Jag är ju specialist i allmänmedicin först och sedan är jag barnpsykiater och jag har jobbat 18 år på en barn- och ungdoms mottagning och sjukhus. För ibland är det ju så att föräldrarna kan komma och fråga att har det här barnet Asperger. Så det är ju inte alltid riktigt klart kanske vid en fyra, fem, sexårsåldern ännu vad det är. Och då tycker jag det är viktigare att säga

att nu kan vi inte ännu säga, att vi måste följa med utvecklingen i några år. Och en del föräldrar tyckte ju inte alls om det där. Men jag tyckte att det är man skyldig barnet av respekt mot den. Sedan först när man är tillräckligt säker så sätter man den. Utvecklingen visar ofta. Med ätstörningar är det ofta så att där sker allting mycket snabbare än någon Aspergerutveckling. Så det är kanske på ett lite annat sätt.

Intervjuaren: Så det är du som sedan ställer den slutgiltiga ätstörningsdiagnosen?

Läkaren: Ja, och sedan den andra läkaren som jobbar där så hon är barnläkare. Det är vi två som gör det.

Intervjuaren: Vilka faktorer ser du som viktiga att beakta när du ställer en diagnos?

Läkaren: Nå, diagnosen, som du säkert har studerat, betyder ju diagnosat via kunskap och det är helheten. Helheten är viktig och sedan att man tittar på diagnoskriterierna. Och sjukhusen är tvungna att använda ICD-10 systemet för det är det som patienten skrivs in och skrivs ut på och det är det system som FPA använder. För det är ju ofta som man behöver ha något intyg dit. När vi forskar använder vi hellre DSM-5 systemet, det här nya. Men eftersom jag kan diktera sjukberättelsen hur jag önskar, så där kan man ju då sätta DSM-diagnosen om man tycker att man behöver. Men nu när vi gör en uppföljning av alla nya patienter med självbild och resultatet av vården så då använder vi DSM-5. Det är ju ett nytt system, det är kanske lite bättre, men inte är det något optimalt system det vi nu har på de här diagnoserna när det gäller ätstörningar.

Intervjuaren: Vad är en diagnos enligt din uppfattning?

Läkaren: Det är en bedömning av patientens symptom och undersökningsresultat. Och nyttan är den, både för patienten, att man får ett namn – vad är det jag har? Och sedan kan det ha betydelse – vid ätstörningar är det kanske inte lika mycket, men vid andra sjukdomar har det ju betydelse – för vården, vilken vård den behöver och sedan för prognosen. Att veta lite hur det går. Men som sagt, det är kanske lite tydligare för andra sjukdomar än för ätstörningar, det här med vård och prognos. På det sättet har det att man vet, vi har jättegodt vårdresultat, över 80 % är helt friska efter fem år. Så jag säger åt mina patienter att det är en ätstörning och att det är en allvarlig sjukdom och att man kan bli frisk. Men att det är jättesvårt att veta hur lång tid det tar.

Intervjuaren: Så en diagnos är inte enbart en beskrivning på ett sjukt ätbeteende? Och inte heller t.ex. en definition på sjukdom, om man exempelvis skulle tänka sig att en ätstörning i grunden handlar om att jag har en felfunktion i biokemin i min hjärna? Utan som du ser det handlar en diagnos först och främst om en *bedömning* av en patients situation?

Läkaren: Ja, en bedömning av en patients symptom och undersökningsresultat. Om man tänker sig, som vid ätstörningar, om vi håller oss till det, att man bara skulle följa diagnoskriterier, så då skulle du bara kunna fråga folk att har du det och det. Och kruxa för och få en diagnos. Men det säger ju alla att det är inte tillräckligt utan sedan måste man i andra hand göra en intervju. Där kommer den andra aspekten med. Och i vissa fall kan man inte säga direkt att har de anorexi eller har de bulimi utan de har en ätstörning med drag av det där ena och det andra, speciellt om det inte är så riktigt allvarligt ännu. Och då brukar jag säga åt dem, när de frågar om jag har det eller det, att jag är övertygad om att du har en ätstörning men i det här fallet kan man inte säga om det är anorexi eller bulimi. Jag tänker alltid att ätstörningen är den där huvudrubriken. För den innefattar hemskt mycket gemensamma tankesätt och handlingsmodeller och hur viktigt det här med kroppen, vikten, kroppsformen och viktfobin är. Det sätter patienten i en viss kategori: det är ungefär de här sakerna som bestämmer den här människans liv.

Intervjuaren: Varför behöver du diagnoser som läkare?

Läkaren: Om man tänker rent administrativt så behöver jag dem som läkare just för sjukberättelserna och för kommunikationen till folkpensionsanstalten och myndigheterna kräver att få veta vad det är. Men diagnosen är också någonting som blir till ett redskap i arbetet mellan mig och patienten. Att: "Nu är det en ätstörning du har, och din ätstörning tar sig uttryck så här att du har de här och de här sakerna som är väldigt vanliga med en ätstörning och sedan har du lite de här personliga dragen som inte alla har". Och så är det ofta så att en ätstörning, om man tänker på anorexi, en del har det mera förbundet med depression, andra med mera tvångsproblematik, någon annan med mera ångest. Jag tycker många gånger med dom här flickorna, vi har ganska många 14,15 och 16 åringar här också på dagavdelningen, att vi tillsammans funderar att: "Jå, att din anorexi är förbunden med det här och det betyder det här och det här i din vardag."

Intervjuaren: Okej, så fast du har de här diagnoserna som på ett sätt ger dig en definition eller en beskrivning på ett visst sjukligt beteende, så behöver du förstå själva människan/individens bakom sjukdomen för att kunna använda diagnosen som ett redskap?

Läkaren: Jo, diagnoser är mera som ytfenomen kan man tänka, men vi jobbar mera på ett djupare plan. För annars tror jag inte att man får någonting till stånd.

