

# Menn med anoreksi

*En kvalitativ studie av  
hvilke faktorer menn med anorexia nervosa tillegger  
betydning i sin sykdoms og bedringsprosess*

Espen Kvamme



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
Institutt for spesialpedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2014





# **Menn med anoreksi**

En kvalitativ studie av hvilke faktorer menn med anorexia nervosa tillegger betydning i sin sykdomsutvikling og bedringsprosess

Copyright: Espen Kvamme

År: 2014

Menn med anoreksi

Forfatter: Espen Kvamme

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Copycat, Oslo



# Sammendrag

## Bakgrunn, formål og problemstilling

Det råder en fordom om at spiseforstyrrelser er noe som rammer jenter/kvinner (Skårderud, 2007a). Fordommen kan muligens underbygges av at det meste av både teoretisk og empirisk arbeid om spiseforstyrrelser omhandler nettopp jenter/kvinner. Samtidig antydes det at det er store mørketall rundt hvor mange gutter/menn som rammes av spiseforstyrrelser (Skårderud, 2007a; Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012; Wooldridge & Lytle, 2012).

*Anorexia nervosa (AN)* er kanskje den spiseforstyrrelsen som i særlig grad forbindes med jenter/kvinner. Fokuset på AN som en ”kvinnelidelse” er trolig med å gjøre AN blant gutter/menn ekstra tabu og skamfullt. Det er derfor viktig at det rettes fokus mot gutter/menn med AN, både med tanke på kunnskaps- og kompetanseutvikling, samt å bygge ned fordommer. Formålet med prosjektet er å bidra til økt bevissthet og kunnskap blant lærere og annet skolepersonell om hvordan AN kan fremtre hos gutter/menn. Alle som vokser opp i Norge er tilknyttet skolen. Derfor er det svært viktig at lærere og andre ansatte i skolen har kompetanse i å oppdage, hjelpe/ viderehenvise og kommunisere adekvat med elever som er i ferd med å utvikle eller har AN. For å belyse temaet har jeg valgt følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer tenker menn med anorexia nervosa har bidratt til utvikling og bedring av egen spiseforstyrrelse?*

*Hvilke tilnærminger møtte de i skolen og øvrige omgivelser, og hvilke refleksjoner har de rundt dette i dag?*

## Teori

Oppgavens teoretiske fundament er valgt ut fra relevansen for tematikken, problemstillingen og det spesialpedagogiske fagfeltet. Dette innebærer blant annet teori om spiseforstyrrelser, risikofaktorer, samt skolens og lærerens rolle i helsefremmende arbeid.

## Metode

For å nærme meg problemstillingen har jeg valgt kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Datainnsamlingsmetode var semistrukturert intervju med kriteriebasert utvelgning av informanter. Utvalget består av tre menn som har/har hatt AN.

## Resultater

Funnene i undersøkelsen peker på at årsaker til eller risikofaktorer for utvikling av AN er sammensatt. Hvorfor informantene utviklet AN må ses i en sammenheng av flere faktorer som har påvirket hverandre. Alle informantene forteller om sårbarheter og personlighetstrekk som kan anses å være disponerbare for AN, slik som hypersensitivitet, angst, perfektjonisme, kontrollfiksering og ytrestyrthet. En skiller seg imidlertid ut her ved å karakterisere seg selv som en "latsabb". Særlig en fremhevet også en turbulent familiesituasjon som endte med skilsmisse og hans egen rolle som "limet i familien" som en disponerende faktor. Felles for alle er at de på ulike måter gir uttrykk for mye skam og selvforakt, samt lav selvfølelse og selvtillit. Dette er med å styrke forståelsen av AN som en selvforstyrrelse (Skårderud, Stänicke, & Haugsgjerd, 2010). Dette kan igjen ha fungert som underliggende drivkrefter for deres dramatiske søken etter oppmerksomhet og bekreftelse i form av bekymring, omsorg eller beundring for å være flinke til å undertrykke og overvinne elementære behov og følelser. Vektfokus og signaler om slanking i ulike miljøer var også faktorer som ble nevnt av to. Alle forteller også om konkrete faktorer, som homofili, overvekt, mobbing og pubertet, som har ført til opplevelser av å være fremmed, annerledes, mislykket og utenfor, som igjen har utløst et behov for å overkontrollere maten og kroppen. For samtlige informanter fikk AN en opprettholdende funksjon, da i litt ulike varianter. Eksempler på funksjoner informantene mener at AN kan ha hatt for dem, var rus (euforisk tilstand), avhengighet, oppmerksomhet, illusjon om kontroll, styrke og flinkhet, samt en bekymrings- og problemflukt, blant annet beskrevet som pause og slippe å forholde seg til noe eller noen. I bedringsprosessen fremholdt alle informantene familien som en sentral støttende og motiverende faktor når de først innså alvoret i situasjonen. Ingen av informantene trekker frem skolen som betydningsfull i positiv forstand. Med unntak av to lærere, var det ingen skoleansatte som så, spurte eller gjorde noe. En fikk hjelp til å komme i kontakt med en rådgiver, som imidlertid ikke forstod alvoret i informantens situasjon. Dermed ble det ikke satt i gang tiltak. De to andre ble ikke hjulpet til å komme i kontakt med verken rådgiver, helsesøster eller annet personell med kompetanse. Studiens funn antyder altså at det er lite kompetanse og kunnskap om gutter/menn med AN og spiseforstyrrelser generelt blant ansatte i skoler og helsetjenester. Alle informantene vektlegger viktigheten av å bli møtt med relevant kompetanse og anerkjennelse, i den betydning av dette begrepet som Lund (2012) og Schibbye (2012) fremstiller. Deres retrospektive refleksjoner rundt hvordan de tror de ville profittert på å bli sett og møtt da de var alvorlig syke, sammenfaller godt med hvordan Berg (2005) og Lund (2012) beskriver sentrale komponenter i helsefremmende kommunikasjon og relasjoner med elever med innagerende atferd og/eller psykiske lidelser, som for eksempel spiseforstyrrelser.





# Forord

Gjennom dette prosjektet har jeg fått muligheten til å fordype meg i et veldig viktig og aktuelt tema. Det har vært en svært lærerik prosess som jeg ikke ville vært foruten.

Først av alt vil jeg takke de tre informantene som har gjort dette prosjektet mulig. Det har vært sterkt og lærerikt å høre dere fortelle om deres erfaringer og refleksjoner. Takk for åpenheten og ærligheten dere har vist, jeg ser på dere med stor beundring.

Jeg vil også gi en spesiell takk til min veileder Linda Halvorsen for glimrende veiledning. Dine gode refleksjoner og tilbakemeldinger og din kunnskap om temaet har vært helt uvurderlig for gjennomføringen av prosjektet. Jeg er svært takknemlig for alt du har bidratt med.

Jeg vil også rette en takk til Steffen Holthe for gode råd i forbindelse med intervjuene.

Takk til familie og venner for oppmuntring og støtte gjennom skriveprosessen. Det har hatt stor betydning.

Til slutt vil jeg takke den viktigste av alle, min kjære kone Victoria. Takk for din støtte, oppmuntring og tålmodighet denne tiden. Jeg er deg evig takknemlig for den du er!

November, 2014

Espen Kvamme



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valgt tema og temaets aktualitet	1
1.2	Formål og problemstilling	2
1.3	Presiseringer	3
1.4	Oppgavens struktur og innhold	3
<b>2</b>	<b>Teori</b>	<b>4</b>
2.1	<b>Spiseforstyrrelser</b>	<b>4</b>
2.1.1	Anorexia nervosa	5
2.1.2	Bulimia nervosa	6
2.1.3	Overspisingslidelse	6
2.1.4	Komorbiditet og kompleksitet	6
2.1.5	Spiseforstyrrelser i et kjønnsperspektiv	7
2.2	<b>Risikofaktorer</b>	<b>8</b>
2.2.1	Disponerende faktorer	8
2.2.2	Utløsende faktorer	11
2.2.3	Vedlikeholdende faktorer	14
2.2.4	Underliggende psykologiske drivkrefter	15
2.3	<b>Spiseforstyrrelser i skolen</b>	<b>19</b>
2.3.1	Skolens rolle	20
2.3.2	Kunnskap om spiseforstyrrelser	20
2.3.3	Tegn og symptomer på AN	21
2.3.4	Lærerens rolle	22
2.3.5	Lærer-elev-relasjonen	22
2.3.6	Anerkjennelse som relasjonsbyggende faktor	23
<b>3</b>	<b>Metode og vitenskapsteoretisk grunnlag</b>	<b>25</b>
3.1	<b>Vitenskapsteoretisk grunnlag</b>	<b>25</b>
3.1.1	Fenomenologi	26
3.1.2	Hermeneutikk	27
3.1.3	Forforståelse	27
3.2	<b>Forskningsstilnærming og metode</b>	<b>28</b>
3.2.1	Kvalitativ tilnærming	29
3.2.2	Semistrukturert intervju som metode	29
3.3	<b>Utvalg</b>	<b>30</b>
3.3.1	Kriteriebasert utvelging	31
3.3.2	Rekruttering av informanter	31
3.3.3	Kjennetegn ved det endelige utvalget	32
3.4	<b>Forberedelser til intervju</b>	<b>32</b>
3.4.1	Intervjuguide	32
3.4.2	Forberedelser til gjennomføring av intervju	33
3.5	<b>Gjennomføring av intervjuene</b>	<b>33</b>
3.5.1	Lydopptak	34
3.5.2	Intervjurollen	34
3.6	<b>Analyse og bearbeiding av datamaterialet</b>	<b>35</b>
3.6.1	Transkribering	35
3.6.2	Analyse	36

3.6.3	Fenomenologisk analyse .....	36
<b>3.7</b>	<b>Kvalitetsvurderinger .....</b>	<b>37</b>
3.7.1	Validitet .....	37
3.7.2	Reliabilitet .....	40
<b>3.8</b>	<b>Etiske overveielser .....</b>	<b>40</b>
3.8.1	Informasjon og innhenting av fritt samtykke .....	41
3.8.2	Konfidensialitet .....	41
3.8.3	Utsatt informantgruppe .....	41
3.8.4	Søknad om forskningstillatelse .....	42
3.8.5	Forskerrollen .....	42
<b>4</b>	<b>Presentasjon av resultater .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1</b>	<b>Selvrapporing i dag .....</b>	<b>44</b>
<b>4.2</b>	<b>Disponerende faktorer .....</b>	<b>45</b>
4.2.1	Sårbarhet/personlighet .....	45
4.2.2	Opplevelse av seg selv .....	46
4.2.3	Familie/familieforhold .....	47
<b>4.3</b>	<b>Utløsende faktorer .....</b>	<b>47</b>
4.3.1	Oppmerksomhet .....	47
4.3.2	Kontroll .....	48
4.3.3	Pubertet .....	49
4.3.4	Mobbing .....	49
4.3.5	Miljø .....	50
<b>4.4</b>	<b>Vedlikeholdende faktorer – spiseforstyrrelsens funksjoner .....</b>	<b>50</b>
4.4.1	Oppmerksomhet .....	50
4.4.2	Kontroll og mestring .....	52
4.4.3	Håndtering av følelser .....	53
4.4.4	Skam .....	53
4.4.5	Syn på seg selv .....	54
4.4.6	Avhengighet/rus .....	55
<b>4.5</b>	<b>Bedringsprosessen .....</b>	<b>55</b>
4.5.1	Vendepunkt .....	56
4.5.2	Familie og øvrige relasjoner .....	57
<b>4.6</b>	<b>Tilnærminger i skolen og øvrige omgivelser .....</b>	<b>59</b>
4.6.1	Erfarte tilnærminger .....	59
4.6.2	Forventninger til skolen og omgivelsene .....	63
<b>5</b>	<b>Sammenfatning og refleksjoner .....</b>	<b>66</b>
<b>5.1</b>	<b>Selvrapporing i dag .....</b>	<b>66</b>
<b>5.2</b>	<b>Disponerende og utløsende faktorer .....</b>	<b>66</b>
<b>5.3</b>	<b>Vedlikeholdende faktorer og funksjoner .....</b>	<b>69</b>
<b>5.4</b>	<b>Bedringsprosessen .....</b>	<b>71</b>
<b>5.5</b>	<b>Tilnærminger i skolen og andre omgivelser .....</b>	<b>72</b>
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>77</b>
<b>6.1</b>	<b>Faktorer av betydning for sykdomsutviklingen .....</b>	<b>77</b>
<b>6.2</b>	<b>Faktorer av betydning for bedringsprosessen .....</b>	<b>78</b>
<b>6.3</b>	<b>Erfarte og forventede tilnærminger i skolen .....</b>	<b>78</b>
<b>6.4</b>	<b>Avsluttende refleksjoner .....</b>	<b>80</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>81</b>
	<b>Vedlegg 1. Intervjuguide .....</b>	<b>85</b>
	<b>Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....</b>	<b>88</b>
	<b>Vedlegg 3. Godkjenning fra NSD .....</b>	<b>91</b>



# 1 Innledning

Tema for dette masterprosjektet er menn med anorexia nervosa, heretter forkortet til AN. Fokuset er i hovedsak hvilke faktorer disse mennene selv tenker har bidratt til utvikling og bedring av AN hos dem. Jeg vil også rette fokus mot reaksjoner og øvrige tilnærminger de har blitt møtt med i skolen og sine øvrige omgivelser og hva de tenker om dette i dag.

## 1.1 Bakgrunn for valgt tema og temaets aktualitet

Når det snakkes om AN, ser nok mange for seg utmagrede og underernærte jenter. Mange forbinder AN med en lidelse som så å si utelukkende rammer jenter/kvinner, da oftest i ungdomsårene og puberteten (Hatmaker, 2005; Skårderud, 2007a; Wooldridge & Lytle, 2012). Det er vanskelig å si noe om hvor stor andel menn som rammes av AN, men om man legger sammen antallet menn og kvinner som er til terapeutisk behandling vil om lag nitti prosent være kvinner (Skårderud, 2007a). Ut fra disse tallene er det forståelig at mange ser på AN som en kvinnelidelse. Skårderud (2007a) påpeker likevel at en kjønnsforståelse av spiseforstyrrelser generelt er farlig, da det kan bidra til å opprettholde og styrke fordommene om at spiseforstyrrelser kun gjelder jenter/kvinner. Flere peker på at spiseforstyrrelser hos gutter/menn er et økende fenomen og at det trolig foreligger store mørketall (Skårderud, 2010; Strother et al., 2012; Wooldridge & Lytle, 2012). Mye tyder på at menn som rammes av AN lett kan bli feildiagnostisert, blant annet på grunn av mangel på kunnskap og forskning om hvordan AN fremtrer hos menn (Crosscope-Happel, Hutchins, Getz, & Hayes, 2000). Et av kriteriene for diagnosen AN er tydelig mannsdiskriminerende; det forutsettes fravær av menstruasjon over en viss periode (Skårderud, 2007a). Med fokus på AN som en ”kvinnelidelse” er det ikke utenkelig at det bidrar til at mange menn holder lidelsen for seg selv, da de kan oppleve en dobbeltskam ved at de både har en spiseforstyrrelse og en ”kvinnelidelse”. Mye av det empiriske arbeidet som er gjort innenfor spiseforstyrrelser omhandler jenter/kvinner. Det er derfor viktig at den samme problematikken også blir belyst med fokus på menn (Skårderud, 2007a), noe jeg ønsker å bidra til.

Alle som vokser opp i Norge har på en eller annen måte vært gjennom det norske skolesystemet. Med tanke på at spiseforstyrrelser oftest blir utviklet i tenårene, vil de fleste være tilknyttet skolen i sykdomsutviklingen. Barn og unge tilbringer store deler av sin hverdag på skolen. Dette innebærer at ulike erfaringer og faktorer i skolesammenheng

uunngåelig har hatt/har en påvirkningskraft på disse elevene i den ene eller andre retningen. Lærere og andre skoleansatte har derfor en unik mulighet til å oppdage og hjelpe elever som er i ferd med- eller allerede har utviklet en eller flere former for spiseforstyrrelser. Kunnskap om at spiseforstyrrelser, som av flere blir beskrevet som stadig økende og tidsaktuelle lidelser, også rammer gutter/menn blir altså viktig i denne sammenheng.

## 1.2 Formål og problemstilling

Med utgangspunkt i det jeg har påpekt i kapittel 1.1, vil det være av interesse å se nærmere på hvordan menn med AN opplever at de har blitt møtt i skolen. Har de opplevd at skolen har bidratt positivt, negativt eller begge deler i sitt sykdomsbilde – og i så fall hvordan? Hvilke tanker har de eventuelt i ettertid om hvordan de hadde trengt å bli møtt av lærere og andre i skolen, der opplevelsene har vært negative? Dette er blant spørsmålene jeg har til hensikt å belyse. Formålet med studien er for det første å bidra til økt bevissthet og kunnskap blant lærere og annet skolepersonell om at også gutter/menn kan utvikle spiseforstyrrelser.

Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på AN spesielt er at denne spiseforstyrrelsen kanskje er særlig forbundet med jenter/kvinner. Samtidig er det en svært alvorlig lidelse som kan få dødelig utgang (Skårderud, 2013), noe som understreker betydningen av kompetanse på feltet. Videre vil det være av interesse å oppnå innsikt i hvilke faktorer menn med AN selv opplever og tenker at kan ha bidratt til utvikling og bedring av egen spiseforstyrrelse. Jeg tenker da både på faktorer i skolesammenheng og i et mer helhetlig perspektiv. En forutsetning for at lærere (og andre i opplæringssystemet) skal kunne oppdage mulige tegn på spiseforstyrrelser hos elever er kunnskap om slike tegn og symptomer. Kunnskap er også viktig for å skape trygghet og kompetanse til å møte disse elevene på en hensiktsmessig måte. Dette er noe jeg håper min studie vil kunne bidra til å gi økt innsikt i. Her vil jeg igjen påpeke betydningen av bevissthet om at gutter/menn også kan rammes av dette, noe jeg håper å oppnå ved mitt valg av menn med AN både som tema for oppgaven og som informantvalg.

For å belyse dette temaet har jeg valgt følgende todelte problemstilling:

*Hvilke faktorer tenker menn med anorexia nervosa at har bidratt til utvikling og bedring av egen spiseforstyrrelse?*

*Hvilke reaksjoner og tilnærminger møtte de i skolen og øvrige omgivelser, og hvilke refleksjoner har de rundt dette i dag*



## 1.3 Presiseringer

Med bakgrunn i problemstillingen vil fokuset i hovedsak være rettet mot AN og ikke spiseforstyrrelser generelt. Likevel vil det forekomme at jeg omtaler spiseforstyrrelser som helhet når tematikken er gjeldene generelt. Når jeg i oppgaven omtaler "personen med AN" eller "anorektikeren", velger jeg konsekvent å bruke *han*, siden det er menn med AN som er fokuset i denne oppgaven. Samtidig vil jeg presisere at betegnelsen "anorektikeren" er litt begrensende og uheldig med tanke på at mennesker med AN, som alle andre, er så mye mer enn sin lidelse og diagnose. Grunnen til at jeg tidvis likevel bruker denne betegnelsen er for enkelhets skyld og fordi det ofte blir brukt i litteraturen jeg viser til.

Jeg forsøker bevisst å unngå å bevege meg for langt over i det medisinske fagfeltet, noe som kan være en risiko ved mitt valg av tema for masteroppgaven. Jeg forsøker med andre ord bevisst å ivareta den spesialpedagogiske relevansen. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at jeg ikke vil fokusere på ulike behandlingstilnærminger eller terapiformer. Når jeg bruker begrepet tilnærminger, refererer jeg til en videre forståelse av dette. I min oppgave vil begrepet blant annet romme forventninger, reaksjoner, signaler, kommunikasjonsmønstre og øvrige aspekter ved mellommenneskelige og profesjonelle relasjoner. Jeg vil ha et relativt stort fokus på skolesystemet, men også inkludere tilnærminger i øvrige betydningsfulle omgivelser, som familie, vennekrets og eventuelle fritidsmiljø. I kapittel 4-6 skiller jeg mellom erfarte og forventede tilnærminger. Forventede tilnærminger viser da primært til informantenes retrospektive refleksjoner rundt hvordan de tror at de ville ha profittert på å bli sett og møtt i ulike perioder og omgivelser, ikke hvordan de forventet og ønsket å bli sett da de var på det sykeste. Samtidig tydeliggjør noen av informantene tidvis forskjellen på hva de tenker om det i dag og hva de tror de ville ha svart som syke.

## 1.4 Oppgavens struktur og innhold

I kapittel 1 har jeg gjort rede for bakgrunn for valg av tema, temaets aktualitet, formål, problemstilling og noen presiseringer. Kapittel 2 består av oppgavens teoretiske referanseramme, samt redegjørelse for sentrale begreper. I kapittel 3 fremlegges oppgavens vitenskapelige forankring, valg av metode, utvalg samt forskningsetiske betraktninger, før resultatene fra intervjuene presenteres i kapittel 4. Jeg har valg å ha et eget kapittel 5, der jeg sammenfatter og reflekterer over funnene i lys av tidligere presentert teori. I kapittel 6 fremstilles funnene ytterligere komprimert og direkte opp mot problemstillingen.

## 2 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som er relevant for å belyse oppgavens problemstilling. Først vil jeg kort vise til de ulike formene for spiseforstyrrelser som er beskrevet i diagnosesystemene som brukes. Selv om problemstillingen retter seg spesifikt mot AN er det relevant å se på spiseforstyrrelser som helhet for å danne en bedre forståelse. Videre vil jeg se på mulige risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser, men da med et mer tydelig fokus på AN. Til slutt vil jeg, i samsvar med problemstillingens andre delspørsmål, se på spiseforstyrrelser i et skoleperspektiv. Fokuset vil her være rettet mot lærer-elev-relasjonen i møte med elever med spiseforstyrrelser og særlig AN.

### 2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser ble lenge oppfattet som ensbetydende med AN. Sir William Gull fra England var den første som introduserte begrepet *anorexia nervosa* på slutten av 1800-tallet, og AN fikk da en viss anerkjennelse og oppmerksomhet i europeisk medisinsk litteratur (Skårderud, Rosenvinge, & Göttestam, 2004). Likevel kan man si at spiseforstyrrelser er et forholdsvis ”nytt” fenomen, da med tanke på dagens omfang i forhold til forekomst tidligere i historien. Spiseforstyrrelser ser ut til å være sterkt knyttet til vestlig kultur, forekomsten i andre kulturer er betydelig lavere (Skårderud, 2013). Med tanke på den vestlige kulturs sterke fokus på kroppen som symbol på psykologisk og sosial mestring, kan man anse den som en risikokultur. Gjennom eksempelvis media, reklame og blogger fremlegges det sterke forventninger til hvordan man skal se ut. Dette kroppsfokuset har særlig vært forbeholdt kvinner, men man ser at slike forventninger i større og større grad også rettes mot menn.

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser som på en eller annen måte får utslag i overopptatthet i kropp, vekt og utseende. Når denne opptattheten begrenser livsutfoldelsen og forringer livskvaliteten kan man si man har en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2013). Hvordan en spiseforstyrrelse fremtrer varierer fra person til person, også innenfor de ulike formene for spiseforstyrrelser. Selv om symptomene som følger spiseforstyrrelsene kan fremtre ulikt, har de til felles at de utsetter kroppen for store belastninger (Berg, 2005). De tre hovedformene for spiseforstyrrelser slik vi ser det i dag er AN, *Bulimia nervosa* (BN) og *overspisingslidelse/tvangsspising*. AN og BN er registrert som diagnoser i ICD-10 (ICD-10:

*psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, 1999), som er diagnosesystemet som brukes i Norge, mens *overspisingslidelse* er foreløpig ikke registrert som en egen diagnose. DSM-IV, som er det amerikanske diagnosesystemet, har innlemmet *overspisingslidelse (Binge eating disorder)* som en spiseforstyrrelse (Skårderud et al., 2004). Disse tre hovedformene vil bli presentert under.

### **2.1.1 Anorexia nervosa**

AN er en lidelse som er karakterisert ved selvfremkalt vekttap og vedlikeholdelse.

Anorektikeren begrenser hva og hvor mye han spiser. Man skiller mellom to typer AN, *ikke bulimisk (restriktiv)* type og *bulimisk* type. Den restriktive beholder den minimale mengden mat som konsumeres, mens den bulimiske anorektikeren kaster opp når han synes han har spist for mye. Noen har også overspisingsepisoder der de mister kontrollen på matinntaket. De fleste begynner å sulte for å gå ned i vekt, og mange kombinerer sulting med overdreven trening for å forbrenne kalorier (Skårderud, 2013). Lidelsen er forbundet med psykopatologi der frykt for fedme og lubben figur står sentralt. Dette medfører at anorektikeren vil være overopptatt av å telle kalorier for å unngå å spise noe som kan føre til vektøkning (Berg, 2005). For å kunne stille en AN-diagnose skal følgende kriterier være oppfylt ifølge ICD-10 (1999):

- Kroppsvekten holdes minst 15 prosent under forventet vekt.
- Vekttapet er selvfremkalt ved at ”fetende mat” unngås. Vekttap kan også forsøkes oppnådd ved selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, overdreven trening og bruk av appetittdependerende midler og vanndrivende midler.
- Forstyrret kroppoppfatning – overdrevet frykt for å bli overvektig.
- Omfattende endokrin (hormonell) sykdom.
- Forstyrrelser i pubertetsutvikling (vekststans), fravær av menstruasjon hos jenter.

AN er vår mest dødelige psykiske lidelse, etter kreft og ulykker er AN den største dødsårsaken blant tenåringsjenter i Europa. Dødeligheten blant dem som er i aktiv behandling er vesentlig lavere enn blant dem som er utenfor behandling (Skårderud, 2013).

### **2.1.2 Bulimia nervosa**

Flere av de som lider av BN har startet som anorektiker. Etter hvert blir det vanskelig å opprettholde det strenge matregimet som er selvpålagt, og anorektikeren ender med å overspise for så å kvitte seg med maten (Berg, 2005). Overspisingen kan være alt fra noen brødsiver til flere timers spising. Den bulimiske kan spise for å døyve både fysisk og psykisk sult. Etter dette kommer renselsen, ofte gjennom selvframkalt oppkast. For mange kan det være nettopp denne renselsesfølelsen som er grunnen til overspisingen. Renselsen kan gi en følelse av lettelse, det som er vanskelig er borte, i hvert fall for en stund. Det å kaste opp vil for mange bulimikere være den viktigste grunnen til at de overspiser, for andre er det å kaste opp den store skammen og ydmykelsen (Skårderud, 2013).

### **2.1.3 Overspisinglidelse**

Overspisinglidelse/tvangsspising er en spiseforstyrrelse som har blitt satt på dagsorden i senere tid. Som sagt er dette en lidelse som er inkludert i det amerikanske diagnosesystemet, men ikke i det europeiske diagnosesystemet, enn så lenge. Overspisinglidelse kan karakteriseres som overspising uten renselse, maten blir altså beholdt i kroppen. En vanlig konsekvens av denne lidelsen blir naturlig nok overvekt. Overspisingen kan fremtre forskjellig. Noen overspiser mye i løpet av kort tid, ofte fet eller kaloririk mat, mens andre småspiser litt hele tiden, noe som medfører at de får i seg mer enn det kroppen trenger (Skårderud, 2013). Det er ikke uvanlig at mange overspisere går på evig slankekur. En del har også strenge fasteperioder mellom overspisingperiodene for å holde vekten nede. For noen overspisere vil vekten være stabil, mens for andre kan vekten variere opptil 30-40 kg. Det er ennå ikke gjort så mye forskning på denne spiseforstyrrelsen, men flere argumenterer for at det er først og fremst de følelsesmessige behovene som styrer matinntaket (Berg, 2005). Skårderud (2013) peker på at kontrollsvikten i både atferd og følelse står sentralt i denne lidelsen.

### **2.1.4 Komorbiditet og kompleksitet**

Spiseforstyrrelser er svært sammensatt. Man regner med at om lag 60 % av dem med en alvorlig spiseforstyrrelse også har en eller annen form for personlighetsforstyrrelse (Skårderud et al., 2004). Det er også svært vanlig med alvorlig depresjon og dystymi. Her anslår man at tallene kan være mellom 50-70 % for de med BN og AN (Skårderud et al., 2004). En av fire med AN viser også tvangstilstander (Skårderud et al., 2004).

Følelsesmessige eller emosjonelle vansker eller forstyrrelser er en sentral del av spiseforstyrrelser (Espeset, 2011; Røer, 2006; Skårderud, 2013). Også Jensen (2005) trekker tilsvarende parallell ved å plassere underkategoriene spiseforstyrrelser, angstlidelser, depresjon og selvmord under hovedkategorien *internalized disorders*. Hva som er den primære og sekundære lidelsen av angst (og da spesielt sosial angst) og spiseforstyrrelser kan variere (Røer, 2006), men en sammenheng er ofte til stede. I diagnosesystemene beskrives angst, depresjon, tvangslidelser og spiseforstyrrelser som komorbide trekk (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2008; Røer, 2006). Komorbiditetsbegrepet innebærer at det ikke fastslås hva som er årsak til hva, det vil si hva som opptrer primært og sekundært.

### **2.1.5 Spiseforstyrrelser i et kjønnsperspektiv**

Spiseforstyrrelser blir ofte assosiert med jenter/kvinner. Mye av litteraturen om spiseforstyrrelser retter seg mot jenter/kvinner, og påpeker samtidig at gutter/menn med spiseforstyrrelser er sjelden (Crosscope-Happel et al., 2000; Keel, 2006; Røer, 2006; Wooldridge & Lytle, 2012). Det er tydelig overvekt av kvinner som oppsøker behandling for spiseforstyrrelser, andelen kvinner ligger på om lag 90 prosent (Skårderud, 2007a). En slik kjønnsfordeling er enestående innen for psykiatrien (Skårderud, 2013), og man har ingen klare svar på hvorfor fordelingen er så skjev som den blir fremstilt. Det er vanskelig å finne et biologisk grunnlag som kan forklare skjevheten, samtidig kan det være biologiske forhold som kan gjøre kvinnen ekstra utsatt om kulturens krav er at man skal være tynn. Biologisk sett er kvinner mer utsatt for vektendring og vektøkning, de har også om lag dobbelt så mye kroppsfett som menn. I kvinnens livssyklus er det visse overganger der det forventes at det skjer en økning i kroppsfett, eksempel er pubertet, graviditet og menopause. Kvinner har også et lavere stoffskifte enn menn, noe som gjør slanking vanskeligere (Skårderud, 2013). Kulturelt kan man også se at kvinnekroppen i større grad enn mannens har blitt gjort til et estetisk objekt til vurdering og bedømmelse (Laberg, Laberg, & Støylen, 2009; Skårderud, 2013).

Den betydelige overvekten av kvinner som blir behandlet for spiseforstyrrelser har nok bidratt til at spiseforstyrrelser i stor grad har blitt ansett som en ”kvinnelidelse”. For mange menn kan dette trolig oppfattes som en dobbeltskam. Det er ikke nok med at de har en spiseforstyrrelse, men de har i tillegg en ”kvinnelidelse”. Mange antar at det er store mørketall for menn med spiseforstyrrelser, da terskelen for å oppsøke hjelp trolig vil være

ekstra høy for menn (Crossscope-Happel et al., 2000; Hatmaker, 2005; Romeo, 1994; Skårderud, 2007a; Strother et al., 2012). En forholdsvis ny studie viser at opp mot 25 prosent av dem som får AN og BN kan være menn (Hudson, Hiripi, Pope Jr, & Kessler, 2007), og mange peker samtidig på at spiseforstyrrelser blant menn er et økende fenomen (Skårderud, 2010; Strother et al., 2012; Wooldridge & Lytle, 2012). Det er vanskelig å si konkret hva som er årsaken til denne økningen. En mulig årsaksforklaring kan være det økende fokuset på at menn skal ha en veltrent og sunn kropp med lite kroppsfett og definerte muskler. Samtidig må man ha klart for seg at spiseforstyrrelser handler om langt mer enn skjønnhetsidealer, men jaget etter å få den ”perfekte” kroppen kan sette i gang mekanismer som kan føre til utvikling av en spiseforstyrrelse.

## **2.2 Risikofaktorer**

Hvem er det som utvikler AN? Med hensyn til oppgavens problemstilling vil det i hovedsak dreie seg om menn. Det er vanskelig å si noe konkret om hvem som står i fare for å utvikle AN. Det er gjort en rekke undersøkelser på sammenhenger mellom ulike risikofaktorer som i samvirking vil kunne resultere i utvikling av AN og spiseforstyrrelser generelt (Skårderud, 2013). Selv om det er vanskelig å konkludere med noe ut fra disse undersøkelsene, kan man likevel se noen tendenser. Skårderud (2013) presenterer en modell der han skiller mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer for utvikling av spiseforstyrrelser. Jeg vil videre gjennomgå denne modellen, men da med fokus på AN. Det er viktig å ha klart for seg at enkelte faktorer kan ses på som både disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer. Det er altså ingen klare skillelinjer mellom de ulike kategoriene av risikofaktorer. Særlig enkelte disponerende og utløsende faktorer kan overlape hverandre. Det er også viktig å se på AN som en komorbid lidelse, og at man ikke kan holde frem en faktor grunnlaget for utvikling av AN eller andre former for spiseforstyrrelser. Det er heller snakk om et samspill mellom flere faktorer (Berg, 2005; Skårderud, 2013).

### **2.2.1 Disponerende faktorer**

#### **Individuelle egenskaper og personlighetstrekk**

Det finnes sårbarheter som gjør noen mer disponible enn andre i møte med utløsende faktorer for AN. Slike sårbarheter trenger ikke å handle om mat. Med bakgrunn i tvillingstudier ser det ut til at det kan ligge genetiske komponenter som gjør noen mer utsatt enn andre, men akkurat hvordan genetikken påvirker vites det lite om (Skårderud, 2013). Det kan tenkes at

man arver en generell disposisjon for å utvikle psykiske lidelser, som spiseforstyrrelser er, som da kan komme til uttrykk på ulike måter gjennom ulike uheldige miljøpåvirkninger. Om de uheldige miljøpåvirkningene ikke oppstår trenger ikke de psykiske lidelsene finne sted (Berg, 2005).

Spiseforstyrrelser er ofte assosiert med angsttilstander eller engstelighet. Noen har også beskrevet engsteligheten som en konstitusjonell hypersensitivitet, en sosial overfølsomhet som er observerbar i tidlig barnealder, kanskje som en medfødt egenskap. (Claude-Pierre, 1997, ref. i Røer, 2006, s. 35).

I tillegg til hypersensitiviteten/overfølsomheten beskrevet ovenfor, dreier det seg blant annet om personlighetstrekk som er perfektionistiske, tvangspregete og rigide (Skårderud, 2013). Disse personlighetstrekkene er ikke disponerende i seg selv, men sammen med andre individuelle forhold kan de øke sårbarheten. Eksempel på slike individuelle forhold kan være mangel på indre trygghet, selvfølelse, selvtillit og selvrespekt, følelse av utilstrekkelighet og følelse av forventningspress (Berg, 2005), noe jeg vil komme inn på i kapittelet om underliggende psykologiske drivkrefter. Slike personlighetstrekk kan føre til svært høye krav til seg selv og at det man gjør eller er aldri blir godt nok (Skårderud, 2013). Claude-Pierre (1999) og Skårderud (2013) er blant dem som i tillegg peker på at anorektikerne har en tendens til å sette egne behov til side og leve for andres behov, noe som kan ses som en tendens allerede fra tidlige barneår.

### **Familiære forhold**

Man skal være forsiktig med å legge skylden på familien når et familiemedlem utvikler AN. Familien har beklageligvis blitt betraktet som årsaken til mye mer enn det senere har vist seg å være dekning for (Laberg et al., 2009). Likevel er det vanskelig å komme utenom at dysfunksjonelle trekk i familien kan være disponerende (Skårderud, 2013). Familiære trekk som anses for å øke sårbarheten kan være liten evne til å snakke om følelser, rigide regler og kompromissløshet, høye forventninger, overbeskyttende foreldre, fokus på og kommentering om vekt og utseende (Berg, 2005; Laberg et al., 2009). Familiære forhold kan også handle om familiehistorie med psykiatri, rusmisbruk, konflikter og tap. Betydningen av de ulike elementene kan det bare spekuleres i. Det er uansett viktig å se på at familiesamhandling kan bygge trygghet og god selvfølelse, men også bryte ned det samme (Skårderud, 2013). Omsorgssvikt er et vidtfavnende begrep og et sammensatt og komplekst tema som rommer en

rekke ulike former for og grader av dysfunksjonelle familieforhold og svekkede foreldrefunksjoner som får negative konsekvenser for barnas helse og utvikling (Killén, 2007). Omsorgssvikt kan selvsagt være en åpenbar risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser, som andre psykiske lidelser eller psykososiale vansker. Av hensyn til oppgavens begrensede omfang, begrepets omfattende innhold samt at mitt fokus er på hvilke reaksjoner og opplevelser informantene møtte på skolen og i sine omgivelser, har jeg imidlertid valgt å utelate en nærmere avklaring av det eksplisitte omsorgssvikt-begrepet. Det samme gjelder begrepet tilknytningsforstyrrelse og andre begreper som faller inn under eller ofte vil være en konsekvens av omsorgssvikt, og naturligvis kan predisponere for en spiseforstyrrelse. Begrepene vold og overgrep, som omsorgssvikt-begrepet blant annet rommer, blir imidlertid i det følgende utdypet litt og knyttet direkte til AN.