Intervjuaren: Jo, det är en spännande tanke att diagnoser mera är som ytfenomen. Varför behöver ni då diagnoser inom ätstörningsvården?

Läkaren: Jag tror nog att det är jätteviktigt därför att många som kommer i vård har en känsla av att: "Jag är kanske inte tillräckligt sjuk!" och "Jag borde inte vara här, någon annan behöver mera den här platsen!". Ätstörningen är ju, och speciellt anorexin, är egocytton, alltså den blir *ett med jaget*. Och då är *jag* dålig och *jag* klarar inte av det ena och det andra. Och har vi inte en diagnos på det så är det jättesvårt att börja diskutera det här. Att: "Du är inte det här, du är den du är, du är den och den flickan och sedan har du *drabbats* av en ätstörning. Och det gör att du tänker och handlar på det här sättet. Och det första i vården är alltid att få igång ett moment av psykoedukation, att de får lära sig saker kring det. Och sedan det andra, att få det här lilla ifrågasättandet: "Jaa, jag tänker så här men tänk om det inte är så, tänk om det finns andra sätt att tänka." Och att på det sättet börja lite luckra upp det där strikta systemet som de har fastnat i.

Intervjuaren: Så kan man säga att diagnosen blir som ett redskap för dig när du försöker få individen att öppna upp sitt tänkande på sig själv och på världen? Ett sätt att öppna upp flexibiliteten?

Läkaren: Jo. Och vi pratar ofta om det här att när man har ätstörning så har man ätstörningsglasögon på. Man ser på allting via ätstörningen. I min värld av någon anledning, så tänker de alltid i orange, de ser allting i orange. Sen senare när de är friskare kan de berätta att de märker att nu kan de se på ett annat sätt på samma sak som de tidigare bara såg med ätstörda ögon. Det präglar hela ens sätt att se på sig själv och omvärlden.

Intervjuaren: Och varför tycker du det är viktigt att ge någon en ätstörningsdiagnos ifall den personen kommer till dig?

Läkaren: Just för att få igång det här samarbetet och förståelsen. Ett redskap.

Intervjuaren: Precis. Hur skulle du i etiska termer (t.ex. i omsorg) beskriva det som du gör när du diagnostiserar någon med en ätstörning?

Läkaren: Jag funderade på din fråga och jag kanske inte riktigt förstod vad du menade.

Intervjuaren: Jo, alltså egentligen handlar ju mycket av det som du redan berättat om vad jag skulle kalla etik i sjukvården.

Läkaren: Jo, för etik för mig är ju respekten och att en läkare får aldrig skada sin patient. Så allt vad vi gör måste göras på ett sådant sätt. Vi kan ju inte alltid bota, fast vi ofta vid ätstörningar *kan* bota, vilket folk inte tror, men det är sant om man ser på ett längre perspektiv. Lindra kan vi ju alltid. Och sedan att få den där förståelsen som kan hjälpa. Men nog är det någonting i det här sättet att förhålla sig till andra människor. Mina grundvärderingar som läkare – förr har jag inte tänkt på det, men vi har ju i Finland det här systemet med arkiater. Nu är det ju Risto Pelkonen som är arkiater, alltså en äldste inom läkarkåren, så det är en hederstitel. Så, han en gång skrev i en artikel om sina grundvärderingar som läkare, så då tänkte jag att så där har jag ju tänkt men jag har aldrig formulerat dem. Och väntas nu, nu ska vi se vad det är på finska. Det är: "pienen ihmisen puolustaminen", alltså att försvara den lilla människan, "oikeudenmukaisuus" (rättvisa), ja (och) "suvaitsevaisuus" (tolerans). Och jag tycker att har man det här så då har du en bra inställning till alla människor. Då behandlar du alla människor oberoende av deras samhällsställning eller bakgrund eller någonting. Kan man hålla sig till det så hålls man nog ganska bra på den rätta vägen. Och det där är säkert dels en grundinställning till andra människor som man har fått hemifrån i barndomen. Alltid har man ju inte fått det men man kan ju som vuxen också komma till det, men ofta är det någonting som man bär med sig.

Intervjuaren: Att det är någonting som man kan utveckla också, hela tiden. Har du märkt det i ditt jobb?

Läkaren: Jo, kanske att jag har blivit mera medveten om det. För att förr när jag jobbade, jag har jobbat 15 år inom somatik, så där är det ju inte så viktigt att fundera alla gånger på sådant här. Men inom psykiatrin ska ju det vad man gör vara medvetet, så då hamnar man att fundera. Det är ju det som både är utmanande och jobbigt.

Intervjuaren: De flesta patienter som du möter lider säkert. Hur kommer du (din personlighet och dina känslor) fram i diagnostiseringen? Eller spelar det någon roll när du gör en bedömning av en patient?

Läkaren: I min värld har det där begreppet lidande *ingen* relevans på det sättet att det skulle vara till någon nytta. Klart att alla människor, när man har en sjukdom så lider man, men det leder ingenstans. Utan jag tänker mera i termer av livskvalitet och jag tänker i termer av psykosocial funktionsförmåga. Det här lidandet är någonting som har med vårdvetenskap att göra. Jag har förut blivit intervjuad av sådana som har studerat till sjukskötare och så brukar de fråga mig om jag lider i mitt arbete. Och jag tycker att det är en helt irrelevant fråga. Klart att det är tungt och så där men jag förstår inte det där begreppet. För mig är lidande någonting som jag sammankopplar med buddism och sådana tankar. Men livskvalitet det är viktigt, det är ett viktigt begrepp. För det handlar om att man så långt som möjligt är subjekt i sitt eget liv. Och sedan, psykosocial funktionsförmåga är viktig, för jag har jobbat mycket med unga människor och det är viktigt att man kan studera och vara med andra människor. Att man har vänner, kamrater och får ett arbete och blir på det sättet en del av samhället. Man ser ju idag, jag tycker att det är jättetragiskt när så många unga människor är utan arbete, de blir ju helt marginaliserade och får en väldigt negativ självbild av det. Att de inte duger till någonting. Och de här är ju i riskzonen, sådana här o skötta, ätstörda, att hamna utanför.