Vold og seksuelle overgrep er unektelig handlinger som kan få alvorlige psykiske konsekvenser. De fleste seksuelle overgrep mot barn skjer innenfor en ramme der overgriper forfører med nærhet og ømhet (Skårderud, 2013). Kombinasjonen mellom ømhet og vold oppleves naturlig nok forvirrende, og det er også vanlig at barnet føler seg skyldig eller medskyldig. Overgrep er bokstavelig talt tap av kontroll, kroppens grenser blir ikke respektert. Sammenhengene mellom vold/overgrep og AN er uklare, men det antas at mennesker som har vært utsatt for dette er i en risikogruppe når det gjelder spiseforstyrrelser generelt (Laberg et al., 2009).

### **Kulturelle forhold**

Som tidligere nevnt kan man se på kulturelle forhold som disponerende faktorer. Et eksempel kan være samfunnsmessige forventninger til kropp, utseende og vellykkethet, noe som er et høyst tidsaktuelt fenomen som blant annet kommer til uttrykk på sosiale medier, i såkalte rosablogger og for øvrig i dagens digitale samfunn. Som Skårderud (2013) påpeker:

Vi lever i en øyets kultur som utsettes for industrielle mengder med bildeflater. Dette definerer også forholdene mellom mennesker. Vi ser mer enn vi kjenner og tar på. Vi forholder oss til hverandre gjennom betraktende blikk: Dypt og grunnleggende overfladisk (s. 88).

Forventninger til kroppens utseende er kanskje særlig forbundet med jenter/kvinner, men i større og større grad ser man et kroppsfokus hos gutter/menn der vellykkethet er forbundet



med slank og veltrent kropp (Berg, 2005; Laberg et al., 2009). Becker, Burwell, Gilman, Herzog, og Hamburg (2002) utførte en interessant undersøkelse om hvorvidt TV påvirker unge kvinners syn på seg selv og egen vekt. Undersøkelsen ble gjort på en del av Fiji-øyene som ikke hadde tilgang på TV før 1995. Fiji ble blant annet valgt med bakgrunn i svært få registrerte tilfeller av spiseforstyrrelser, det var kun et registrert tilfelle av AN fram til midten av 1990-tallet. Blant de undersøkte jentene på high school mente 74 prosent at de var for tykke etter bare tre år med TV, 69 prosent hadde allerede forsøkt å slanke seg. Det kanskje mest sjokkerende var at hele 11 prosent fortalte at de hadde kastet opp mat for å redusere vekt, noe det ikke var registrert noen tilfeller av tre år tidligere. Mange av jentene begrunnet slanking med at de ville se ut som jentene i TV-seriene.

Konkurransedrett karakteriseres som en høyrisikokultur for spiseforstyrrelser (Skårderud, 2013). Dette vil bli utdypet nærmere under utløsende faktorer.

### **Seksuell legning**

Fichter og Daser (1987) legger frem i sin studie at AN forekommer oftere hos homoseksuelle menn enn hos heteroseksuelle menn. Man skal være forsiktig med å holde frem legning som en risikofaktor for AN, man står da i fare for å formidle fordommer om homofile som ”feminiserte” menn, da AN ofte blir fremstilt som en feminin spiseforstyrrelse. Det er likevel relevant å peke på at subkulturer blant homofile har drevet tegnleken om kropp, klær og identitet svært langt (Skårderud, 2013).

### **2.2.2 Utløsende faktorer**

Utløsende faktorer kan også beskrives som ”dråpen som får begeret til å flyte over”. Hva denne dråpen symboliserer trenger ikke være knyttet til mat. Slike faktorer kan være generelle og det er ingen direkte kausalitet til AN. Disse faktorene trenger heller ikke å utløse noe som helst. For mange som utvikler AN begynner det med en slankekur. Det er gjort funn som peker på at slanking kan bli en risiko i kombinasjon med andre faktorer. Eksempel på slike faktorer er depresjon, sosiale problemer, mobbing og konflikter (Laberg et al., 2009; Skårderud, 2013). Spiseforstyrrelsen kan ofte knyttes opp mot en ulykkelig periode eller hendelser i hjemmet, på skolen eller andre arenaer. Det kan for eksempel dreie seg om mobbing, sykdom, skilsmisse mellom foreldre, flytting eller andre mulige belastninger (Røer, 2006; Skårderud, 2013). Skilsmisse og/eller vedvarende disharmoni og konflikter mellom

foreldrene innebærer uunngåelig også en belastning for barna i familien, selv om en forsøker å skåne dem, og selv om det kan være den beste løsningen for noen. Når mor og far flytter fra hverandre, innebærer det endrede livsvilkår for foreldrenes barn. Slike eller andre endrede livsvilkår kan være en av flere utløsende faktorer for en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2013).

I tenårene gjennomgår de fleste kroppslige endringer, jentene får rundere former og guttene øker muskelmassen og strekker seg. Disse kroppslige endringene kan for enkelte være vanskelig å akseptere. Dermed forsøker noen å motarbeide endringene. Redusering av matinntaket er en måte å motarbeide disse endringene på (Røer, 2006). Både tidlig og sen pubertet er mulige utløsende faktorer, da begge tilfellene kan gjøre at man kjenner seg fremmedgjort i egen kropp og fremmedgjort i forhold til andre (Skårderud, 2013). Med dagens kroppsfixerte samfunn med idealer om å være tynn og ”fit”, kan oppmerksomheten rundt vekttapet ofte tolkes som positive bekræftelser, noe som kan føre til at de akselererer sitt vekttap (Røer, 2006). Skårderud (2013) beskriver også positiv oppmerksomhet rundt vekttap som en utløsende risikofaktor, selv om han plasserer det under vedlikeholdende faktorer. Det kan altså betraktes som både en utløsende og vedlikeholdende faktor, avhengig av når i sykdomsprosessen den positive oppmerksomheten gis.

### **Svekket mentaliseringsevne**

Historisk sett har psykologiske og psykoanalytiske modeller om spiseforstyrrelser blitt tolket som formidlere av spesifikke psykologiske budskap. Om en jente viste spisevegring ble dette tolket som en motvilje mot seksuell modning. Man har gjennom modeller forsøkt å fortolke hva symptomet ”egentlig sier” som underliggende psykodynamikk. Dette er fortsatt gjeldende, men det er også mer vanlig å tenke at symptomene i tillegg handler mer om behovet for å lindre smertefulle selvtilstander, som også er nevnt tidligere. *Mentalisering* representerer en slik forståelse (Skårderud, Sommerfeldt, & Fonagy, 2012). Mentalisering er et begrep som har vakt interesse særlig i fagmiljøer innen rus og psykiatri. Det er et samlebegrep om eksplisitt og implisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av det indre liv (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Det er et grunnleggende trekk hos mennesker at vi fortolker hverandre. Når andre gjør handlinger fortolker vi følelser, tanker og intensjoner bak disse handlingene. Vi tolker mer eller mindre godt eller dårlig. Evnene til å forstå andres og eget sinn viser seg å henge sammen med god regulering av følelser og psykisk helse. Samtidig er det å misforstå og mistolke andres sinn tydelig forbundet med ulike former for psykopatologi (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Mentalisering er nært

knyttet opp mot andre begreper som empati, emosjonell intelligens, affektbevissthet, refleksjon og selvrefleksjon. Enkelt sagt kan man beskrive mentalisering som å forstå andre innenfra og seg selv utenfra. Å forstå seg selv utenfra handler om å forstå hvordan andre kan forstå oss (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Mentalisering er en dynamisk prosess hvor alle som blir satt under tilstrekkelig følelsesmessig stress vil svekkes i mentaliseringsevne (Skårderud et al., 2012). Mye tyder på at lav mentaliseringsevne er en risikofaktor og høy mentaliseringsevne er beskyttelsesfaktor i forhold til utvikling av spiseforstyrrelser (Cate, Khademi, Judd, & Miller, 2013; Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fridman-Balaban, Gur, & Stein, 2010).

Valget av å plassere svekket mentaliseringsevne under utløsende faktorer har sin bakgrunn i den teoretiske redegjørelsen for begrepet over. For jeg oppfatter denne dit hen at lav eller svekket mentaliseringsevne ikke er en medfødt konstant egenskap hos mennesker som utvikler en spiseforstyrrelse. Som Skårderud et al. (2012) påpeker er det derimot noe alle mennesker kan oppleve dersom en blir utsatt for store belastninger og dermed høyt stressnivå i vid forstand. Det er altså en dynamisk og foranderlig prosess eller tilstand. Selvdestruktive, irrasjonelle tolkninger av fornemmelser av andres følelsetilstand anses ikke for å være en medfødt, men en ervervet, tendens. Et eksempel på dette, og dermed på en svekket mentaliseringsevne, kan være denne tolkningen hos et barn av sin observasjon/fornemmelse av mors vedvarende sinte ansiktsuttrykk i en periode mor opplever mye stress og store konflikter på arbeidsplassen, som igjen fører til at hun er sint også når hun er hjemme: "Mamma er sint på meg. Det er fordi jeg ødelegger henne. For det må være min skyld at hun er sint, selv om jeg ikke skjønner hvorfor og gjør alt for at hun skal ha det bra. Jeg ødelegger andre ved å bare være i nærheten, være meg selv, ha følelser og behov, være til. Jeg må bli mindre av meg selv. Jeg skal slutte å spise...". I noen tilfeller kan dette også føre til ytterligere generaliseringer, som: "Jeg må beskytte både mammas og andres følelser, så de ikke blir ødelagt. Alt vondt er min skyld.". Perioder hvor en eller begge foreldrene opplever flere store påkjenninger eller en akutt kritisk situasjon i livet, som i utgangspunktet ikke har noe med deres barn å gjøre, kan altså bli en utløsende faktor for utvikling av AN hos barnet, slik som for eksempel en skilsmisse mellom foreldrene kan være (Skårderud, 2013). Risikoen øker ytterligere hvis barnet eksempelvis er overfølsomt/hypersensitivt, og ikke får hjelp til å tolke andres følelser mer konstruktivt og i tillegg opplever stress og belastninger i andre miljøer og befinner seg i et risikomiljø for slankepress. Idrettsmiljø kan være et slikt risikomiljø.

## **Idrett**

Idrett kan ses på som en risikokultur for utvikling av spiseforstyrrelser, da særlig estetiske idretter som dans, turn og aerobics, men også idrett generelt (Skårderud, 2013). Fokus på kropp, ernæring og mestring står ofte i klar sammenheng med suksess. Sundgot-Borgen og Torstveit (2010) påpeker at idretter der det antas å være et nærliggende forhold mellom vekt og prestasjon kan ses på som særlige risikoidretter. Andre miljøer som kan trekkes frem er de som driver med ballett, modellvirksomhet og skuespill/drama (Skårderud, 2013). I idrettsmiljøer hvor vekt og utseende står i fokus kan det forekomme kommentarer og signaler fra trenere om at en er for tykk, lubben, må passe vekta og lignende. Dette kan naturligvis oppfattes som slankepress og dermed aktivere en overdreven opptatthet av hva en selv og andre spiser. Høye prestasjonskrav kombinert med signaler som oppmuntrer til og verdsetter slanking kan altså bidra til å disponere for og utløse spiseforstyrrelser. Dette gjelder særlig hvis også andre risikofaktorer er til stede. Skårderud (2013) karakteriserer spiseforstyrrelser og idrett som ”søskenkulturer” ved at de omhandler mange av de samme grunnprinsippene. Eksempel på dette er at kroppen blir objektivisert gjennom å bli et instrument for å søke suksess, kontroll og mestring. Ved begge fenomenene er det stort fokus på ernæring og kroppsvekt, samt på å presse kroppen til å sprengre grenser for å oppnå et konkret mål (Skårderud, 2013). Selv om det å drive med idrett kan ses på som en disponerende faktor, kan kommentarer fra trenere eller andre i idrettsmiljøet om at en er lubben, tykk eller lignende karakteristikk være utløsende faktorer som fører til at en begynner å slanke seg, og dermed videre kan utvikle AN. For personer som trener kan skader fungere som utløsende faktorer. Det kan føre til at man ikke kan trene lenger og mulig legger på seg om man har samme kosthold som tidligere. En løsning kan da bli å spise mindre og mindre (Skårderud, 2013). (evt mer fra Sundgot-Borgen)

### **2.2.3 Vedlikeholdende faktorer**

Vedlikeholdende faktorer kan beskrives som det som gjør at man holder fram med den spiseforstyrrede atferden. Reaksjoner fra familie og miljøet kan fungere som vedlikeholdende. Mange kan bli oppfattet som et problem, og bli behandlet deretter. Dette fører gjerne med seg skyld og skam som forsterker AN snarere enn å hjelpe vedkommende ut av sykdommen (Berg, 2005; Skårderud, 2013). Det er imidlertid ikke bare negative reaksjoner fra omgivelsene som kan bidra til å være vedlikeholdende for en spiseforstyrrelse.

Som Skårderud (2013) påpeker: " I visse risikomiljøer kan det skje at den som har en spiseforstyrrelse – som er slank og trener overdrevent – kan bli berømmet for alt hva hun får til. Hun blir beundret for hva som faktisk er sykkelig atferd." (s. 78).

Det er også viktig å ha klart for seg at den ekstreme slankingen har en funksjon for den som holder på med det, hvis ikke hadde vedkommende endret atferd. Skårderud (2013) beskriver dette som at symptomene har sin "nytte". Slankingens funksjoner vil variere fra person til person. For noen kan det handle om å bli sett, få en identitet som folk legger merke til. Det er kanskje ingen i omgangskretsen som har AN, noe som da gjør en unik (Skårderud, 2013). Forholdet mellom AN og kontroll vil bli mer utdypende og nyansert gjort rede for nedenfor, i kapittelet om underliggende psykologiske drivkrefter. Her vil jeg bare kort tydeliggjøre at følelsen av å ha kontroll i en hverdag som ellers oppleves som kaotisk kan være vedlikeholdende. Det kan være en skremmende tanke å gi slipp på det ene kontrollområdet man føler man råder over. Etter hvert vil AN gi en bedøvende effekt i forhold til psykisk smerte og kaotiske følelser (Skårderud, 2013). En god del av det som presenteres i neste kapittel om underliggende psykologiske drivkrefter vil altså også kunne være mulige funksjoner spiseforstyrrelsen kan ha, som igjen kan ha en vedlikeholdende effekt på sykdommen.

#### **2.2.4 Underliggende psykologiske drivkrefter**

De ulike drivkreftene jeg belyser i dette kapittelet kan både bidra til å disponere for, utløse og vedlikeholde spiseforstyrrelser, her med særlig fokus på AN. Slik sett kunne de ulike drivkreftene jeg belyser i dette kapittelet like gjerne kunne ha blitt plassert under ulike underkapitler av kap. 2.4 Risikofaktorer. Med begrepet drivkrefter i denne sammenheng refererer jeg altså til motivasjonsfaktorer knyttet til alt fra å starte å slanke seg til å opprettholde (fremfor å forsøke å endre) den anorektiske atferden når denne har manifestert seg, til tross for eventuelle negative opplevelser relatert til sykdomsutviklingen. Det kan være alt fra grunnleggende personlighetstrekk og individuelle egenskaper som i seg selv disponerer for sykdommen (jf. det som blir presentert under kapittelet om disponerende faktorer) til positive opplevelser av hva en oppnår med sykdommen når en allerede har blitt syk, som igjen forståelig nok skaper motstand mot behandling og tilfriskning.

De underliggende drivkreftene eller motivatorene kan være mer eller mindre bevisste for de med AN. Når en lider av sykdommen er det nok lite sannsynlig at en er spesielt bevisst på dette. I ettertid, når en har blitt friskere og kanskje går eller har gått i terapi, er det mer sannsynlig at en har evne til å reflektere over og si noe om mulige drivkrefter. I resultatkapittelet mitt vil jeg under vedlikeholdende faktorer gjengi hva mennene i min studie fortalte om ulike funksjoner som de i dag kan tenke seg at spiseforstyrrelsen deres hadde eller evt. fortsatt har for dem. Slike funksjoner henger nært sammen med de underliggende drivkreftene jeg her presenterer med forankring i relevant litteratur.

Skårderud (2013) peker på at spiseforstyrrelser ikke bare handler om vansker med å forholde seg til mat og kropp, men også egne tanker og følelser. Lav selvfølelse, skam, skyld, selvforakt/selvhat er sentrale følelser hos mennesker med spiseforstyrrelser. Skamfølelser ligger ofte som et fundament hos dem med spiseforstyrrelser. Det kan være skam over den man er, skam over å ikke mestre eller andre ting som stikker dypt. Skam er en farlig affekt fordi skam er noe man gjerne skjuler (Skårderud, 2007b, 2013). Den dype tidlige og patologiske skammen som Skårderud (1998, 2013) karakteriserer som selve grunnfølelsen bak spiseforstyrrelser, handler om en gjennomgripende opplevelse av å hate seg selv og ikke fortjene noe godt, formøyeelig eller nødvendig, kun straff, lidelse og smerte. Det dreier seg om en opplevelse av å være konstant utilstrekkelig, motbydelig og verdiløs i seg selv. "Man kan skamme seg over noe – eller føle skyld for noe. Ved den dype skammen er det hele ens selv man skammer seg over. Den skamfulles frykt er å bli avslørt som den man er."(Skårderud, 2013, s. 39)

Claude-Pierre (1999) peker på at spiseforstyrrelser er symptomer på det virkelige problemet, nemlig den negative oppfattelsen av selvet. En spiseforstyrrelse kan derfor også omtales som en *selvforstyrrelse*, noe Skårderud et al. (2010) gjør. Identitetsforvirring og et tilhørende behov for "å bli noen" som skiller seg klart fra andre (med sin AN) er andre sentrale begreper som i litteraturen som spiseforstyrrelser ofte brukes om tilsvarende fenomen (Røer, 2006; Skårderud, 1998, 2013).

Der hvor grenser ikke finnes, må de settes med dødsens alvor. Grenser handler om å produsere identitet. Identitet baserer seg på evnen til å skille seg selv fra andre. Grenser forutsetter visse materielle tegn – i denne sammenheng er det kroppen som anvendes som symbolsk språk (Skårderud, 2013, s. 32).

Opplevelsen av å være annerledes og ikke passe inn eller høre til noe sted blir beskrevet av flere pasienter med spiseforstyrrelser (Skårderud, 1998).

Opplevelse av å ikke ha kontroll er ofte en annen sentral underliggende drivkraft, og mange kjenner på et kaotisk følelsesliv som de må ta kontroll over. Skårderud et al. (2012) viser til at det er en økende konsensus om å forstå og beskrive spiseforstyrrelser som reguleringsforstyrrelser. Det vil eksempelvis si vansker med selvregulering og følelsesregulering. Spiseforstyrrelsen får en funksjon, den blir løsningen for å håndtere de negative følelsene. Spiseforstyrrelsen kan i begynnelsen fungere som et verktøy og en løsning for å oppnå kontroll over vanskelige følelser og tanker. Etter hvert vil løsningen bli problemet (Skårderud, 2013). Da vil det ikke være individet som kontrollerer spiseforstyrrelsen, men spiseforstyrrelsen som kontrollerer individet.

Skårderud (2013) peker på at mennesker med spiseforstyrrelser ofte har dårlig kontakt med seg selv. De mangler ofte ord for å kommunisere følelser og har vanskelig for å gjenkjenne og skille mellom følelser. Dette legger et vanskelig grunnlag for å ha en indre monolog, noe som er viktig ved bearbeiding av psykologiske konflikter. Dette kan også forstås som *alexithymi* og betyr "uten ord på følelser" (Skårderud, 2013). Man kan definere alexithymi som fraværende eller svekket symbolsk tenkning, affektive utbrudd uten evnen til å forklare eller knytte dem til følelser, og hemmet fantasi (Skårderud et al., 2012). Forekomsten av alexithymi ved spiseforstyrrelser anslås å være 66-75 % (Skårderud et al., 2012). Røer (2006) mener i likhet med Skårderud (2013) at spiseforstyrrelser opptrer som en form for kommunikasjon. Spiseforstyrrelser kan tolkes som en kommunikasjon av en smertefull indre tilstand. Maten og kroppen har på en måte blitt et språk for å takle følelser og signalisere livsproblemer. Dette kan i begynnelsen være en bevisst kommunikasjonsform for den spiseforstyrrede, men etter hvert vil sykdommen ta kontrollen over denne kommunikasjonen. I tillegg til opplevelser av kaotisk følelsesliv og tilværelse bruker Skårderud (2013) begreper som tvil, usikkerhet, grenseløshet, nummenhet og flytende for å beskrive tilsvarende opplevelser mange med spiseforstyrrelser selv uttrykker. Ved AN prøver man gjerne å dempe slike angstfremmende tilstander og opplevelser ved å tilstrebe det motsatte, nemlig oversikt, tydelighet og forutsigbarhet gjennom en tilværelse preget av strenge, rigide ritualer og regler, restriksjon, innskrenking og avgrensning. Slik sett blir det en strategi for forenkling, tydeliggjøring og konkretisering av det komplekse, diffuse og uklare (Skårderud, 2013).

Subjektive erfaringer av kontrollsvikt, grenseløshet og at kravene er for mange og motstridende, blir forsøkt møtt med forenkling og entydiggjøring via reduksjon som kroppslig og dietetisk strategi. Å vie seg til et avgrenset prosjekt om kropp og mat kan gi illusjonen/opplevelsen av at noe er helt og sluttet (Skårderud, 2013, s. 32).

Når det gjelder personlighetstrekk og egenskaper en ofte finner hos barn og unge med emosjonelle forstyrrelser generelt, påpeker Grøholt et al. (2008, s. 125) at:

Disse barna er overfølsomme og engstelige, og kan reagere med panikk under opplevd stress. De har lav selvfølelse og åpenbar prestasjonsangst, er sjenerte og trekker seg tilbake. Ikke sjelden er de pirkete og nøye henimot det tvangspregede, og ofte virker de passive og gledesløse.

Personlighetstrekk som perfeksjonisme, ambisiøsitet, utholdenhet, talentfullhet og viljestyrke fremstilles gjerne som typiske personlighetstrekk ved spiseforstyrrelser generelt og særlig ved AN (Grøholt et al., 2008; Jensen, 2005; Skårderud, 1998, 2013). Spesielt kombinert med ytre høye forventninger fører dette gjerne til høye krav til egne prestasjoner, prestasjonsangst og en selvdestruktiv grad av selvkritiskhet og nådeløse selvbebreidelser (Skårderud, 2013). Det samme gjør behovet for og evnen til å skjule egne problemer og den negative opplevelsen av seg selv som et mislykket, feil og kronisk utilstrekkelig menneske bak en hardt tilstrebet, tilsynelatende vellykket, sterk og flink fasade. Motivet kan oppfattes som en ekstrem frykt for å bli avslørt som det håpløse, utilstrekkelige og verdiløse mennesket en innerst inne oppfatter seg selv som. I tråd med denne diskrepansen mellom indre liv og ytre fremtoning, beskriver mennesker med anoreksi ofte seg selv som todelt, splittet, fragmentert eller med tilsvarende begreper som uttrykker opplevelsen av å være ambivalent og kontrastfylt (Skårderud, 1998, 2013). Skårderud (2013) eksemplifiserer dette med en gutt som kom til behandling og fortalte at han var som to personer. Den ene ville spise, mens den andre ikke ville spise. Den som ville spise var sterkest utenfor måltidene, mens den som ikke ville spise var sterkest under måltidene. Det ble derfor ikke spist mye mat. Gutten fortalte at han ikke ønsket å ha det slik, og at det gjorde ham redd. Et annet eksempel Skårderud (2013) kommer med er en jente som følte seg både sterk og svak på samme tid. Hun var så sterk i møte med andre mennesker, hun forførte, tagg og skrek, og de andre gav da etter. Hun følte at de andre var svake for henne, noe som skapte vansker med å stole på dem. Samtidig var hun for svak til å innrømme sin svakhet, til å be om hjelp og slippe sin stolthet. Hun kjente seg veldig forvirret. Dette viser til en opplevelse og vurdering av seg selv som en person utad og



en helt annen inni seg, eller en person i sosiale sammenhenger og en helt annen når en er alene. Men det kan også være at en blir oppfattet av andre som ambivalent, for eksempel i betydningen den sterkeste og mest selvstendige og uberørte, men samtidig den svakeste og mest sårbare, følsomme og avhengige (Skårderud, 1998, 2013).

Det er kjent at mange med spiseforstyrrelser er svært ytrestyrte og tvangsmessig sammenligner seg med andre (Skårderud et al., 2012). De utvikler gjerne en sterk avhengighet av å bli bekreftet. Bekreftelsen blir en indikator på om blir anerkjent av sine omgivelser. Mange oppleves som "den flinke", de fokuserer ofte på å prestere høyt på de arenaene det er mulig å se målbare resultater. Sammenligningen med andre sett i lys av at en selv presterer bedre blir det konkrete bevis på å mestre (Skårderud, 2013).

I dette kapittelet om underliggende drivkrefter har jeg blant annet gjort rede for personlighetstrekk og egenskaper som også kan betraktes som disponerende faktorer, jf. det jeg presenterte i kapittelet om det.

## **2.3 Spiseforstyrrelser i skolen**

Skolen er en av de mest sentrale arenaene å bedrive helseforebyggende arbeid blant barn og unge. I Norge er skole obligatorisk, dermed blir skolen en arena der alle barn på en eller annen måte er tilknyttet. Det er utført flere kampanjer og programmer for å bedre psykisk helse hos barn og unge i skolen (Berg, 2005). Jeg kommer ikke til å ta for meg systematisk forebygging i forhold til psykisk helse i skolen i form av slike programmer. Med bakgrunn i masterprosjektets vinkling på informantenes egne opplevelser av sin sykdomsprosess finner jeg det mer hensiktsmessig å ta utgangspunkt i informantenes møte med skolen, elevene, lærere og andre ansatte på skolen. Først vil jeg gå gjennom hvilket ansvar skolen har i møte med elevers psykiske helse. Begrepet *psykisk helse* innbefatter også spiseforstyrrelser da spiseforstyrrelser kategoriseres som psykiske lidelser. Psykisk helse kan defineres som *evnen til å fordøye livets påkjenninger* (Berg, 2005). Videre vil jeg ta for meg behovet for kompetanse om spiseforstyrrelser blant lærere og andre ansatte på skolen. Til slutt vil jeg se på viktigheten av lærer-elev-relasjonen i møte med AN.

### **2.3.1 Skolens rolle**

Skolen har først og fremst en holdningsskapende rolle i forhold til psykisk helsearbeid. I følge Opplæringslova (1998) foreligger det ikke noen spesifikke retningslinjer for spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser kommer under retningslinjene for å fremme psykisk helse. I Opplæringslova (1998) § 9a-3 står det: ” Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremme eit godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve tryggleik og sosialt tilhør.” Videre i § 9a-4 står det:

Skolen skal aktivt drive eit kontinuerleg og systematisk arbeid for å fremme helsa, miljøet og tryggleiken til elevane, slik at krava i eller i medhald av dette kapitlet blir oppfylte. Skoleleiinga har ansvaret for den daglege gjennomføringa av dette. Arbeidet skal gjelde det fysiske så vel som det psykososiale miljøet (Opplæringslova, 1998).

Når man snakker om helsefremmende arbeid i skolen handler det hovedsakelig om forebygging. Helseforebyggende arbeid har ikke nødvendigvis som mål å skulle forhindre utvikling av bestemte sykdommer, men å styrke den generelle livskvaliteten (Berg, 2005). Et godt psykososialt miljø er grunnleggende for å kjenne følelsesmessig og sosialt velvære. Kjennetegnet ved et godt psykososialt miljø er at man lever i et miljø der man kan ha gode relasjoner til andre. Opplevelse av mestring og et godt selvbilde anses å være noen av grunnpilarene i en god psykisk helseutvikling (Berg, 2005). Skolen er en sentral aktør med tanke på å legge til rette for psykisk helse blant barn og unge. Skolen bør utvikle bevisste strategier for å redusere eller fjerne risikofaktorer i skolen som kan føre til at eleven utvikler psykiske lidelser. Det er viktig å ha klart for seg at mye oppmerksomhet rundt bestemte lidelser, som for eksempel spiseforstyrrelser, også kan virke mot sin hensikt. Mye fokus og interesse kan gjøre lidelsen attraktiv og spennende (Skårderud, 2013). Det er imidlertid viktig med fokus på å utvikle kompetanse i å avdekke tidlige tegn på psykiske lidelser. Siden skolen i utgangspunktet ikke driver med behandling av psykiske lidelser er det viktig at det utarbeides gode prosedyrer og handlingsstrategier for videre henvisninger til samarbeidsaktører (Berg, 2005). Det er også viktig med kompetanse i hvordan lærere og skoleansatte møter elever med ulike psykiske lidelser.

### **2.3.2 Kunnskap om spiseforstyrrelser**

Med tanke på at dagens skoleelever tilbringer mye av sin daglige tid på skolen kan lærerne ofte være blant de første som ser at noe er galt. Det å se at noe er galt er ikke nødvendigvis

det samme som å se hva som er galt. Kunnskap om tegn på spiseforstyrrelser er da grunnleggende for å kunne identifisere spiseforstyrrelser. Jeg vil presisere at kunnskap om alle de tidligere nevnte spiseforstyrrelsene er viktig, men jeg vil videre presentere symptomer og tegn rettet mot AN grunnet prosjektets innfallsvinkel. Dette er kanskje særlig viktig når det gjelder menn, da flere har poengtert at folk flest assosierer AN med jenter og kvinner. Derfor er det en sannsynlig risiko at AN hos menn ikke blir identifisert av omgivelsene (Crosscope-Happel et al., 2000).

### **2.3.3 Tegn og symptomer på AN**

De mulige tegnene og symptomene som videre vil bli presentert er ikke ensbetydende med AN. Det er tegn og symptomer som kan forekomme hos mennesker både med og uten AN. Likevel er dette fysiske tegn, atferd og forhold til mat som ofte viser seg hos de som lider av AN (Skårderud, 2013). Betydelig vekttap er kanskje det første folk legger merke til. Det er også vanlig med tretthet, svimmelhet og eventuelt besvimelser. Andre fysiske tegn kan være lav kroppstemperatur, dårlig blodsirkulasjon og at sår har vanskelig for å gro. Etter hvert er det også vanlig med hårtap og hovne kinn.

Mange blir veldig opptatt av mat og viser fintfølelse for mat de "ikke tåler". Matmengden som konsumeres minker betraktelig og maten som spises er nesten utelukkende lavkalorimat. Mange blir irritable og stresset rundt måltidene og foretrekker å spise alene. Benektelse av sult selv når det er åpenbart at vedkommende må være sulten er også vanlig. Mange får også dårlig samvittighet og kan kjenne på skyldfølelse og stress når de har spist (Skårderud, 2013).

Humør og atferd vil også endre seg for de fleste. De blir naturligvis veldig opptatt av vekten og veier seg ofte. Mange begynner å trene mye og passer generelt på å være mye i fysisk aktivitet. Misnøye med seg selv og egen kropp kan få stort fokus, og de omtaler seg selv som tykk/fet selv om det åpenbart ikke stemmer. Mange blir også opphengt i rigide daglige rutiner og viser mye trass og stahet. Sosial tilbaketrekning er heller ikke uvanlig. Noen ønsker også å skjule vekttapet ved å kle seg i store klær (Skårderud, 2013). Som sagt trenger ikke de nevnte tegnene og symptomene handle om AN, det er derfor viktig å gå frem på en formålstjenlig måte om man mistenker at noen er i ferd med å utvikle eller allerede har utviklet AN.

### **2.3.4 Lærereens rolle**

Opplæringslova (1998) fordrer at læreren skal gi alle elever en faglig og godt tilpasset undervisning og sørge for at alle utvikler sine ressurser og muligheter. Her inngår det også at læreren skal være en viktig støttespiller for elevene og skal bidra positivt til elevens utvikling av sosial kompetanse og sosiale ferdigheter. Samtidig er det viktig å ha klart for seg at læreren verken skal være sosialarbeider eller helsearbeider. Det er det faglige som er lærereens primære oppgave, men for å jobbe med det faglige er de psykososiale rammene rundt eleven av stor betydning. Derfor er det viktig at læreren ser eleven som et helt menneske og ikke bare som elev. For å eksemplifisere dette trekker Berg (2005) frem et utsagn fra hennes sønn som utviklet en alvorlig psykisk lidelse som fikk fatalt utfall: ”Du skjønner det, mamma, den nye læreren ser bare på meg som en elev og ikke som et menneske” (s 74). Det er viktig at læreren evner å se og bekrefte elevene som hele mennesker. Læreren skal hjelpe eleven til å mestre livets påkjenninger og gi støtte for å ta hånd om eget liv (Berg, 2005).

### **2.3.5 Lærer-elev-relasjonen**

Om man ikke har innsikt i barn og unges virkelighetsoppfatning vil det også være vanskelig å forstå hvorfor de utviser den atferden de gjør. Problematferd, noe AN kan kategoriseres som, henger ofte sammen med en negativ opplevelse av seg selv. Nøkkelen for å minske problematferd er å styrke den enkeltes selvoppfatning (Befring & Duesund, 2012). Det er viktig å ha klart for seg at det læreren kan oppfatte som problematferd kan være elevens rasjonelle måte å håndtere nederlag på og å oppnå status blant medelever. En god relasjon mellom lærer og elev er sentralt for at eleven skal ønske å åpne seg og fortelle om sine bekymringer og utfordringer. Nordahl og Manger (2005) peker på at det er den voksne som har ansvar for relasjonen. Er relasjonen krevende må voksne rette søkelyset mot seg selv. Det skal ikke forventes at eleven tar initiativ, det er det den voksne, altså læreren som skal gjøre. Lund (2012) kaller dette en asymmetrisk relasjon, der læreren har det overordnede ansvaret for relasjonen, noe som er viktig for forståelsen av lærer-elev-relasjonen. Om man som lærer blir bekymret for at en elev er i ferd med å utvikle AN må han gjøre noe med det. Hva som bør gjøres avhenger av lærereens relasjon til eleven. Som kontaktlærer har man gjerne en hyppigere og viktigere rolle i elevens skolehverdag enn mange andre lærere. Det første man bør gjøre er å snakke med eleven selv (Berg, 2005). Fremgangsmåten i en slik samtale vil i mange tilfeller være avgjørende. Går man rett på sak og sier: ”Det ser ut som at du har fått en spiseforstyrrelse”, vil man etter all sannsynlighet mislykkes. Det vil nok oppleves både som

en anklage og som en slags diagnostisering. Derimot kan det være hensiktsmessig å utvise bekymring for de observasjonene man har gjort. Berg (2005, s. 214) gir noen konkrete eksempler på hva man kan si som trolig vil virke bedre enn å gå rett på sak:

- Jeg legger merke til at du går ned i vekt.
- Jeg legger merke til at humøret ditt svinger.
- Jeg legger merke til at du aldri har med deg matpakke, osv.

Det er viktig at man samtidig presiserer at dette er noe som gjør en bekymret snarere enn at man kommer med en pekefinger. Det er ikke sikkert at eleven åpner seg med en gang og forteller om hvordan det egentlig går, det kan gjerne gå et par måneder før eleven våger å åpne seg. Om eleven ikke åpner seg må man ta bekymringen videre. Når elevene er under 18 år har man som lærer en juridisk og moralsk plikt til å informere foreldrene om alvorlige helseskader, noe AN er. Så om eleven benekter at han har AN, eller et vanskelig forhold til mat, vil det være lurt å fortelle eleven at bekymringen er så sterk at den må videreformidles til foreldrene (Berg, 2005).