Intervjuaren: Men skulle du då säga att du använder din personlighet och dina känslor på något sätt när du diagnostiserar, när du försöker förbättra en patients liv eller livssituation?

Läkaren: Jag skulle säga att i diagnostiseringen, tycker jag kanske inte att det är rätt att säga så, men jag själv är ju mitt viktigaste instrument i mitt arbete. Jag och min personlighet och mina kunskaper. Och vid möten med patienter så tittar man ju på vad de säger och vad de inte säger och vad de säger mellan raderna. Det handlar ju mycket om vilken känsla jag får och vilken stämning det blir på de där mötena. Det är viktiga saker i vården men klart att eftersom diagnosen är en bedömning, så nog finns det ju någonting med av det där men nog måste diagnosen ändå vara mera faktabetonad. Det hjälper inte att man tycker synd om någon, det betyder ju inte att den är sjuk.

Intervjuaren: Nej, det är sant.

Läkaren: Det måste handla om någonting mera än det. Den stora skillnaden är mellan sympati och empati. Jag tycker att det ofta står konstigt kring det. Ofta handlar det om att någon vän kan man berätta åt och den kan bekräfta dig och så här i dina svårigheter. Men den har svårt att börja konfrontera eller göra någonting. Empati, det är en känsla av att man förstår den andras situation. Det är ju någonting att man kryper in i skinnet på den andra, men samtidigt är empatin, om man använder den professionellt, att man ska hålla avståndet. För om du är för nära en patient så kan du inte göra någonting, du blir handlingsförlamad. Du sugts in i patientens värld. Du måste som professionell ha ett avstånd och då kan du se att vad kan jag göra för att hjälpa. Avståndet behövs och sedan lite den där metanivån, att du måste titta på fenomenet från en högre nivå för att förstå att aj ja, därför gör den si och så. Att det finns tillräckligt med tid att tänka efter och fundera och diskutera med andra i teamet, är väldigt viktigt inom psykiatrin. Så därför kan du inte ha alls lika många patienter per dag som inom en annan läkarbransch.

Intervjuaren: Är det viktigt att man diskuterar med andra inom vårdteamet om en patients problematik och försöker göra en bedömning utifrån det?

Läkaren: Jo. För mig skulle det i och för sig räcka med bara någon enstaka, men här för ett team på en dagavdelning, är det viktigt att alla får förståelsen. Så att vi alla jobbar åt samma håll.

Intervjuaren: Den här frågan har du egentligen lite redan svarat på, men skulle du säga att läkaryrket handlar om att hjälpa en människa eller är det att konstatera biologiska fakta om en patient?

Läkaren: Jag tror att jag redan har svarat på den. Men det kan jag säga att jag använder mig av biologiska fakta, för jag kan visa och jag kan ofta säga till patienten att ser du, nu är inte ditt näringsstillstånd ännu bra fast du själv tycker det. Nu har du låga leukocyter, du har låga trombocyter, du har låg puls och kalla händer och fötter. Och på det sättet använda för att motivera till förändring.

Intervjuaren: Finns det någonting i diagnostiseringen av ätstörningar som du upplever är problematiskt?

Läkaren: Jo, det finns mycket. Och speciellt det här att inget diagnossystem tar i beaktande att inom ätstörningar så går du ofta från en diagnos till en annan. Från anorexi så kanske du först går via bulimi

och sedan kanske du blir frisk. Eller från anorexi går du till EDNOS, alltså en lindrigare sjukdom och sedan först blir du frisk. Det är ju ologiskt, hur skulle en sjukdom byta till någon annan. Så därför tycker jag att det är enklare att tänka att man har en ätstörning och sedan har man olika undergrupper. Men vi kommer säkert om 20 år inte att ha de här diagnoskriterierna vi har idag. Men vi måste ju leva efter det. Det är det bästa systemet vi har kommit till hittills. Så vi måste ändå använda oss av det. Det är också som ett språk, hur kan vi annars jämföra olika forskning, om vi inte vet vad slags patienter där har varit. Vi hamnar att anpassa oss.

Intervjuaren: Hur gör du för att bedöma om det i ett enskilt fall handlar om sjukdom eller om personen har så lindriga problem att ingen diagnos behövs?

Läkaren: Nå, jag tänker alltid att hur mycket det påverkar den där människans liv. Till exempel, hur påträngande och dominerande är ätstörningstankarna? Vi har människor som hamnar in i sådant att de väger sig varje morgon och beroende på vad de väger så går de ut ur huset den dagen eller inte. Har du igen lindrigt, om du har ätstörningstankar, så de kommer och går men du oftast inte måste handla utgående från dem. Men de kanske nog besvärar och plågar dig men du gör ingenting ännu. Då är du kanske inte ännu där att det är fråga om en diagnos. Utan det är ett förstadium som du antingen kan få hjälp att komma ur eller av egen kraft ta dig ur det, eller med hjälp av vänner. Så du hamnar liksom aldrig i sjukdomen.

Intervjuaren: Vilka är de största problemen inom ätstörningsvården i Finland idag?

Läkaren: Ojämligheten. Alltså att det är så beroende på var du bor hur du har möjlighet att få vård. Bara på vissa orter finns vettig ätstörningsvård. Det har hänt mycket de fem senaste åren. Många enheter har börjat nu grunda någonting liknande som vi har här. Men det tar tid att få erfarenheten in.

Intervjuaren: Kan det här bero på att ätstörningar är så uppdelade i en kroppslig och i en psykisk sida? Att det liksom blir svårt att organisera och systematisera en vettig vårdmodell?

Läkaren: Jo, det är kanske en svårighet. Men mycket tror jag också att det har att göra med att av tradition har ungdomspsykiatri i Finland varit



väldigt psykodynamiskt präglad och då har man kanske en annan syn på vad ätstörningar är. Man har tänkt att bara man får ungdomsutvecklingen igång så sedan på köpet så blir ätstörningen bra. Att man inte behöver just adressera ätstörningen. Medan vi här har en mera kognitiv modell. Vi tänker att ätstörningen måste vi i första hand sköta bort och sedan kanske det där andra ännu finns som behöver någonting. Men det är ju så dagligt närvarande, de flesta människor äter en fyra-fem gånger om dagen. Om man varje gång har svårt med det, så jag menar, med sunt bondförnuft ser man ju att det här måste man komma åt.

Intervjuaren: Är det så att ni först behandlar själva ätstörningen och ifall någon t.ex. har ett ångestsyndrom, tar ni itu med det efter att ni har fått igång ätandet?

Läkaren: I de flesta fall så kan man samtidigt vårda. Så där att det går vid sidan om, att det integreras som en depression och ätstörning, för de förstärker ju varandra. På sätt och vis så vårdar vi samtidigt. Men har du svår bakgrund och trauma och sådant så då kan det hända att sedan när ätstörningen är borta så kan du gå i terapi som mera tar de sakerna i beaktande. Men de flesta behandlas så att när de slutar vid oss så är allt behandlat.

Intervjuaren: Är det svårt för ätstörningsvården i Finland överlag att se vad som kan vara orsaken till att en viss patient insjuknat i en ätstörning? Jag tänker mig nu att det kanske kan vara svårt ibland att hitta rätt behandling? Säg att jag t.ex. har en depression, något slag av ångestsyndrom, någonting har hänt i min barndom och jag har en ätstörning, så kan det kanske enkelt gå snett. Man kanske börjar behandla fel saker?

Läkaren: Jo, vi får ju också in patienter från andra sjukhus, som har fått vård tidigare någon annanstans och inte blivit friska. Och där har man kanske just försökt fokusera på att sköta någon depression eller något annat. Man har inte alls liksom beaktat det här med ätstörningen. Och då blir ju inte patienten frisk. Och väldigt vanligt inom Finland är ju också ungdomar som hamnar till ungdomspsykiatri och också säkert vuxna. Att man länge tar så där allmänt om den unga. Att man kan gå många besök innan man alls kommer in på det där med hur ätandet fungerar. Medan vi redan på första besöket frågar konkret kring ätandet.

Intervjuaren: Så det krävs verkligen en specialkunskap om kroppen, psyket och ätandet när det gäller att kunna bota eller hjälpa personer med en ätstörning?

Läkaren: Jo, det är kanske den insikten som nu börjar komma när det kommer alltmera specialpolikliniker och universitetscentralsjukhus också andra än Helsingfors. Det är som du säger, det är en sjukdom där det somatiska och det psykiatriska är ihopvävt. För att bli kostnadseffektivt och få bra resultat så behöver de ha specialenheter. Det har man inte velat inse men nog har man fått ge upp.

Intervjuaren: Leder diagnosen alltid till att personen får den hjälp hon skulle behöva? Om inte så varför?

Läkaren: Någon annanstans säkert inte. Inte överlag i Finland. Hos oss gör det ju det, men inte annanstans, det är ingen självklarhet. Och vuxna överlag har svårt att få bra ätstörningsvård. Inte har vi här heller för vuxna, vi har så pass begränsade resurser. Vi har ju det här projektet på gång att försöka hitta modeller för det men.

Intervjuaren: Vilka är fördelarna med att en person får en ätstörningsdiagnos?

Läkaren: Det är väl just det här att då får den ett namn på det och ganska mycket att den där människan får lära sig att tänka att det här hör ihop med ätstörningen och det här är mina egna friska tankar. På det sättet kan man externalisera det och då kan man börja jobba mot det.

Intervjuaren: Och finns det några nackdelar med att en person får en ätstörningsdiagnos?

Läkaren: En självklarhet är ju att om man inte har det, om man får en diagnos som man inte har, så då är den inte till någon nytta för personen. Annars har jag nog svårt att se att den skulle vara till någon nackdel, om den är på ett vettigt sätt given med förståelse.

Intervjuaren: Brukar dina patienter någon gång prata om att diagnosen stigmatiserar, att den ger dem en etikett och så här?

Läkaren: Ganska sällan. Vi har ibland tonåringar som har en ätstörning och så har de kanske en depression och en beteendestörning. De har många olika saker. Och de kanske har varit missnöjda med vården för de har kunnat säga då tidigare, när vi gjorde uppföljningen, så sa de att man

för mycket fokuserade på ätandet, medan de skulle ha velat mera prata om andra saker. Det är nog viktigt att inom personalen vara lyhörd för vad patienten vill. Och då måste man ju säga att: "Okej, vi tycker att du har den här ätstörningen, det skulle vara viktigt att ta tag i det, men om du själv inte på något sätt har utrymme för det och istället vill prata om det här andra, så kan vi göra det". För sedan när förtroendet växer så småningom, så blir det kanske möjligt. Jag ser ju ätstörningar som ett människans försök att i en besvärlig situation, hitta en lösning på sina problem. Och om man har hittat en lösning, inte vill man ju avstå från den meddetsamma. Och sedan är det ju naturligtvis många faktorer som påverkar att man väljer det där med ätstörning men det är ett lösningsförsök.

Intervjuaren: Anser du att det skulle vara bra för ätstörningsvården att patienten får vara delaktig i beslutet om vilken typ av behandling som skulle vara effektiv?