### **2.3.6 Anerkjennelse som relasjonsbyggende faktor**

Gode relasjoner kommer ikke av seg selv, de må ofte jobbes med. Med utgangspunkt i at lærer-elev-relasjonen er asymmetrisk der det er læreren som sitter med ansvaret, kan det være fordelaktig å vite om hva som kan være med å styrke denne relasjonen og underbygge åpenhet. Anerkjennelse er en grunnleggende faktor i relasjonsbygging, og er for mange et kjent begrep. Hva som konkret ligger i begrepet kan derimot fremstå som litt vagt. Schibbye (2012) presenterer begrepet anerkjennelse i en dialektisk forståelse. Mennesket må ses i en sammenheng for å forstå dets atferd, relasjoner og opplevelser. Dette bygger på en forståelse av at mennesket ikke er kvantifiserbart og forutsigbart. Det må alltid forstås utfra den konteksten det lever i og de relasjonene og miljøene det står i. Anerkjennelse innebærer evne til å sette seg inn i den andres opplevelse og perspektiv, og gjøre alt en kan for å forstå den andre (Lund, 2012). Schibbye (2012) deler videre anerkjennelse inn i fem ingredienser: *lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse*. Å lytte er en svært krevende del av all kommunikasjon, det å gi den andre full oppmerksomhet og rom for å formidle sitt budskap. I en relasjon som lærer-elev-relasjonen er det lett at man blir den rådgivende part, den som skal fortelle hva som er riktig og galt. Under slike forutsetninger blir det en krevende oppgave å

ha fullt fokus på den andres budskap. Ofte tenker man at det å hjelpe er det samme som å gi gode råd. Å gi hjelp kan like gjerne være å lytte, å høre den andres historie uten å gi svar på utfordringene han står i. Ved å lytte har man gitt tydelig uttrykk for at man har sett den andre, at man er interessert i å sette seg inn i hvordan han har det (Lund, 2012). *Forståelse* handler i stor grad om gjenkjennelse. Kjenner man seg igjen i det den andre står i vil det også være lettere å forstå hva han går igjennom. For mange lærere vil det være vanskelig å kjenne seg igjen i situasjonen til en elev med AN, de fleste har sannsynligvis ikke kjent på den samme problematikken selv. Det som er essensen med forståelse er det genuine ønsket om å forstå. Det sentrale her er ikke den ytre forståelsen, som lett kan bli en diagnostisk presentasjon. Det sentrale er den indre forståelsen, altså hvordan den andre opplever situasjonen og hvordan han ser på situasjonen selv (Schibbye, 2012). *Aksept og toleranse* handler om at man møter den andre på en ikke-dømmende måte (Lund, 2012). Man skal akseptere den historien som blir fortalt uten å korrigere den, samtidig som man ikke tar lett på budskapet. AN og et negativt selvbilde går som tidligere nevnt hånd-i-hånd. Skam og selvdestruktive tanker ligger som et fundament for de fleste (Skårderud, 2007b, 2013). Om man ikke møter disse elevene med aksept og toleranse er det vanskelig å tenke seg at man kan bygge en god relasjon. Den siste ingrediensen er *bekreftelse*. Bekreftelse kan kanskje være lett i teorien, man kan lære seg fraser som ”jeg forstår”, ”jeg skjønner godt det du sier”, osv. Slike fraser kan gjøre vondt verre om man faktisk bare formidler fraser, eller at mottaker oppfatter det som nettopp fraser. Lund (2012) sammenligner bekræftelse med *speiling*. Man bekrefter ikke bare de ordene som blir sagt, men man forsøker også å speile de følelsene som blir formidlet. I den anerkjennende kommunikasjon kan det oppstå en misforståelse om at alle må være enige i det som blir formidlet. At man skal ”jatte” med og gi den andre støtte i sine opplevelser. Da står man i fare for å forsterke de negative opplevelsene og følelsene. En dialektisk forståelse av anerkjennelse bygger på at ”man får seg selv tilbake”, noe som er veien til selvrefleksivitet (Lund, 2012). Skårderud (2013) peker på nettopp viktigheten av å stimulere til selvrefleksjon i møte med mennesker med AN.

## 3 Metode og vitenskapsteoretisk grunnlag

Begrepet metode kommer fra det greske ordet *methodos* og betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2010). Det dreier seg om framgangsmåten for å få informasjon om det fenomenet eller sosiale virkeligheten man ønsker å undersøke, og videre hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva den kan fortelle oss. Det å samle inn, analysere og tolke data er en sentral del av empirisk forskning (Johannessen et al., 2010). Empirisk forskning kjennetegnes ved at man går ut i ”den virkelige verden” for å observere og samle opplysninger om de fenomenene og temaene som skal studeres (Befring, 2007). For at dette skal kunne utføres på en adekvat måte kreves det metoder og strategier for planlegging og gjennomføring.

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvilke valg jeg har tatt i forhold til metode for prosjektet og hvilke refleksjoner jeg har gjort meg underveis i prosessen. Jeg vil begynne med en kort redegjørelse for det vitenskapelige grunnlaget for oppgaven. Deretter vil jeg ta for meg bakgrunnen for valg av forskningstilnærming og metode. Videre vil jeg beskrive framgangsmåten for valg og rekruttering av informanter. Det vil også gis en presentasjon av kjennetegn ved det endelige utvalget, samt forberedelsene og gjennomføringen av intervjuene. Jeg vil også beskrive prosessen for transkriberingen og analyse- og tolkningsarbeidet av datamaterialet, for så til slutt drøfte undersøkelsens kvalitet, validitet og reliabilitet samt ulike etiske refleksjoner.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Et viktig mål med forskning er teoriutvikling (Befring, 2007). Forskning som ikke tar hensyn til teori kan fort føre til synsing og spekulasjoner (Johannessen et al., 2010). Teoriutvikling kan gjøres ved deduktive og induktive tilnærminger. Generelt tar induktive tilnærminger utgangspunkt i enkelttilfeller og trekker generelle slutninger på bakgrunn av disse enkelttilfellene (Kvernbekk, 2002). Man kan også si at denne formen for teoriutvikling tar utgangspunkt i empiriske data som danner grunnlag for teori (Befring, 2007). Deduktive tilnærminger bygger på eksisterende teorier som utprøves gjennom innsamling og analyse av relevante data. Gjennom dette arbeidet ser man om teorien bør justeres og forbedres (Befring, 2007). Historisk sett har disse tilnærmingene vært motpoler, men i senere tid har det blitt mer vanlig å kombinere induktive og deduktive metoder, da vitenskap er så kompleks og

sammensatt at det blir vanskelig å definere vitenskap innenfor en av disse tilnærmingene (Kvernbekk, 2002).

Jeg har funnet det hensiktsmessig å kombinere en induktiv og deduktiv tilnærming i dette prosjektet. Funnene i forskningsresultatene vil bidra til teoribyging, men forskningsresultatene er igjen analysert og tolket med bakgrunn i teorikapittelet. To tilnæringsmåter som er mye brukt innenfor kvalitativ forskning er hermeneutikk og fenomenologi. Dette er et masterprosjekt av kvalitativ karakter med kvalitative dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode. Jeg har derfor valgt å ha et hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapelig perspektiv. Dette vil jeg begrunne nærmere i det følgende.

### **3.1.1 Fenomenologi**

Å presentere en samlet beskrivelse av fenomenologi er ikke bare enkelt, da det finnes en rekke ulike varianter og tolkninger. Edmund Husserl grunnla fenomenologien som filosofi på begynnelsen av 1900-tallet (Kvale & Brinkmann, 2009). Siden ble den gjenstand for utvikling både av ham selv og andre. Gall, Gall, og Borg (2007) presenterer fenomenologi som studiet av verden slik den fremtrer for enkeltpersoner og deres opplevelse av det gitte fenomenet når de legger til side den rådende forståelsen av fenomenet. Målet er å forstå hvordan individer konstruerer virkeligheten. Giorgi (2009) presiserer at det her ikke er noe mål å søke en objektiv forståelse som ekskluderer den subjektive erfaringen til den som erfarer. Målet er heller en presis analyse og forståelse for hvordan det gitte blir erfart og opplevd av erfareren. Denne måten å tenke på har særlig gjort seg gjeldede innenfor kvalitative forskningsintervju. Husserl mente at beskrivelse og analyse av måten vi konstruerer virkeligheten på er en sentral måte å nå frem til forståelse på (Dalen, 2011). Giorgi (2009) har senere utviklet en egen modell for fenomenologisk analyse. I min analyse av det innsamlede datamaterialet har jeg valgt å ta utgangspunkt i denne modellen. Dette vil bli ytterligere utdypet og konkretisert i kapittel 3.6.3.

I dette masterprosjektet skal jeg ta utgangspunkt i menns egne opplevelser av hvorfor de tror at nettopp de har utviklet AN, og hva de selv tror har vært med å bidra til deres bedringsprosess, samt deres opplevelse av skolen. Med tanke på at jeg er interessert i informantenes subjektive opplevelse og erfaring var det nærliggende å ha et fenomenologisk perspektiv som en rød tråd fra planleggingen av prosjektet til analysen og tolkningen av det



innsamlede datamaterialet. Fenomenologien tar utgangspunkt i den enkeltes livsverden og opplevelse (Giorgi, 2009), noe som også er tilfellet i dette prosjektet.

### **3.1.2 Hermeneutikk**

Man kan snakke om hermeneutikk som virksomhet og som fag. Som virksomhet kan man si at det er å komme frem til en velbegrunnet tolkning av et meningsformidlende materiale. Som fag er hermeneutikk en metodelære for tolkning av meningsformidlende materiale (Wormnæs, 2005). Formålet er å finne et dypere meningsinnhold i utsagn enn det som først spontant ble oppfattet. Man fokuserer på deler av utsagn for å forstå helheten, videre ser man på helheten for å forstå delene. Denne prosessen går vekselvis frem og tilbake og er kjent som *den hermeneutiske spiral* (Dalen, 2011; Gall et al., 2007). Gjennom denne prosessen søker man en dypere og stadig dypere forståelse av et tekstmateriale. Det finnes ikke et bestemt utgangspunkt eller slutt punkt for hermeneutisk tolkning. Det er en prosess som stadig kan utvikles dypere, på bakgrunn av det kontinuerlige samspillet mellom deler og helhet i teksten samt mellom forsker og tekst (Dalen, 2011). Gall et al. (2007) hevder at teoretikere innenfor hermeneutikken mener det ikke finnes noen objektiv virkelighet, men at man derimot kan utvikle fortolkninger av virkeligheten, noe hermeneutikken som metode da blir et godt redskap for.

I dette prosjektet blir alle intervjuene nøyaktig transkribert. Hermeneutisk tolkning fremtrer da som en god metode for å skape en dypere forståelse for materialet som er innhentet. Vekselvirkning mellom del- og helhet framstår som en styrke for å danne en dypere forståelse av tema som skal belyses. Svarene og utsagnene til informantene kan antakelig forstås på flere ulike måter, det vil derfor være med å styrke kvaliteten på prosjektet med en grundig hermeneutisk gjennomgang av datamaterialet. Samtidig er det viktig å være klar over at jeg har en forforståelse av temaet og fenomenet som vil påvirke hvordan jeg tolker utsagnene. En tydeliggjøring av min forforståelse som forsker vil derfor være grunnleggende, noe jeg vil gjøre i kommende kapittel.

### **3.1.3 Forforståelse**

Begrepet forforståelse er et sentralt element i den hermeneutiske fortolkningsprosessen (Dalen, 2011). Begrepene forforståelse og førforståelse brukes gjerne om hverandre i litteraturen. Jeg velger imidlertid konsekvent å benytte meg av begrepet forforståelse, slik

Wormnæs (2005) gjør. Man kan beskrive forståelse som noe som fremkommer på bakgrunn av en forforståelse. Forforståelsen blir som en forståelsesberedskap som utløser en primærforståelse av det gitte (Wormnæs, 2005). Dalen (2011) fremstiller forforståelse som oppfatninger forskeren har på forhånd om det fenomenet som skal studeres. Hun vektlegger betydningen av at forskeren trekker inn sin forforståelse på en slik måte at den maksimerer forståelsen av informantens uttalelser. Med henvisning til Gadamer påpeker hun videre betydningen av at forskeren har et bevisst og reflektert forhold til sin egen forforståelse og forskerrolle. Denne bevisstheten blir viktig å tilstrebe gjennom hele forskningsprosessen. Det gjelder for eksempel både under utarbeidningen av intervjuguiden, før og under intervjuene samt i analysen og tolkningen av datamaterialet. Hensikten er i størst mulig grad å unngå at en blir ubevisst styrt av sin forforståelse (Dalen, 2011). Målet er å møte informantenes uttalelser, og etter hvert det transkriberte tekstmaterialet, så fordomsfritt, åpent og objektivt som mulig. Slik vil en kunne være åpen for ulike måter å tolke og forstå fenomenene på. Samtidig er det altså viktig å erkjenne at en viss grad av subjektivitet i forskerrollen i kvalitative studier er unngåelig (Dalen, 2011).

Jeg har ikke personlig erfaring med temaet jeg skal undersøke. Interessen min for temaet har blitt skapt gjennom forelesninger og pensumlitteratur ved studiet. Min forståelse av det jeg har hørt på forelesninger og lest i pensumlitteratur, samt det jeg har lest og hørt i media, vil farge min forståelse av AN som fenomen. AN fremstilles som en lidelse som hovedsakelig rammer jenter/kvinner (Crosscope-Happel et al., 2000; Hatmaker, 2005; Røer, 2006; Skårderud, 2007a; Wooldridge & Lytle, 2012). Samtidig er det gjort lite forskning på AN blant gutter/menn (Skårderud, 2007a). Min forståelse av AN blant kvinner vil derfor være førende for min forståelse av AN blant menn. Dette på tross av at AN kan framtre annerledes hos menn, men dette vites det lite om siden det er gjort lite forskning på feltet. Et annet element ved min forforståelse av AN er tanken om at spiseforstyrrelser har mange likhetstrekk med andre avhengighetslidelser, for eksempel rusavhengighet eller spillavhengighet. Gjennom tilegnelsen av kunnskap om temaet har jeg oppfattet mange likhetstrekk mellom ulike former for avhengigheter og det å ha en spiseforstyrrelse.

## **3.2 Forskningsstilmærming og metode**

Man kan forstå forskningstilmærming som forskningsmetodiske hovedmønster (Befring, 2007). Begrepet tilmærming brukes gjerne synonymt med design i denne sammenheng, som

igjen kan romme ulike konkrete datainnsamlingsmetoder. Hvilken tilnærming og metode som bør anvendes for å belyse et fenomen, avhenger av studiens formål og problemstilling (Dalen, 2011). Som jeg har vært inne på tidligere har jeg valgt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, med semistrukturert forskningsintervju som datainnsamlingsmetode. Jeg vil i dette kapitlet presentere og begrunne de metodiske valgene som er tatt for å belyse problemstillingen best mulig.

### **3.2.1 Kvalitativ tilnærming**

Kvalitative tilnærminger er mye brukt i forskning innenfor samfunnsvitenskap, da særlig om man skal undersøke fenomener man ikke kjenner så godt fra før (Johannessen et al., 2010). Ved kvalitative tilnærminger forholder en seg til ord og frie uttrykksformer, små utvalg og mål om dybdeinnsikt i fenomenene som studeres. Dette gjør det mulig å innhente mer intensive og idiografiske data enn tradisjonelle kvantitative metoder, hvor en forholder seg til tallmateriale, omfattende utvalg og statistiske beregninger (Befring, 2007). Dalen (2011) sier det slik:” Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet” (s. 15).

En kvalitativ tilnærming er godt egnet til å få en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg til sin livssituasjon (Dalen, 2011). Noen omtaler kvalitativ forskning som *fortolkende forskning*, da med henblikk på at datamaterialet som innsamles må forstås og tolkes av forskeren (Gall et al., 2007), noe som også er gjeldende for dette prosjektet. Intervju er en sentral metode innenfor den kvalitative forskningstilnærmingen (Befring, 2007) Målet med denne oppgaven er å få en dypere innsikt i hvordan menn med AN har opplevd sin prosess med å bli syk og videre med å bli friskere, samt hvordan de i dag reflekterer rundt og forholder seg til sine erfaringer. Et kvalitativt forskningsintervju er godt egnet til å søke forståelse for intervjupersonens livsverden fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg ønsket å legge minst mulig føringer for informantenes historiefortelling. Derfor ønsket jeg å bruke en datainnsamlingsmetode som kan gi rom for fleksibilitet og improvisasjon, noe som er mulig med et kvalitativt intervju (Befring, 2007).

### **3.2.2 Semistrukturert intervju som metode**

Intensjonen med et kvalitativt intervju er å fremskaffe fyldige beskrivelser av informantenes tanker, følelser og opplevelser knyttet til temaet i fokus. Som intervjuer skal man opptre

nøytralt, samtidig som man viser en genuin interesse for det informanten forteller om (Dalen, 2011). Det er vanlig å skille mellom åpne, strukturerte og semistrukturerte intervju som intervjuform. Ved en åpen intervjuform anvendes ikke-forhåndsdefinerte spørsmål, noe som gir informanten mulighet til å snakke fritt. Et strukturert intervju er utformet med lukkede spørsmål og fremstår mer som spørreskjemasamtaler. Et semistrukturert intervju blir en variant mellom disse ytterpunktene. Forskeren har på forhånd valgt ut ulike temaer og spørsmål som ønskes belyst i løpet av intervjuet, samtidig som det gis rom for fleksibilitet og improvisasjon (Dalen, 2011). Det semistrukturerte intervjuet kjennetegnes av at intervjueren inntar en bevisst naivitet ved å være åpen, nysgjerrig og lydhør for nye og uventede fenomener (Kvale & Brinkmann, 2009). I et semistrukturert intervju må man altså på forhånd planlegge spørsmål som peker mot det det ønskes å vite mer om. Dette gjøres gjennom en intervjuguide. Intervjuguiden er ment som en guide for å hjelpe intervjueren til å favne de temaene som skal belyses (Dalen, 2011). Jeg kommer til å utdype ulike aspekter ved min intervjuguide senere. Selv om spørsmål er planlagt på forhånd er det i et semistrukturert intervju rom for å komme med oppfølgings- og tilleggsspørsmål underveis i intervjuet. Dette er en fordel dersom intervjueren oppdager flere relevante spørsmål mens intervjuet pågår, eller om noe fremstår som uklart. Det er en mulighet for at informanten kommer med korte og lite utdypende svar på spørsmålene, da er det nyttig for intervjueren å kunne stille oppfølgingsspørsmål. For å kunne ta tak i aktuelle spørsmål underveis kreves det at intervjueren er godt forberedt og ikke minst årvåken under intervjuet.

For å ta vare på fleksibiliteten, men samtidig kunne få frem et datamateriale hvor informantene svarer på mange av de samme spørsmålene har jeg valgt å foreta et semistrukturert intervju. I dette prosjektet er det tre menn som skal intervjues om den samme tematikken. Ønsket er å belyse den samme tematikken fra flere personers perspektiv. Med et semistrukturert intervju kan jeg sørge for at informantene svarer på noenlunde de samme spørsmålene. Med det mener jeg at ordlyden kan framstå litt ulikt og at spørsmålene kan komme på litt ulike tidspunkt, men at intervjuene likevel fremstår som like.