Läkaren: Absolut. Vi försöker ju alltid ha patienten med så långt som möjligt. Vi kan ju inte tänka att vi har tio olika vårdformer och så kommer patienten och säger att jag tar det och det, på en liten klinik. I Stockholms centrum för ätstörningar som är stor, där över 100 personer jobbar varje dag och det är flera tusen patienter, där finns ungefär 10 olika avdelningar. Så där kan patienten tillsammans med sin behandlare fundera att kanske det här skulle vara det som du just nu behöver. Där kan man kanske mera välja. Men visst har det stor betydelse att patienten får vara delaktig i hur vi bygger upp vården, inom ramen för det som är möjligt. T.ex. här, vi har ju en privat ätstörningsklinik i vår grannstad, men vi som är inom det här offentliga, inte kan vi härifrån börja ge betalningsförbindelser dit, eftersom det är så ont om pengar i kommunerna, då måste de där pengarna på något sätt sättas hit. En sådan frihet finns ju då inte, att säga att kommunen ger mig betalningsförbindelse till den och den privata kliniken. Vi är inte så rika i Finland.

Intervjuaren: Tror du att om en patient får vara delaktig i besluten om vilken vård som passar, att det kan ge den personen en större ansvarskänsla och motivation för att tillfriskna?

Läkaren: Jo, det gör det. Som jag sa, jag tror inte att någon blir frisk förrän de själva gör det där beslutet att börja äta. För så länge någon annan säger att du ska äta så är ansvaret den andras. Det betyder att dina egna tankar inte på samma sätt anklagar dig. Att: "Varför var du så dum och åt, nu

skulle du ju ha kunnat fuska!" Men den dagen du själv tar det så då har du måstat möta det här att man faktiskt behöver äta.

Intervjuaren: Vilken betydelse hoppas du att diagnosen ska ha för en människa?

Läkaren: Ja, att det ska vara ett viktigt steg i den här tillfrisknandeprocessen.

Intervjuaren: Hur ser du på själva tillfrisknandet? Vad innebär det för en person som drabbats av en ätstörning?

Läkaren: Det är vägen från störningen till det friska livet. Det är ofta så att när vi bedömer, så vi har ett psr system, psychiatric status rating, som inte är specifikt för ätstörningar men som är bra här. Där är en femma-sexa en svår sjukdom, en etta är ingenting och en tvåa är att man har kanske de där tankarna men oftast ändå handlar på det friska sättet. Så tillfrisknandet kan du mäta, hur du går framåt. Och det ser ju säkert olika ut för olika patienter. Det kan man inte veta. Vår uppgift är att vi får in dem på tillfriskningsstigen och så börjar man se hur det går.

Intervjuaren: Det finns många debatter om vad sjukdom är. Hur tänker du på sjukdom? Vad är en sjukdom enligt dig?

Läkaren: Sjukdom enligt mig? Det är så sällan jag tänker på sjukdom, jag tänker som på ett annat plan. Så därför så känns det så där att va? Att det där, ätstörningar är ju störningar, att man börjar tänka, handla och resonera på ett annat sätt. Och det sedan i sin tur påverkar självbild och så här. Så ätstörningar är en störning, det är ju inte en sjukdom så där som en öroninflammation att vi precis vet och så här. Och det leder alltid till en funktionsnedsättning och det har en negativ inverkan på utvecklingen.

Intervjuaren: Är psykiatriska diagnoser som anorexi eller bulimi relaterade till sociala omständigheter?

Läkaren: Du menar att under vissa omständigheter så ökar diagnoser eller vad menar du med relaterade?

Intervjuaren: Jo, jag tänker på hur vårt samhälle ser ut t.ex. med all utseendefixering, om du tror att sådana saker påverkar att man kan insjukna i ätstörningar?

Läkaren: Jo, det tror jag. Och jag tror att alla tider, jag är väldigt intresserad av historia och läser det gärna, och det att vi har ätstörningar idag så har ju att göra med hur vår värld ser ut idag. Skulle vi leva på 1800-talet så skulle det vara några helt andra sjukdomar som skulle vara aktuella. Det finns en antropolog som heter Margaret Mead, hon lever ju inte mera och jag minns att jag var väldigt ung när jag läste hennes böcker från Oceanien, och jag tyckte det var så spännande. Hon har sagt att i tider av stor förändring i ett samhälle så tenderar människan att uttrycka sig via kroppen. Och det är en hemskt spännande tanke. För idag är det ju så att en aspekt är att vi vet att ätstörningar kommer mycket nu i u-länder och i arabvärlden. Och jag hörde en jätteintressant föreläsning en gång, hon var egyptier till bakgrunden men levde i England i London. Hon pratade mycket om att i många kulturer har ätstörningar inte med vikten och kroppen att göra utan mera med identiteten. Att hitta sin identitet om man hemifrån har de här gamla, traditionella, hur man har levt i arabvärlden. Och familjen har kanske flyttat, man är flykting, och nu lever man i en helt annan kultur. Och hur ska man förena det där. Och det där tycker jag att man ser här också. Och det här är ett ganska kontroversiellt ämne, jag har inga vetenskapliga bevis för det, men vi har haft väldigt mycket ätstörningar bland barnen från de här storfamiljerna. Och de lever ju lite i en brytningstid. Hemifrån är deras föräldrar uppvuxna väldigt strikt – inte TV och inte kjol till skolan och hela det sättet att vara. Och nu har ju världen ändrat. Också laestadianfamiljerna idag lever på ett annat sätt och är mera utsatt för det här. Hur ska du liksom förena det här? Hur ska du leva som kvinna?

Jag tycker att unga kvinnor idag är utsatta för väldigt stora påfrestningar. Och jag tycker nog ibland att det ser ganska hjälplöst ut, deras sätt att försöka hantera – hur ska man vara mamma. Och ofta ser man på stan, de kommer med sina ungar och så pratar de hela tiden i telefonen. Och jag tänker att då när jag själv var ung, det fanns ju inte ens då när jag var mamma. Men inte skulle jag någonsin ha tänkt på att göra på det där sättet. På många dagisar står det att stäng telefonen när du kommer till dagis. Jag vill inte fördöma någon men det säger ju bara på något sätt att det är så svårt att hitta det här sättet att leva och det är ju kvinnans ställning som mest har ändrat. Så det är ganska naturligt att i en sådan här värld, som betonar det individuella och prestationer och utseende och sådant här, att då faller man in i det. Och nu är det ju inte bara smalhetsidealet utan nu kommer väldigt starkt fitnessidealet. Där måste jag nog säga att jag måste alltid använda jättemycket av min fantasi och empati för att förstå hur kan man som kvinna vilja se ut så där. Jag förstår

inte. Jo, så ätstörningarna har ändrat. Förr var man jätterädd för fetter, nu är man lika rädd för socker och kolhydrater och gluten. Det är nog så att vi lever i tiden.

Intervjuaren: Jo, det verkar vara så att ätstörningar nuförtiden handlar mycket om att söka sin identitet. Många unga kvinnor ser ut att vara förvirrade om sig själva och vad de vill.

Läkaren: Jo, och det är okej så länge det bara drabbar dig själv men den dagen du blir mamma, så indirekt drabbar det ju barnen också om du inte riktigt vet vem du är.

Intervjuaren: Vad tycker du om de diagnosystem som finns i DSM eller ICD? Vilket system använder du mest? Eller använder du något av de här systemen?

Läkaren: Jo, jag är ju tvungen att använda ICD-10. Och den här nya DSM-5 tycker jag nog att har en lite vettigare indelning när det gäller ätstörningar.

Intervjuaren: Att nya DSM-5 har en vettigare indelning?

Läkaren: Jo, för där har man t.ex. breddat anorexi, det är som en bredare definition. Det är från BMI 18,5 och neråt så är anorexi, om du har det här tänkesättet. Och man har ju lämnat bort kriteriet med mens eller inte för det håller inte. Så åtminstone anorexi går åt rätt håll där.

Intervjuaren: Du har egentligen redan nämnt lite om det här men anser du att man borde kategorisera ätstörningsdiagnoserna på ett annat sätt än hur de grupperas i diagnosmanualerna idag?

Läkaren: Nå, jag tänker nog att vi inte riktigt har ett optimalt system.

Intervjuaren: Tänker du att man borde ha en övergripande ätstörningsdiagnos med olika undergrupper?

Läkaren: Jo, inte har jag så där hemskt mycket funderat men lite ditåt tänker jag att skulle kunna motsvara verkligheten.

Intervjuaren: På vilket sätt kunde det vara bättre att gruppera i en allmän ätstörningsdiagnos med olika undergrupper? Är inte ett problem i Finland att många inte genast når upp till en anorexi- eller bulimidiagnos utan de får diagnosen ätstörning UNS och då har de svårt att få hjälp av den officiella vården?

Läkaren: Jo, hos oss har vi ju inte någon skillnad men annanstans kan det ju vara. Den diagnosen har ju haft den baksidan att patienterna själva inte uppfattar att de är tillräckligt sjuka, att de måste nog gå hem och banta sig lite till för att få vård. Att vara anorektiker är ju ändå högsta status.

Intervjuaren: Tror du att ätstörningsdiagnoserna kommer att förändras i framtiden?

Läkaren: Jo det tror jag.

Intervjuaren: Tror du att det kommer att bli just en indelning med en allmän ätstörningsdiagnos med undergrupper?

Läkaren: Nej, det vet jag inte.

Intervjuaren: Nej, det är säkert svårt att veta.

Läkaren: Jo, för inte är vi ju på ett system som alla skulle vara nöjda med.

Intervjuaren: Det finns säkert hela tiden mycket diskussion kring det?

Läkaren: Jo, det var jättemycket diskussioner nu när DSM-5 kom och förslagen och så där. Och det som är det ruskiga är att DSM-systemet kommer ju från USA och där finns det väldigt stora ekonomiska intressen bland de här försäkringsbolagen, vad som godkänns och vad inte. Det skulle egentligen inte behöva vara så, att sådana aspekter tas med. Får du dit den där diagnosen då har du rätt till vård. Där finns ju t.ex. night eating syndrome, att man stiger upp på natten och äter och den fanns inte tidigare, så då kan du få vård för det.

## **10. Hanna, 23**

Intervjun gjordes skriftligt via mejlkorrespondens i juni 2014

Intervjuaren: Kan du berätta om vad det var som ledde till att du fick en anorexidiagnos?

Hanna: Jag hade varit utomlands och studerat samt idrottat under hösten 2010. Under den vistelsen så blev jag kränkt, mobbad och utfrysst vilket gjorde att jag drog mig tillbaka och fokuserade eller kontrollerade det enda jag kunde påverka vilket var maten. Jag blev utbränd av allt som hände och när jag var i botten så började jag fokusera på kosten då jag inte kunde träna som jag ville och därmed gjorde jag av med mindre energi vilket medförde att jag inte "kunde" äta som jag gjorde innan. Jag

började dra mig tillbaka och kontrollerade maten till 100 %. Efter en termin orkade jag inte mera och jag avslutade mina studier där. Kort efter avslutet och hemkomsten i februari månad 2011 fick jag min diagnos.

Intervjuaren: Vem var det som ville att du skulle gå till en läkare för de problem du hade?

Hanna: Delvis så var det mamma som ville att jag skulle söka hjälp men jag ville själv också ha hjälp. Jag kunde konstatera att det inte fungerade och jag orkade inte längre. Så det var en kombination men det kom från mig först.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur det gick till när du fick din diagnos?