### **3.3 Utvalg**

Valg av informanter er særlig viktig innenfor kvalitativ forskningsintervju. Antallet informanter må ikke bli for stort, da det kan skape komplikasjoner i forhold til gjennomføring av intervjuene. Det innebærer også at det er en tidkrevende prosess å bearbeide intervjuene.

Intervjumaterialet må samtidig inneha en kvalitet som gir tilstrekkelig grunnlag for analyse og tolkning (Dalen, 2011). Jeg vil nå redegjøre for utvalgsprosessen og utvalget.

### **3.3.1 Kriteriebasert utvelging**

Man skiller ofte mellom to ulike fremgangsmåter for å innhente informanter; tilfeldig utvelging og formålstjenlig utvelging (Befring, 2007). Jeg har valgt en strategi basert på formålstjenlig utvelging der informantene må oppfylle visse kriterier for å være aktuelle som informanter. En slik tilnærming kalles gjerne for kriteriebasert utvelging (Dalen, 2011; Gall et al., 2007). Kriteriebasert utvelging beskrives av Gall et al. (2007) som en utvalgsmetode som har til hensikt å fremskaffe dybdeinnsikt om et fenomen knyttet til noen utvalgte individer. Jeg ønsker å se på hver enkelt informants opplevelse av situasjonen de står i og har vært i. Samtidig ønsker jeg å snakke med informanter som er og har vært i noenlunde samme situasjon, slik at informasjonen fra de ulike informantene til en viss grad kan ses opp mot hverandre. I kvalitative studier bør man tilstrebe å sette sammen et utvalg som kan gjenspeile en maksimal variasjon innenfor temaet for prosjektet (Dalen, 2011). Siden dette er et mastergradsprosjekt er det relativt kort tidsbegrensning fra begynnelse til avslutning av prosjektet. Sideomfanget av masteroppgaven setter også sine begrensninger for hvor stort utvalg man kan innhente data fra. Samtidig kan målgruppen for informanter i mitt prosjekt anses å være en liten og sårbar gruppe. Jeg forutså derfor mulige utfordringer knyttet til rekrutteringen av informanter. Grunnet risikoen for å bli stående uten informanter valgte jeg å utforme kriterier med en forholdsvis generell utforming. Kriteriene var følgende:

- Mann over 18 år.
- Er eller har vært til behandling for AN, og vist fremgang.

*Vist fremgang* kan oppleves som et relativt kriterium. Det jeg legget i dette er i hovedsak informantenes egen opplevelse av bedring. Dette kriteriet var også med i informasjonsbrevet jeg sendte til rådgivningsinstanser og behandlingstilbud hvor jeg søkte informanter, så de kunne vurdere om de visste om noen som oppfylte kriteriene.

### **3.3.2 Rekruttering av informanter**

Det var knyttet en del spenning til om det var mulig å komme i kontakt med menn som har hatt AN. Jeg hadde ingen bekjensheter og måtte begynne helt på skrætsj. Jeg tok kontakt

med ulike behandlingssteder og rådgivningsinstanser for mennesker med spiseforstyrrelser for å høre om de visste om noen i målgruppen som kunne være aktuelle for prosjektet. Til disse sendte jeg også en epost med presentasjon av prosjektet. Jeg fikk svar fra en rådgivningsinstans om at de hadde videresendt eposten fra meg til to menn de hadde vært i kontakt med. Om de skulle være interessert i å være med i undersøkelsen ville de ta kontakt med meg via epost. Innen en uke hadde begge svart og vist interesse. Den siste informanten ble rekruttert fra en behandlingsinstitusjon.

### **3.3.3 Kjennetegn ved det endelige utvalget**

De tre informantenes forhold til AN i dag var noe ulik. En så på seg selv som frisk og hadde ikke vært til noen form for behandling på flere år. En beskrev forholdet til AN som avslappet, men kunne kjenne på utfordringene periodevis. Han var ikke til behandling nå, men hadde noen planlagte besøk på sitt siste behandlingssted for oppfølgingssamtaler. Den siste gikk til behandling og så ikke på seg selv som frisk, men at han hadde blitt vesentlig bedre det siste halve året. Alle innfridde kriteriene, men var likevel i litt ulike situasjoner. Informantene kom fra ulike deler av landet. Jeg gav klart uttrykk for at det når som helst var mulig å trekke seg fra prosjektet om det skulle være ønskelig. I etterkant fikk jeg tilbakemelding fra flere om at denne rettetmuligheten var en avgjørende faktor for at det kjentes trygt å delta i prosjektet. Alderen på informantene strakk seg fra 20-26 år.

## **3.4 Forberedelser til intervju**

### **3.4.1 Intervjuguide**

Utarbeidelsen av en god intervjuguide er viktig for et semistrukturert intervju. Intervjuguiden skal omfatte de sentrale tema og spørsmål som skal belyses i prosjektet. Dette er en sikring for at man faktisk får spurt om det man ønsker å vite noe om, samtidig som at alle informantene svarer på noenlunde de samme spørsmålene. Jeg valgte å utarbeide intervjuguiden etter ”traktprinsippet” (Dalen, 2011), det vil si at jeg begynte med mer generelle spørsmål som er mer i randsonen sammenlignet med de mer sentrale spørsmålene som direkte omhandler tematikken. Spørsmål som hvem informanten er, alder og dagens livssituasjon. Det er nyttig informasjon som trolig oppleves mindre privat, utfordrende og nærgående enn en del av kjernes spørsmålene. Slike spørsmål er fine for å komme i gang med å prate og for å etablere en trygg og tillitsvekkende relasjon og en avslappet atmosfære. Etter hvert blir spørsmålene rettet mer og mer mot sentrale punkter i tematikken. Med tanke på

prosjektets tematikk kan mange av spørsmålene trolig oppleves krevende. Det var derfor viktig at intervjuet ikke ble avsluttet med dype og vanskelige spørsmål. Jeg valgte å åpne opp ”trakten” og avslutte med mer generelle spørsmål for å lette på stemningen og forhåpentligvis gi informanten en god avslutning på intervjuet. Dette er en kjent strategi for denne typen intervju (Dalen, 2011). Intervjuguiden min ble inndelt i fire hovedkategorier. Første del var innledningsspørsmål, andre del handlet om det å bli syk, tredje del handlet om å bli frisk, fjerde del var avslutning og handlet om veien videre og opplevelsen av intervjuet. NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) hadde ingenting å utsette på intervjuguiden.

### **3.4.2 Forberedelser til gjennomføring av intervju**

I kvalitative intervjustudier skal det alltid foretas prøveintervjuer for å teste intervjuguiden og å få prøve seg selv som intervjuer. Prøveintervju er også gunstig for å se om opptaksutstyret fungerer bra (Dalen, 2011). Dessverre var det vanskelig for meg å få gjennomført prøveintervjuer da jeg kun hadde tre potensielle informanter. Jeg måtte ta et valg mellom to ulike løsninger. Den første muligheten var å gjennomføre et prøveintervju med en av de potensielle informantene og da ha to informanter til prosjektet. Den andre muligheten var å ikke gjennomføre et vanlig prøveintervju, men heller registrere det første intervjuet som et prøveintervju og samtidig bruke det i prosjektet. Ingen av mulighetene er optimale, men jeg valgte den siste. Siden det har vært gjort lite forskning på denne tematikken fra før, og jeg hadde vært så heldig å komme i kontakt med tre potensielle informanter, ville det vært dumt å miste verdifull informasjon gjennom å utelukke en av informantene fra prosjektet ved å gjennomføre et prøveintervju. Dette var et krevende valg med tanke på at jeg ikke har gjennomført tilsvarende intervju tidligere. Jeg tok derfor kontakt med RASP (Regional avdeling for spiseforstyrrelse) ved Rikshospitalet for å få veiledning og råd for gjennomføring av intervjuene. De var veldig imøtekommende og jeg fikk to møter der for samtale om tematikken, intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene.

## **3.5 Gjennomføring av intervjuene**

Jeg spurte informantene om de hadde noen preferanser for hvor intervjuene skulle gjennomføres, og foreslo samtidig at jeg kunne forhåndsbestille rom ved Universitetet i Oslo om det kunne være et aktuelt sted. For to av informantene passet det å komme til universitetet, mens for en passet det best å ha det i hans leilighet. Det var viktig for meg at det skulle legges godt til rette for informantene og at det skulle foregå på deres premisser. Jeg

stilte meg derfor veldig fleksibel til tidspunkt og sted for intervjuene. Jeg hadde på forhånd gitt beskjed om at intervjuet kunne ta inntil en og en halv time, men at det gjerne kunne gå mindre tid om det viste seg naturlig. I og med at jeg ikke hadde foretatt noe prøveintervju var jeg litt spent på om den estimerte tidsrammen for intervjuet var passende. I det første intervjuet ble ikke tidsrammen overholdt. Intervjuet varte i to timer og førtifem minutter, noe som var mye lengre enn planlagt. Informanten hadde mye på hjertet og gav uttrykk for at det ikke gjorde noe at intervjuet tok lengre tid enn antatt. Det andre intervjuet tok kortere tid, men også det lengre enn planlagt, det varte i ca. to timer. Også her gav informanten uttrykk for at overtredelse av tidsrammen ikke hadde noen betydning. Begge informantene ble gjort oppmerksom på tiden da det nærmet seg 1,5 time, og det ble gitt beskjed om at vi kunne gå mot en avslutning om det var ønskelig. Siden begge ønsket å fortsette gjorde vi det. Det siste intervjuet holdt seg innenfor tidsrammen og varte i ca. en og en halv time.

### **3.5.1 Lydopptak**

Jeg informerte ikke informantene på forhånd om at jeg gjerne vil ta lydopptak av intervjuene. Grunnen var at jeg var redd for at det kunne oppleves skremmende og at de dermed skulle si nei til å være med i prosjektet. Jeg valgte derfor å vente med å spørre til vi hadde truffet hverandre og snakket litt sammen før jeg da spurte om det var greit at jeg tok lydopptak av intervjuet. Om de ikke ønsket dette ville jeg bare ta notater. Alle syntes det var helt uproblematisk at jeg tok opp intervjuet. Jeg brukte en bærbar datamaskin og mikrofon for å gjennomføre lydopptakene. Dette var et utstyr jeg hadde god kjennskap til, da jeg har brukt det samme utstyret mye til musikkopptak. Det var veldig nyttig å få intervjuene på lydopptak, da kunne jeg fokusere på å være tilstede i samtalen og heller ta notater av observasjoner og tanker underveis i intervjuet.

### **3.5.2 Intervjurollen**

I og med at jeg verken hadde gjennomført prøveintervju eller gjort noe tilsvarende tidligere var jeg veldig spent i forkant av første intervju. Som Dalen (2011) påpeker trengs det mye trening og erfaring for å bli en god intervjuer. For å prøve å veie opp for manglende trening og erfaring tok jeg som tidligere nevnt kontakt med RASP for å få råd og veiledning, noe jeg opplevde som tryggende. I forkant av intervjuene sørget jeg for at jeg fikk nok søvn for å være så opplagt og skjerpert som mulig. Siden det var deres opplevelse av tematikken jeg var interessert i var det viktig for meg å gi informantene tid og ro til å fortelle sin historie. Jeg var



bevisst på at jeg ikke måtte være redd for pauser, da det kan være viktige refleksjonsstunder for informantene (Dalen, 2011). Jeg forsøkte etter beste evne å lytte aktivt og vise min interesse både verbalt og non-verbalt. Alle informantene hadde svært interessante historier å fortelle, derfor opplevde jeg ikke selv at det var krevende å være interessert.

På forhånd var jeg litt nervøs for om informantene ville være åpne og ha lett for å fortelle. Det var ingen grunn til bekymring, samtlige informanter var åpne og hadde lett for å fortelle. Det jeg opplevde som det mest krevende i intervjuene var å finne balansen mellom intervjuguiden og informantenes frie beretninger. Særlig ett av intervjuene ble veldig ustrukturert, noe jeg opplevde som vanskelig å regulere. I etterkant av intervjuene spurte jeg informantene om hvordan det hadde vært å bli intervjuet av meg. Alle syntes det hadde vært en god opplevelse, noe varigheten av intervjuene trolig kan være med å underbygge.

## **3.6 Analyse og bearbeiding av datamaterialet**

### **3.6.1 Transkribering**

For å danne et godt grunnlag for analyseprosessen er det en stor fordel å transkribere muntlig datamateriale, noe Kvale og Brinkmann (2009) påpeker. Transkribering handler om å omgjøre muntlig datamateriale om til skriftlig. Dette var en svært tidkrevende og møysommelig prosess, da også med tanke på intervjuenes lengde. Jeg begynte å transkribere kort tid etter hvert endt intervju mens jeg enda hadde intervjuet friskt i minnet. Jeg valgte å gjengi ordrett alt som ble sagt i intervjuet, noe som resulterte i mye spoling frem og tilbake for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt. En av informantene snakket med dialekt, jeg valgte da å oversette fortløpende til bokmål. I etterkant av hver fullførte transkripsjon hørte jeg gjennom intervjuet i sin helhet for å sikre at alt var riktig notert. Det hendte at informantene omtalte seg selv med navn under intervjuet. Jeg hadde på forhånd gitt informantene fiktive navn for best mulig å ivareta anonymiteten, jeg brukte disse under transkriberingen. Kvaliteten på opptakene var veldig god, så det var ikke vanskelig å høre hva som ble sagt til en hver tid.

På det første intervjuet forsøkte jeg å bruke NVivo til transkribering, noe jeg opplevde som tungvint. Jeg fant ut at det raskeste og beste måten å gjøre det på var å opprette et skjult iTunes-bibliotek dedikert til intervjuene hvor intervjuene ble lastet inn, for så å transkribere i Word. Med bruk av iTunes kunne jeg nytte meg av hurtigtastene på tastaturet for avspilling

av lyd, noe som fungerte svært godt. iTunes-biblioteket ble naturligvis slettet etter endt transkribering. De ferdige transkripsjonene ble så importert til NVivo.

### **3.6.2 Analyse**

Det kan være en utfordring å få noe konstruktivt ut av kvalitative forskningsopplegg. Datamaterialet som er innhentet kan i mange tilfeller være omfattende og ustrukturert. Det vil derfor være viktig å redusere informasjonsmengden til et håndterlig nivå og lage et rammeverk for å formidle innholdet på en forståelig måte (Johannessen et al., 2010). Kvalitativt datamateriale snakker ikke for seg selv, det må fortolkes av forskeren. Det finnes ulike metoder for å gjøre dette, men det som er felles for alt empirisk datamateriale er den fortolkende tilnærmingen til datagrunnlaget (Dalen, 2011). Jeg tok utgangspunkt i en fenomenologisk analysemodell som vil presenteres under. For å gjøre analysearbeidet mer oversiktlig valgte jeg å bruke dataprogrammet NVivo. Jeg hadde ikke kjennskap til programmet fra tidligere, derfor deltok jeg på et kurs og satte meg godt inn i programmets funksjoner i forkant av analyseprosessen. Jeg opplevde programmet som svært nyttig og oversiktlig.

### **3.6.3 Fenomenologisk analyse**

Giorgi (2009) har utviklet en fenomenologisk modell for å håndtere data som uttrykkes med vanlig språk på en systematisk måte. Han ønsker samtidig å vise at stringens og disiplin kan brukes i dataanalysen uten nødvendigvis å kvantifisere dataene. Kvale og Brinkmann (2009) omtaler denne modellen som en meningsfortettende modell. Det vil si at lange setninger komprimeres til kortere, hvor den umiddelbare mening i det som blir sagt gjengis med få ord. Kvale og Brinkmann (2009) presenterer modellen for analyse av intervju med fem steg. Tar man utgangspunkt i disse stegene kan det være til hjelp i analysearbeidet, da særlig hvor omfanget av datamaterialet er stort. Jeg har tatt utgangspunkt i denne modellen i mitt analysearbeid, men har ikke fulgt den til punkt og prikke. Den har vært brukt mer som en veiledning. Jeg vil videre gjengi kort fremgangsmåten for mitt analysearbeid i lys av modellen.

Første steg handler om å få en helhetsfølelse av intervjuet, man leser derfor gjennom intervjuet i sin helhet (Giorgi, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg skrev ut alle intervjuene i papirform, da jeg opplever det som lettere å lese i papirform enn på en dataskjerm. Giorgi

(2009) fremstiller gjennomlesningen som en forberedelse til analysen. Han påpeker at dette er særlig viktig om det ikke er intervjueren selv som analyserer. I neste steg skal man gå inn i teksten og bestemme hvilke meningsenheter man tenker er sentrale, slik informantene uttrykker dem. Jeg gikk grundig gjennom intervjuene på nytt og kodet de relevante meningsenhetene i NVivo. I NVivo kunne jeg gruppere beslektede meningsenheter i ulike kategorier og underkategorier. Meningsenhetene kunne kodes inn i flere kategorier når det viste seg at meningsenhetene berørte flere temaer. Kodingen i NVivo gjorde det betydelig lettere å skaffe seg god oversikt over meningsenhetene.

Det tredje steget tar utgangspunkt i kodingen. Det består i å uttrykke temaet som berøres i den naturlige meningsenheten så enkelt og klart som mulig. Forskeren skal her forsøke å lese informantens utsagn på en så fordomsfri måte som mulig, og tematisere informantens synsvinkel slik forskeren tolker denne (Kvale & Brinkmann, 2009). I tråd med dette gikk jeg gjennom utsagnene for å presist forsøke å beskrive essensen av det jeg opplevde at informantene ønsket å formidle. Utsagnene ble videre plassert og omplassert i kategorier basert på tematikk. I fjerde steg skal utsagnene ses i lys av prosjektets spesifikke formål (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg valgte derfor å ta utgangspunkt i intervjuguiden i denne delen av arbeidet, for så å sette utsagnene opp mot problemstillingen for prosjektet. Resultatene blir presentert i kapittel 4 og videre sammenfattet og drøftet i kapittel 5. I det femte og siste steget skal de viktigste elementene i intervjuene bindes sammen og presenteres (Kvale & Brinkmann, 2009), det blir gjort i kapittel 6.

## **3.7 Kvalitetsvurderinger**

### **3.7.1 Validitet**

#### **Deskriptiv validitet**

Deskriptiv validitet handler om hvor nøyaktig forskeren formidler informantens utsagn. Man må stille seg spørsmål om hvorvidt man har hørt informantens utsagn riktig, og om man husker utsagnene og eventuelt har transkribert dem korrekt (Maxwell, 1992). For å styrke den deskriptive validiteten kan man for eksempel bruke lydopptaker under intervjuet, for å sikre at alle utsagn blir lagret (Dalen, 2011). Jeg valgte, som tidligere nevnt, å bruke opptaksutstyr. Da hadde jeg til en hver tid informantens nøyaktige utsagn som jeg kunne gå tilbake til i analyseprosessen. Kvale og Brinkmann (2009) er tydelige på at man må være klar over at forskeren gjør tolkninger og tar valg i transkriberingsprosessen, noe som er med på å påvirke

validiteten. Ingen forskere vil transkribere et intervju helt likt. Forskerens tolkninger av informantens bruk av eksempelvis pauser og tonefall vil gi utslag i transkripsjonen. Jeg forsøkte å gjengi ordrett det informantene sa, det vil si at jeg også skrev ned alle små ord som ble sagt og alle påbegynte og ufullstendige setninger. Jeg valgte også å notere ned pauser i intervjuet i transkriberingen, jeg skilte da mellom korte og lange pauser. Dette førte til at flere av utsagnene kunne være rotete og lite sammenhengende. I presentasjonen av resultatene valgte jeg derfor å fjerne enkelte småord som, slik jeg så det, ikke hadde betydning for innholdet i utsagnet. Dette kan selvfølgelig være svekkende for validiteten, da man kan gjøre mistolkninger av budskapet. Samtidig kan det være styrkende for validiteten om utsagnets riktige budskap kommer tydeligere frem. Utstrakt bruk av direkte sitater i fremstillingen av resultatene, vil kunne bidra til å styrke den deskriptive validiteten (Dalen, 2011). Deskriptiv validitet handler nettopp om hvor nøyaktig informantenes utsagn blir presentert (Maxwell, 1992).

### **Tolkningsvaliditet**

I møte med informantenes utsagn er det viktig å forsøke å sette seg inn i og forstå informantenes perspektiver, ikke bare beskrive deres utsagn (Kvale & Brinkmann, 2009). Maxwell (1992) påpeker at det er essensielt at forskeren forsøker å forstå fenomener på bakgrunn av informantenes utsagn og ikke egne perspektiver og forståelsesrammer. Dette omtaler han som tolkningsvaliditet. Uansett hvor objektiv jeg ønsker å være har jeg alltid med meg en forforståelse av fenomenet som undersøkes. Corbin og Strauss (2008) hevder at objektivitet i kvalitativ forskning er uopnåelig. De påpeker derfor viktigheten av selvrefleksivitet for å kunne se med et kritisk øye på datamaterialet. Man kan her trekke paralleller til hermeneutikkens vekselvirkning mellom del og helhet. Det var viktig for meg å ha hermeneutikkens metode foran meg i analyseprosessen for å forsøke å minske mulighetene for feiltolkninger.

### **Teoretisk validitet**

Teoretisk validitet dreier seg om hvorvidt de begrepene, mønstrene og modellene forskeren anvender gir en teoretisk forståelse av de fenomenene undersøkelsen omhandler (Dalen, 2011). Maxwell (1992) påpeker også at det handler om hvorvidt det er en teoretisk konsensus rundt begrepene som er brukt for å beskrive fenomenene. Han beskriver videre teoretisk validitet som mer abstrakt enn de foregående formene for validitet, og at den tar sikte på å forklare sammenhenger. En slik validitet krever at de avdekkede sammenhengene som

forklares kan dokumenteres i datamaterialet og i forskerens sammenstilling og fortolkning (Dalen, 2011). Slutningene av funnene er gjort på bakgrunn av forholdet mellom resultatene og det teoretiske grunnlaget som ble presentert i kapittel 2.

### **Generaliserings- og evalueringsvaliditet**

Generalisering dreier seg om resultatene og funnene som er gjort er gyldige og overførbare til populasjonen, altså om de er gjeldende for andre personer, tider og situasjoner enn de som er undersøkt. Innenfor kvantitativ forskning foretas statistiske sannsynlighetsberegninger av representativitet/overførbarhet, fra det aktuelle utvalget til hele populasjonen som utvalget er hentet fra. En velkjent kritisk innvending mot de kvalitative metodene er at de resultatene man presenterer vanskelig lar seg generalisere i denne betydningen. Det er naturligvis ikke mulig, og heller ikke intensjonen, å skulle trekke universelle slutninger av en kvalitativ studie, med det begrensede utvalget som kjennetegner slik forskning. Generalisering innenfor kvalitativ forskning fungerer på en annerledes måte enn i kvantitativ forskning. Den kvalitative forskningens generalisering tar i hovedsak sikte på teoriutvikling som er gjeldende for flere enn de som var delaktige i den gitte undersøkelsen (Maxwell, 1992). Johannessen et al. (2010) hevder at begrepet overførbarhet i kvalitativ forskning refererer til: ”hvorvidt det lykkes en å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres” (Johannessen et al., 2010, s. 231). I kvalitativ forskning vil det altså være hensiktsmessig og nyttig å vurdere om og i så fall hvordan funn i en spesifikk undersøkelse kan overføres til å gjelde også for andre lignende situasjoner, fenomener og personer (Gall et al., 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). I forhold til dette prosjektet vil det da være mest nærliggende å se på om det som har fremkommet også er gjeldende for andre menn med AN. Med tanke på det lave antallet informanter som deltok er det lite grunnlag for å hevde at funnene kan si noe om gruppen som helhet. Som det har fremkommet tidligere er det gjort lite forskning på AN hos menn, derfor er det lite teori om dette sammenlignet med AN hos kvinner. Hensikten med dette prosjektet var blant annet å høste mer kunnskap og forståelse rundt menns opplevelser knyttet til AN, da med utgangspunkt i tre menn. Det er ingenting i veien for at et lignende prosjekt kan gjentas, noe som vil bidra til bredere forståelse og kunnskap. Resultatene fra dette prosjektet kan være med som grunnlag for videre tenkning og forskning rundt AN hos menn. Evalueringsvaliditet handler om gyldigheten av de vurderinger og slutninger forskeren gjør på bakgrunn av informantenes uttalelser (Maxwell, 1992). Dette henger nært sammen med de andre

validitetsformene jeg har gjort rede for i dette kapitlet, særlig tolkningsvaliditet. Jeg velger derfor ikke å utdype dette noe nærmere.

### **3.7.2 Reliabilitet**

Reliabilitet knytter seg til påliteligheten til undersøkelsens datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2009). Tilsvarende som ved generaliseringsvaliditet, har begrepet reliabilitet litt ulik betydning ved kvantitative versus kvalitative forskningstilnæringer. I den kvantitative forskningstradisjonen stilles det strenge krav til reliabilitet, i den forstand at dataene skal være etterprøvbare og målbare. I kvalitativ forskning er dette ikke mulig, blant annet fordi forskerens rolle, ulike situasjonsbetingelser og samspillet mellom hver enkelt informant og intervjueren vil variere og ha betydning for ulike aspekter ved forskningen (Dalen, 2011). Johannessen et al. (2010) peker imidlertid også på tilsvarende utfordringer til reliabilitet innenfor kvalitativ forskning som Dalen, da det begrunnes med at det ikke brukes strukturerte datainnsamlingsmetoder. Det vil derfor være vanskelig å teste en kvalitativ undersøkelses reliabilitet i den kvantitative betydningen av begrepet. Eksempelvis bruker forskeren seg selv som instrument, noe som gjør tolkningen av dataen unik, da ingen andre vil ha samme erfaringsbakgrunn som forskeren (Dalen, 2011). Den semistrukturerte intervjuformen som jeg har valgt som datainnsamlingsmetode gir dessuten rom for oppfølgingsspørsmål og øvrig fleksibilitet, noe som tilsier at det blir umulig for en annen å gjennomføre et helt identisk intervju. Man kan likevel gjøre grep for å styrke reliabiliteten kvalitative studier på andre måter (Dalen, 2011; Johannessen et al., 2010). En måte er å gi leseren en åpen og detaljert fremstilling av framgangsmåten i undersøkelsen, samt beskrivelse av undersøkelsens kontekst (Johannessen et al., 2010). Jeg har forsøkt å styrke reliabiliteten ved punkt for punkt å redegjøre for hvordan jeg har arbeidet meg gjennom prosjektet. Jeg har for eksempel eksplisitt beskrevet hvordan jeg har gjennomført intervjuene, transkriberingen og analysen, slik at det er mulig å gå tilbake og spore og vurdere de ulike valgene jeg har tatt.

## **3.8 Etiske overveielser**

Johannessen et al. (2010) viser til at forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer for å hjelpe forskeren og forskersamfunnet til å reflektere over sine etiske oppfatninger og holdninger, bli bevisst normkonflikter og styrke evnen til å ta velbegrunnede valg mellom motstridende hensyn. Av

disse retningslinjene trekker Dalen (2011) fram fem punkter som særlig sentrale. Det dreier seg om krav om fritt samtykke, krav om å informere den som skal utforskes, krav om konfidensialitet, barns krav på beskyttelse og hensynet til utsatte grupper. Jeg vil gå gjennom de nevnte punktene med unntak av barns krav på beskyttelse, da ingen barn deltok i dette prosjektet. Befring (2007) holder i tillegg fram viktigheten av vitenskapelig redelighet som et sentralt punkt i retningslinjene. Uredelighet i forskning kan være alt fra fusk, fabrikkering eller forfalskning av data og plagiat. I planleggingen av prosjektet satte jeg meg godt inn i NESH (2006) sine retningslinjer for å unngå utilsiktede feil.

### **3.8.1 Informasjon og innhenting av fritt samtykke**

Fritt samtykke innebærer at samtykket er gitt uten noen former for press og at informanten på forhånd har hatt mulighet til å sette seg inn i hva prosjektet går ut på, samt tydelig redegjørelse for informantens rolle i prosjektet (Dalen, 2011). Jeg utarbeidet tidlig et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 2) som jeg sendte per post til de som hadde meldt sin interesse til å delta i prosjektet. Det var viktig å understreke at informanten på et hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra prosjektet og at alt datamateriale tilknyttet informantene da ville bli slettet, noe som også er i tråd med NESH sine retningslinjer (NESH, 2006). Denne informasjonen ble også gitt muntlig før gjennomføring av intervjuene. Alle informantene skrev under på en samtykkeerklæring.

### **3.8.2 Konfidensialitet**

Dalen (2011) påpeker at dette punktet kanskje er særlig viktig i kvalitative intervjustudier, da forsker og informant møtes ansikt til ansikt. All informasjon om informantene har blitt anonymisert og blitt behandlet konfidensielt. Alle informantene ble gitt fiktive navn i forkant av intervjuene for å sikre at de virkelige navnene aldri ble brukt. De gangene de nevnte seg selv med navn i intervjuene ble det fiktive navnet brukt i transkripsjonen, som tidligere fremlagt. Opplysninger som fremkom i intervjuene som kunne true anonymiteten ble ytterligere anonymisert eller utelatt fra resultatpresentasjonen. Alt av materiale tilknyttet informantene vil bli destruert umiddelbart etter prosjektet er ferdig.

### **3.8.3 Utsatt informantgruppe**

I møte med mennesker som på en eller annen måte tilhører en gruppe som anses å være utsatt eller sårbar, har forskeren til en hver tid ansvar for å fremme deres interesser (NESH, 2006).

Formålet må være å belyse deres situasjon på en måte som kan være med å bidra for å bedre deres kår (Dalen, 2011). Med tanke på at jeg ikke har vært involvert i problematikken tidligere har jeg til en hver tid forsøkt å trå varsomt. Jeg satte av tid i forkant og etterkant av intervjuene til småpratting for å letne stemningen og for å bli litt kjent. Samtlige informanter gav tilbakemeldinger om at det hadde vært en god opplevelse å bli intervjuet, de gav også uttrykk for at det var godt å snakke om sine erfaringer og opplevelser.

#### **3.8.4 Søknad om forskningstillatelse**

Alle forsknings- og studentprosjekter som innebærer behandling av personopplysninger skal meldes (NESH, 2006). Jeg søkte derfor om tillatelse for å gjennomføre prosjektet til NSD. Godkjenning av prosjektplan og intervjuguide skal være med å sikre at de formelle krav til behandling av personopplysninger og annen taushetsbelagt informasjon ivaretas. Etter klarsignal fra NSD (Vedlegg 3) sendte jeg ut informasjonsskrivene til de mulige informantene på det daværende tidspunktet.

#### **3.8.5 Forskerrollen**

Forskerens rolle som person og forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten i kvalitativ forskning. Dette gjelder særlig i forbindelse med intervju, da forskeren selv er det viktigste redskapet for innhenting av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Dalen (2011) vektlegger også selve forskerrollens betydning for forskningsprosjektets validitet. Hun legger blant annet vekt på betydningen av at forskeren er tydelig på egen tilknytning til det eller de fenomenene som studeres. Slik gis leseren anledning til å vurdere hvordan dette eventuelt kan tenkes å ha påvirket tolkningen av informantenes uttalelser. Som jeg gjorde rede for i kapitlet om min forforståelse, har jeg ikke selv noen tilknytning til eller personlig erfaring med temaet i denne studien. Dette kan muligens betraktes som en fordel i den forstand at det vil falle relativt naturlig å innta en åpen, objektiv og ikke-forutinntatt tilnærming i alle faser av prosjektet. På en annen side vil nærhet, i form av erfaringer og mye kunnskap om det en forsker på, kunne betraktes som en fordel. Det kan for eksempel gjøre det lettere å utarbeide en utfyllende intervjuguide med gode spørsmål som stimulerer til interessante refleksjoner og formidlingsbehov. Jeg tror imidlertid jeg likevel fikk til dette.

Selv om jeg ikke har erfaringer med spiseforstyrrelser, hadde jeg altså som nevnt en forforståelse av temaet, blant annet på bakgrunn av relevante forelesninger og



litteraturstudier. Jeg har til en hver tid prøvd å være bevisst min forforståelse av fenomenet jeg har undersøkt, i forsøk på å få fram en så objektiv fremstilling som mulig. Det er naturligvis vanskelig å etterprøve dette, men jeg har gjennom redegjørelsen av prosessen forsøkt å være åpen og gi innblikk i hvilke valg og vurderinger jeg har måttet ta underveis. Videre poengterer Dalen (2011) betydningen av å ha et reflektert og bevisst forhold til at et kvalitativt intervju dreier seg om et asymmetrisk, intersubjektivt samspill mellom intervjuer og den intervjuede. "De uttalelser som kommer frem, bør være så nær informantens opplevelser og forståelse som mulig. Forskerens fortolkninger av disse uttalelsene vil være preget av forholdet mellom forsker og informant" (Dalen, 2011, s. 95).

Som tidligere beskrevet, fikk jeg en klar oppfatning om at alle mine informanter opplevde meg som intervjuer, relasjonen mellom oss og intervjusituasjonen som god og naturlig. Det er ikke utenkelig at det var av betydning for dette at jeg har mye erfaring med å kommunisere med mennesker i sorg og kris gjennom min jobb i begravellesbyrå. Som Dalen (2011) påpeker, må ikke intervjurollen forveksles med terapeutrollen. Selv om mitt valg av tema for masteroppgaven, spørsmålene i intervjuguiden og dermed også deler av innholdet i intervjuene vel kan sies å ha vært av sensitiv og vanskelig karakter, var jeg hele tiden bevisst på betydningen av å ikke gli over i noen form for terapeutisk rolle. Å innta en profesjonell og ikke-terapeutisk distanse er en utfordring jeg kjenner til fra min nevnte jobb. Jeg forsøkte å være dette bevisst da jeg utformet intervjuguiden. Jeg forsøkte å unngå å lage spørsmål som skulle kunne ha noen form for terapeutisk karakter eller effekt. Samtidig er jeg klar over at noen av spørsmålene kunne befinne seg i grenseland her. For eksempel var jeg bevisst at spørsmålene som oppfordret til refleksjon rundt de mulige underliggende drivkreftene og funksjoner spiseforstyrrelsen kan ha hatt, forutsetter en viss bedring og distanse hos informantene til den mest alvorlige fasen av sykdommen. Slike spørsmål kan for øvrig også tenkes å ha en terapeutisk effekt, da det kreves en viss posisjon selvkritisk erkjennelse, eller i hvert fall stimulerer til det. Det var da en trygghet å vite at fagfolk med spisskompetanse på dette feltet hadde vurdert min intervjuguide og gitt meg råd til gjennomføringen av intervjuene. Det var også av betydning at informantene hadde muligheter for samtaler med behandlere ved behov. Uansett fikk jeg altså et klart inntrykk av at informantene ikke opplevde noen av spørsmålene som vanskelige å svare på.

## 4 Presentasjon av resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra intervjuene. Inndelingen av kapittelet bygger både på intervjuguiden og de meningsbærende fenomenene som har fremkommet gjennom analysen, noe en kan se ut fra overskriftene. Som tidligere nevnt kan skillelinjene mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer være glidende, derfor vil noen av utsagnene kunne passe inn flere steder. Jeg har valgt å ha et eget kapittel om reaksjoner og tilnærminger i skolen og øvrige omgivelser på bakgrunn av det andre delspørsmålet i problemstillingen som fokuserer på nettopp dette.

Bakgrunnen for mitt valg av først å presentere funnene rent deskriptivt, for så å presentere kapitler med mine egne tolkninger, refleksjoner og drøftinger i kapittel 5, er i hovedsak følgende: Jeg oppfatter dette som en ryddig og oversiktlig fremstillingsform som tydeliggjør forskjellen mellom hva som er informantenes egne beskrivelser og formuleringer og hva som er mine fortolkede formuleringer.