Hanna: Jag gick först till en psykolog där jag inte hade "akuta symptom" nog för att få hjälp så jag fick avvakta och vänta in en tid, väntetiden då var ca 3 månader. Detta medförde att vi tog hjälp via min husläkare och han fick in mig på en "genväg" till psykolog och sen fick jag påbörja min behandling. Det dröjde dock till vintern 2012 innan jag kom in på ätstörningsmottagningen, alltså 1 år efter diagnosen.

Intervjuaren: Kan du berätta om de tankar och känslor du fick när läkaren första gången berättade för dig vilken diagnos du har?

Hanna: Det var ganska lugnt, mamma hade redan sagt till mig vad det kallades, det jag led av. Jag opponerade mig aldrig till det utan accepterade det och utgick från situationen. Det var aldrig gräl eller förnekelse från min sida, det var ett accepterande.

Intervjuaren: Med tanke på att du fått en anorexidiagnos: vilka tankar får du om den? Vad är anorexi för dig?

Hanna: Anorexia för mig var någonting främmande, jag hade bara läst om det väldigt kort i skolan. Anorexia idag är någonting helt annorlunda. Idag ser jag det som en resa, en resa i att finna sig själv och vem man är. Det är en extremt dyrköpt resa att göra, en resa som kan kosta en livet, men jag tror också att man får en annan livssyn när man gått igenom det och kommer tillbaka friskare och friare än tidigare.

Intervjuaren: Upplever du att du har eller har haft en sjukdom eller ser du på anorexidiagnosen som att den beskriver att man kan ha problem



med livet och att diagnosen inte handlar om en riktig sjukdom som kräver vård? Eller funderar du på det på något annat sätt?

Hanna: Jag ser på diagnosen som en sjukdom idag, en somatisk sjukdom. Även om det handlar mycket om det mentala så handlar det minst lika mycket om kroppen, det är hjärnan som är sjuk men det är kroppen som får lida för sjukdomen. I och med att kroppen går på sparlåga eftersom hjärnan tar den lilla energi som fås genom födan, så kommer ju kroppen att lida extremt mycket för allting. Jag ser på sjukdomen som vilken diagnos som helst, inte kan t.ex. en cancerpatient avvika från vården om han vill bli frisk – på samma sätt kan inte en anorektiker undvika mat och tro att han skall bli frisk.

Intervjuaren: Hur skulle du beskriva att du mår idag?

Hanna: Idag mår jag bra. Jag har hittat vad som är viktigt i mitt liv, jag har börjat ta hand om mig själv och börjat lyssna på mig själv och kroppens signaler. Om kroppen signalerar trötthet så vilar jag, det gjorde jag inte tidigare, då var jag en maskin. Jag vill inte tillbaka till det som varit, när jag ser tillbaka på tiden som sjuk så förstår jag inte hur jag kunde tillåta mig själv att må så dåligt, det vill jag absolut inte uppleva igen.

Intervjuaren: Hur var det att berätta för andra att du fått en anorexidiagnos?

Hanna: Naturligt. Till en början var det tabubelagt men numera så är jag öppen om sjukdomen och jag berättar på stan för någon om det är någon som undrar. När jag gick ut med det första gången så var det lite nervöst för hur det skulle mottas, men samtidigt var det så många som redan visste så det kom inte som en så stor överraskning som jag trodde. Mottagandet var super från dem som betyder mycket för mig.

Intervjuaren: Kan du berätta om hur din familj, dina vänner och/eller dina studie- eller arbetskamrater har förhållit sig till dig efter att du fick din diagnos?

Hanna: Min familj, förutom min mamma, har tagit distans både till mig och till sjukdomen. Pappa och brorsan har båda undvikit mig, och då skall vi inte prata om brorsans sambo, hon har undvikit mig maximalt. De närmaste vännerna har alltid funnits där, men kompisar som jag

trodde jag hade undvek att ta kontakt och hälsa på mig när det var som värst. Mina idrottskamrater undvek mig mest av alla, alla i föreningen (dvs. tränare, ledare och spelare) slutade kontakten direkt och sedan dess så har jag inte fått ett mess, samtal eller brev från föreningen. Det tog mest ont i mig, speciellt eftersom jag hade idrottat tillsammans med dem under nästan 10 års tid.

Intervjuaren: Hur har det varit att leva med anorexi?

Hanna: Jag ser det som en stor resa som jag inte skulle fått på annat sätt. Att få uppleva den resa som jag upplevt kan man inte köpa för pengar, det har varit en dyrköpt resa men väl värt det. Jag har hittat mig själv, vem jag är, vad jag vill, hur jag vill ha det, vart jag är på väg m.m. Det har varit många tunga och mörka dagar, med mycket tårar och känslor. Men summa summarum kan jag konstatera att jag lärt mig något från varje dag jag haft en motgång eller liten medgång.

Intervjuaren: Upplever du att du någon gång behandlas annorlunda än andra på grund av att du har eller har haft anorexi? Kan du ge något exempel på en sådan situation?

Hanna: Absolut. Jag har känt att personer som har vart mig nära tidigare inte hållit kontakten när jag väl insjuknade. Vänner jag trodde jag hade och litade på fanns helt plötsligt inte där längre.

Intervjuaren: Har din diagnos påverkat din relation till din familj eller dina vänner? På vilket sätt i så fall?

Hanna: Vi har inom familjen kommit längre ifrån varandra, jag har tappat stor kontakt med min pappa och bror men däremot så har jag kommit närmare min mamma. Jag har kunnat konstatera att vänner jag haft inte varit riktigt vänner, då de undvikit mig och sjukdomen. Det har varit som ett citat jag läst tidigare "Det är när man hamnar i en livskris, som man får reda på vilka som är ens riktiga vänner". Inom familjen så skedde det mycket för att jag såg problem i allt och alla, småsaker som jag irriterat mig på under de senaste åren har bidragit till en kall kommunikation mellan t.ex. pappa och mig.

Intervjuaren: Finns det positiva sidor med att ha fått en anorexidiagnos?

Hanna: Ja, i mitt fall har det lett till att jag hittat mig själv och vetat vad jag vill göra med mitt liv.

Intervjuaren: Finns det negativa sidor med att ha fått en anorexidiagnos?

Hanna: Kroppen tar en sådan extrem skada, speciellt om det går långt. Kanske konsekvenserna inte är lika negativa om man kan vända det snabbare än jag gjorde, för mig tog det nästan 2 hela år innan jag vände trenden vilket då hade hunnit skada kroppen mycket.

Intervjuaren: Har du fått den hjälp som du skulle ha behövt av sjukvården? Vad har varit positivt med sjukvården?

Hanna: Hjälpen, självklart. Allt ifrån att bli inbjuden till luncher, mellanmål, frukost m.m., till att få prata så fort man varit i behov av det.

Intervjuaren: Vad har varit negativt med sjukvården?

Hanna: Att det tog rätt så länge innan jag hamnade hos rätt läkare och på rätt ställe, jag hoppas att andra som får dessa problem som jag haft, inte behöver gå den väg som jag gick.

Intervjuaren: Hur har du blivit bemött inom sjukvården?

Hanna: Jag har blivit bra bemött av de som är kunniga på området, däremot har jag önskat mera ur dem som först tog hand om mig, alltså innan jag hamnade på ätstörningsmottagningen.

Intervjuaren: Hur skulle du önska att vården i Finland skulle se ut för ätstörningar som anorexi?

Hanna: Väldigt inbjudande och öppen. Speciellt eftersom sjukdomen i sig har så mycket tabu fortfarande, om man pratar öppet om det och att det finns en inbjudande hjälp att få, så tror jag också att tabun skulle avta sakta men säkert.

Intervjuaren: Skulle du säga att du fått hjälp av mediciner? I så fall, på vilket sätt har de hjälpt dig?

Hanna: Jag har haft hjälp av antidepressiva mediciner under 3 års tid, de har hjälpt mig att få den mentala biten på plats och jag äter fortfarande medicinerna. Jag kan, om det behövs, äta mediciner resten av livet, så länge som jag mår bra.

Intervjuaren: Kan du berätta om vilka terapiformer du har deltagit i? I så fall, på vilket sätt har terapin hjälpt dig?

Hanna: Samtalsterapi och KBT (kognitiv beteende terapi). Båda terapiformer har varit tillsammans med min läkare, men jag kan inte säga att terapiformen i sig har hjälpt eller om det är samtalen med honom i sig som hjälp mig vända på steken.

Intervjuaren: Om du ser tillbaks på den tiden när du fick din diagnos, så vad tänkte du om den då?

Hanna: Jag var rädd, jag var rädd för hur man skulle kunna vända på det, hur jag själv skulle kunna ändra mitt tankesätt till det friskare osv.

Intervjuaren: Och nu, när du har genomgått allt det här, vad tänker du nu om anorexidiagnosen?

Hanna: Jag har gått från rädsla till att ha respekt för den, för min del är det två olika saker. Att vara rädd, då undviker man saken men att ha respekt är för mig att man kan ta sig an det och att det går bra ändå, även om det är jobbigt eller läskigt.

Intervjuaren: Vad har anorexidiagnosen betytt för dig?

Hanna: En livsförändring till det bättre. Jag har gått från att vara "bara jag" här i världen, till att ha ett större vidvinkelperspektiv på livet. I början hade jag skyggglappar för ögonen och såg bara mig själv, ingen annan. Idag ser jag på världen med mera öppna ögon, jag är otroligt tacksam för att jag fått möjligheten att skapa om min synvinkel på världen genom sjukdomen, även om det varit mycket kostsamt sätt att upptäcka världen på detta sätt.

Intervjuaren: Har du börjat förstå dig själv bättre genom din diagnos?

Hanna: Ja, mycket bättre.

Intervjuaren: Har din förståelse för livet förändrats i och med det som du har genomlevt på grund av anorexin?

Hanna: Ja, jag har fått en helt ny vinkel på livet och ser det positiva i det lilla idag. Bara det lilla i att våga smaka på t.ex. en banan har vart mycket glädjande. Eftersom detta är en väldigt liten sak hos gemene man så kan

jag också glädjas åt att t.ex. en blomma blommar ute, saker som andra tar för givet.

Intervjuaren: Idag talas det mycket om att det finns ett stort tryck på att kvinnor ska se ut på ett visst sätt. Tror du att den här utseendefixeringen i samhället var någonting som påverkade att du fick en ätstörning?

Hanna: Både ja och nej. Alla runtomkring mig var smala och snygga, men jag var själv ganska stor och knubbig. Eftersom jag inte ville se ut som min mamma eller mormor, som båda är runda, så började jag troligen mixtra med mat och träning för att undvika den kroppsformen när jag blir äldre. Jag har däremot aldrig tyckt att t.ex. Barbie, Paris Hilton eller Britney Spears haft snygga kroppar, men däremot har mina ideal varit idrotts-relaterade. Jag hade kroppsörebilder som t.ex. Marit Björger, Annika Sörenstam m.fl.

Åsa Slotte

## Varför vård?

Om anorexi, diagnoser och moralisk  
förståelse

Vad betyder en diagnos för en individ, för en familj, för ett samhälle och för vårdpersonalen? Genom begrepp som ansvar, medkänsla, förlåtelse, omsorg och uppmärksamhet kan vi förstå hur våra omsorgsreaktioner på varandra finns som grund för våra medicinska praktiker. Att lyssna in den för sjukdom konstituerande berättelsen är central för vården och uttrycker att en människas existentiella problem tas på allvar. Denna förmedicinska undersökning och dess etiska sjukdomsbegrepp erbjuder som motperspektiv till de så ofta dominerande sjukdomsteorierna naturalism och socialkonstruktivism.