### 4.1 Selvrappotering i dag

Innledningsvis ble informantene bedt om å fortelle litt om seg selv og beskrive deres forhold til AN i dag. Per forteller det slik:

*Nå er det vel, holdt på å si avslappet, det er kanskje et litt rart uttrykk å bruke, men til selve sykdommen så er jeg veldig bevisst på den med samfunnet og de rundt meg. Det henger likevel noen tankemønster igjen. Når jeg møter folk er ofte det første jeg legger merke til om personen er tynn, og om han eller hun ser sulten ut? Men det er ikke på langt nær slik det en gang var.*

Per sier at enkelte tankemønster etter sykdommen henger litt igjen, noe han tror de alltid vil gjøre, men trolig i mindre og mindre grad. Han forteller også at han helt klart ville beskrevet sitt forhold til AN annerledes da han stod midt i det. Han sier at han sannsynligvis ikke ville ha kalt det en forstyrrelse eller sykdom. Han ville heller beskrevet det som hans løsning på livet, og at det er noe folk rundt bare må akseptere. Ole beskriver seg selv litt annerledes. Han forteller at han "... er på god vei til et friskt liv". Ole tenker han er som folk flest, at livet er sammensatt av gode og dårlige dager. Når det gjelder AN preger det ham ikke lenger slik det gjorde, men at noen tanker henger igjen. Ikke så ulikt fra hva Per sa. Ole presiserer at han

ikke vil si han er frisk, men friskere enn han tidligere har vært. På videre beskrivelse av sitt forhold til AN i dag sier Ole det slik:

*Anoreksien preger meg ikke lenger slik den en gang gjorde. For min del har det kanskje gått litt mer over til en uspesifisert spiseforstyrrelse, jeg er på en måte ferdig med sulteperiodene. På tunge dager hender det at jeg merker spiseforstyrrelsen, mens jeg kan være helt symptomfri andre dager.*

Lars forteller at han i motsetning til mange, slik han har skjønnet det, utviklet AN veldig sent i livet. Det at han var 18 år da han ble syk tror han kanskje er noe av grunnen til at han ble friskere fortere enn mange andre. Han var veldig motivert for å bli frisk, og samtidig ganske voksen i hodet. Lars ble videre oppfordret til å si mer om hvem han er som person:

*Jeg vil beskrive meg som en med to ansikter. Jeg har et ansikt som viser en veldig sterk og morsom og oppegående fyr som jobber hardt for å drive med det jeg elsker. Og så har jeg et annet ansikt når jeg er med meg selv, da har jeg null selvtillit og veldig mye misnøye med meg selv.*

Denne kontrasten har Lars opplevd som svært utfordrende. Han trekker frem skolen som en arena der dette har vært særlig vanskelig. Lars sitt forhold til AN i dag er litt annerledes enn hos Per og Ole. Lars går fortsatt til behandling for AN og sier selv at han aldri tror han kommer til å bli helt frisk, men at det kommer til å gå opp og ned. Han tenker likevel at han kommer til å bli friskere og friskere, noe han også har gjort det siste halve året.

## **4.2 Disponerende faktorer**

### **4.2.1 Sårbarhet/personlighet**

Ole tror det er sammensatt hvorfor akkurat han har utviklet AN, men han tenker han har vært tilbøyelig for å utvikle en spiseforstyrrelse hele livet:

*Det har nok ligget latent hele livet, allerede fra de tidlige barneårene hvor det ofte ble trøstespising, som da førte til at jeg la på meg.*

Ole er klar over at det er visse personlighetstrekk som ofte assosieres med AN, som det å være pliktoppfyllende, ha høye krav til seg selv, være perfektjonist og ha kontroll. Selv om Ole ser at det kan være sentrale disponerende faktorer for mange var det ikke slik for ham. Han beskriver seg selv som lat og lite brydd med å være best før han fikk AN. Per tenker også at det er sammensatt hvorfor han utviklet AN:

*Jeg klarer ikke å finne en bestemt årsak til hvorfor det ble som det ble. Jeg kan med en gang si at det ikke er en posttraumatisk stresslidelse eller noe sånt. Jeg kan ikke se en eksplisitt årsak annet enn de typiske trekkene ved sykdommen, som det å være flink, ha kontroll og mestre livet. Jeg har alltid vært veldig fokusert på å ha kontroll, det tror jeg nesten er medfødt.*

Lars tenker hans sykdomshistorie med mye angst har vært en sentral disponerende faktor. Han beskriver en tilværelse over mange år med mye prestasjonsangst og angst for å bli syk. Han forteller at han fikk diagnosen hypokonder da han var 11 år. Lars sier han alltid har vært veldig pliktoppfyllende og at han ikke har villet skuffe folk, noe han tror kan ha vært disponerende.

#### **4.2.2 Opplevelse av seg selv**

Lars forteller om et anstrengt forhold til seg selv, at han har hatt vansker med å akseptere seg selv og være glad i seg selv. Han påpeker at han har slitt mye psykisk gjennom barndommen, da særlig etter foreldrenes skilsmisse. Han har alltid kjent seg veldig mislykket. Den sterke misnøyen med seg selv tror han absolutt har gjort ham disponibel for AN. Han sier også at han alltid har kjent seg annerledes, at han ikke helt har passet inn:

*Jeg husker veldig godt at jeg alltid følte at jeg aldri egentlig har passet helt inn. Alltid følt meg litt sånn der "outlaw" eller hva det heter, litt sånn "alien", litt sånn outsider eller litt sånn.. har vel følt at jeg aldri har passet inn.*

Følelsen av å være annerledes er noe Per også forteller om og påpeker som en medvirkende faktor. Han beskriver selv at han alltid har kjent seg litt "alien-aktig", at han ikke helt har følt seg hjemme. Dette var en følelse han hadde frem til han begynte på videregående skole og havnet i et annet miljø. Han presiserer at han forventet at andre skulle se på ham som annerledes, og at det nok dermed ble en slags selvoppfyllende profeti at han var annerledes. For å illustrere litt av sin annerledeshet forteller Per om noen matvaner han hadde som kan oppfattes som litt uvanlige for en gutt på 7-8 år:

*Jeg hadde ikke så stort fokus på mat før. Men jeg hadde noen litt rare ideer, jeg husker at jeg ganske tidlig byttet ut lørdagsgodt med enten druer eller epler, jeg var ganske ung da jeg gjorde det. For jeg fikk med meg at det var sunt. Jeg kuttet ut helmelk, smør, da var jeg vel en sju-åtte år. Det var sånne merkelige ting, uten at jeg sluttet å spise, men for at jeg tenkte at dette var sunnere. Cola-light i stedet for cola. Jeg hadde ganske mange sånne ideer, som man egentlig fint kan ha livet i dag uten at man blir sett på som spiseforstyrret.*

Jeg spurte videre om hvor han fikk disse tankene fra. Han sa at han ”snappet” det litt opp her og der. Blant annet fra TV, reklamer og ukeblad. Han sier videre:

*Jeg tenker kanskje det er litt sånn som med fluepapir, at man må være litt forsiktig med å si enkelte ting i nærheten av noen fordi de har en tendens til å bare suge det til seg. Jeg tenker at det kanskje var litt sånn med meg.*

### **4.2.3 Familie/familieforhold**

Lars tenker at familiesituasjonen har vært medvirkende og disponerende for utviklingen av AN:

*Jeg kommer fra en familie hvor det har vært mye turbulens. Jeg har på en måte vært limstiften i familien, han som måtte passe på at alle hadde det bra. Etter foreldrene mine skilte seg gikk søsteren min av hengslene og krevde all oppmerksomheten fra foreldrene mine. Da var jeg vel 9 år. Jeg utviklet sterk angst, og gikk i behandling hos BUP (Barne-og ungdomspsykiatrisk poliklinikk).*

Han følte seg oversett og satt til siden. Han sier at når foreldrene spurte ham hvordan han hadde det så svarte han alltid at det gikk helt fint, selv om det egentlig gikk veldig dårlig. Per forteller også om familiepåvirkning som kan ha vært med å disponere ham. Pers mormor, som han for øvrig oppfatter som ganske lik seg selv, var veldig opptatt av orden og struktur og at alt skulle være ryddig. Han sier at hun ofte poengterte at man ble tykk om man spiste mer enn det man trengte. Hun hadde faste mål på hva hun kunne spise. Hun spiste eksempelvis alltid en halv skive til frokost, aldri mer. Per husker at mormor flere ganger poengterte vekten til hans mor, at hun var for tykk.

## **4.3 Utløsende faktorer**

### **4.3.1 Oppmerksomhet**

Ole sier at han bestemte seg for å få AN for å få oppmerksomhet:

*Jeg husker enda at jeg sto på fjelltoppen og sa: ”Nå skal du få anoreksi Ole, for det er den eneste måten du kan få oppmerksomhet på, det er den eneste måten at folk kan begynne å bry seg om deg, så dette er noe du må gjennom før det”, og da gikk det egentlig greit til en viss grad til jeg skadet foten og da var det gjort.*

Ole forteller at han hadde trent så mye at han etter to måneder hadde jogget på seg et trøtthetsbrudd i ankelen, noe som førte til at han måtte slutte å trene. Det var da han sluttet å spise, for å kompensere for at han ikke kunne trene. Skårderud (2013) påpeker at idrettsskader kan være utløsende for AN, da det kan føre til at man ikke kan trene og dermed

legger på seg. Jeg spurte om Ole kjente noen som hadde hatt AN eller om han visste mye om det siden han plutselig bestemte seg for å få AN. Ole sier han ikke kjente noen som hadde eller hadde hatt AN, men han hadde lest litt om det og visste at det handlet om å gå ned i vekt. Han forbandt AN med noe positivt, da det gikk ut på å gå ned i vekt, spise lite og være tynn. Ole forteller videre at han fikk utrolig mange positive tilbakemeldinger i starten. Noe som selvsagt var motiverende.

### 4.3.2 Kontroll

For Per handlet det mye om å ta kontroll over livet. Han forteller at han husker godt da han kastet den første matpakken. Han beskriver det som en god følelse: ”nå har jeg den under kontroll”. Videre forteller Per at bevisstgjøringen rundt egen seksualitet trolig også var av betydning. Det forsterket behovet for å ta kontroll, siden han på det daværende tidspunkt ikke ville være homofil:

*Da jeg fant ut at jeg forelsket meg i gutter fortere enn jenter, eller at jeg ble oftere betatt av gutter enn jenter. Så det var en sånn: ”Nei”. Det fyrte vel bare opp under det å ta kontroll. Det var noe jeg ikke ønsket, for da ble jeg plutselig som de (andre barn) hadde sagt jeg var for noen år siden. At jeg var feminin, eller at jeg kanskje ble homo. Da jeg var liten var jeg sånn ”nei, nei, nei”, ”ikke i det hele tatt”. Og det var sikkert reelt der og da, det var ikke noe jeg var bevisst på eller hadde tenkt noe på. Da jeg begynte å kjenne på disse følelsene fikk jeg en veldig trang til å regulere dem og ta kontroll over dem.*

Ole beskriver litt de samme mekanismene som Per forteller om. Ole merket også at han var homofil, men ønsket ikke å vedkjenne seg de følelsene han kjente på, og kjempet derfor imot:

*Jeg visste jo at jeg var homofil, men jeg var redd for at folk skulle avsløre meg. Jeg følte jeg måtte overbevise om at jeg var heterofil, derfor ble jeg sammen med en jente. Det bare ballet på seg med løgner på løgner.*

Ole forteller videre at AN ble et slags verktøy for å ta kontroll over situasjonen:

*Jeg tror anoreksi ble min måte å få oppmerksomhet på, på en annen måte enn som homofil, mobbeoffer eller overvektig. Det var på en måte en flukt inn i spiseforstyrrelsen.*

Lars tenker også at kontroll var vesentlig for at han utløste AN. Mens han var innlagt på sykehus, og kjente at situasjonen var håpløs, bestemte han seg for å ta kontroll over livet:

*Jeg gikk inn i en depressiv periode hvor jeg tenkte mye negativt om meg selv. Etter et selvmordsforsøk ble jeg lagt inn på sykehus på psykiatrisk avdeling. Jeg havnet på*

*isolat sammen med tre andre pasienter, det opplevdes som å være i fengsel. Jeg tenkte da at nå må jeg gjøre noe for å bli fornøyd med meg selv. Det første som slo meg, mens jeg var helt borte i hodet, var å slutte å spise.*

Han forteller at han var på denne avdelingen i tre uker, og spiste ikke noe. Han raste ned i vekt og etter tre uker nektet han å være der. Siden han var 18 år kunne de ikke holde på ham, da han ikke hadde tvungent psykisk helsevern.

### **4.3.3 Pubertet**

Lars tenker også at redselen for å bli voksen var en avgjørende faktor for utviklingen av AN. Han ønsket bare å bli mindre og mindre, tynnere og tynnere:

*Jeg har alltid fryktet veldig å bli voksen. Alltid vært veldig redd for det, og det tror jeg har litt med det der med sykdommen, litt med prestasjonsangsten, at jeg skal ut i voksenalivet, jeg skal bli han som må klare det, og det har vært skikkelig vanskelig for meg. Jeg har ikke klart å akseptere at jeg må bli voksen. Men jeg tror etter den skilsmissen mellom foreldrene mine så var det noe som gjorde at jeg måtte bli voksen litt kjapt inni meg, noe jeg egentlig ikke ønsket.*

Per forteller også om puberteten som en sentral faktor, men på en litt annen måte. Han hadde ikke noen frykt for å bli voksen, men han kom i puberteten tidlig og opplevde seg veldig annerledes enn sine medelever:

*Jeg kom først i puberteten av alle guttene i klassen, og jeg husker at jeg følte meg fremmedgjort. Jeg kom i stemmeskiftet før de som var to år eldre enn meg, og det var veldig rart. Plutselig var jeg kommet lengre i puberteten enn de som gikk i sjuende klasse. For meg ble det en slags fremmedgjøring av egen kropp.*

Han forteller videre at denne fremmedgjøringen også kan ha noe med at han tidligere var litt lubben, og ble tidvis mobbet for å være annerledes og lubben, men da han kom i puberteten ble han høyere og slankere. Dette var uvant for ham.

### **4.3.4 Mobbing**

Både Per og Ole forteller at de har blitt mobbet i barndommen. Per forteller at det var litt av og til, mens Ole forteller om omfattende mobbing gjennom mange år. Han sier han brukte mat og godteri som trøst i den vanskelige hverdagen. Mobbingen beskriver han som skjult mobbing, mobbing han har vært alene om blant annet fordi det var mange som ikke visste om det. Han tenker videre at dette henger sammen med hvorfor han utviklet AN.

### 4.3.5 Miljø

Per trekker også frem bestemte miljø som en medvirkende årsak til hvorfor han utviklet AN:

*Jeg drev mye med dans og drama. I danseklassen på videregående husker det var flere av jentene som var veldig spiseforstyrrede, det hadde en sånn ringeffekt, altså en rar smitteeffekt. Alle ble veldig opptatt av mat, alle kjøpte agurk og tomater som de spiste i lunsjen, dette gjaldt både dramaklassen og danseklassen.*

Lars forteller også om at hans dramamiljø har vært preget av vektfokus. Han sier at alle snakket om å gå ned i vekt, kanskje spesielt i de periodene det var mange forestillinger.

## 4.4 Vedlikeholdende faktorer – spiseforstyrrelsens funksjoner

Informantene ble spurt om hvilke funksjoner de tror spiseforstyrrelsen kan ha hatt for dem. Flere av disse funksjonene henger tett sammen med drivkreftene de har nevnt tidligere. Spiseforstyrrelsens funksjoner dreier seg om hva informantene tenker at de mer eller mindre tilsiktet/utilsiktet har oppnådd av positive opplevelser knyttet til sykdommen. Dette vil naturligvis bidra til å vedlikeholde sykdommen, i motsetning til opplevede negative konsekvenser, som tilsvarende vil kunne øke motivasjonen for å bli frisk eller friskere.

### 4.4.1 Oppmerksomhet

Oppmerksomheten Ole fikk opplevdes veldig positiv. Han syntes det var en befrielse å slippe å være den tykke gutten som ble mobbet, nå fikk han heller oppmerksomhet for andre ting. Ole sier at han på en måte kunne bli anonym bak spiseforstyrrelsen. Han var ikke lenger han som var overvektig, homofil eller mobbeoffer. Når folk så ham nå så de kun en spiseforstyrrelse. Det ble som en ny identitet, noe han kunne gjemme seg bak. AN ble Oles måte å håndtere det som var vanskelig på. Det kan minne litt om hvordan han håndterte vanskeligheter tidligere, da han trøstespiste. Ole gir uttrykk for at det å få oppmerksomhet var noe av den viktigste funksjonen til AN for ham. Det at folk bekymret seg og brydde seg om ham opplevde han som motiverende. Han beskriver det som at han ble som et lite barn, veldig egoistisk og selvsentrert, alt skulle dreie seg om ham. Han måtte være midtpunktet og være den sykeste:



*Jeg fikk oppmerksomhet, og endelig begynte folk å bry seg om meg, og folk begynte å se på meg som syk. Jeg fikk masse oppmerksomhet rundt det, og det gav meg en bekreftelse på at jeg var god nok. Hvis jeg ikke fikk den bekreftelsen ofte nok så ville jeg bare gå enda mer ned i vekt, for jo mer folk ble bekymret for meg jo mer positivt ble det, for da så de meg. Sånn fortsatte denne spiralen hele tiden, bekreftelse og bekreftelse. Hvis det da gikk 3 uker og ingen sa at jeg hadde gått ned i vekt eller ingen kommentarer så måtte jeg da sette inn støtet enda mer og bli enda dårligere for å skremme og få mer oppmerksomhet. I det store og hele var det vel et rop om hjelp: "se meg og vær så snill og still meg spørsmål som; "er du homofil?" og "hvorfor skammer du deg?"". Det var vel rett og slett et ønske om å bli sett. Sett for den jeg er og ikke bare maskene og fasadene mine, bare meg Ole.*

Da han fikk oppmerksomhet for å ha gått ned i vekt ble han motivert til å miste enda mer vekt:

*Det var jo medelever som kom bort til meg og snakket om det (vekttapet), og jeg husker at jeg likte oppmerksomheten, og jo mer de sa det jo mer bekreftelse fikk jeg på at jeg hadde gått ned i vekt, og jo mer ville jeg gå ned. Jeg ville at de skulle bli enda mer bekymret for at de skulle ta enda mer vare på meg og at de skulle støtte opp og bry seg om meg.*

Ole forteller at slankingene også gjorde at foreldrene bekymret seg mer og mer. Den omsorgen og kjærligheten de gav fikk han aldri nok av. Han sier han ikke fikk dårlig samvittighet for at han påførte andre så mye bekymring, det fungerte snarere som en motivator for ham.

Per snakker også om oppmerksomhet som en viktig drivkraft, men på en litt annen måte enn Ole. For Per var det ikke først og fremst et mål at andre skulle bekymre seg og vise omsorg for ham, men mer at folk skulle beundre ham for at han var så flink. Han ønsket at alle rundt skulle se at han mestret noe som var svært vanskelig å mestre. Han ville være den tynneste rundt seg til en hver tid:

*Jeg ville veldig gjerne være den tynneste. Jeg husker det var en annen gutt i dramaklassen, han var ikke veldig stor, men litt større enn normal, og jeg husker han sa; "nå må jeg slanke meg", da husker jeg at jeg ble veldig redd for at han skulle bli tynnere enn meg. Broren min også strakk seg når han ble eldre, og det syns jeg ble veldig vanskelig å se. Det er egentlig en forferdelig egoistisk tanke at du ikke vil at andre folk skal gå ned i vekt, men jeg hadde en slags besettelse på å være tynn.*

Per beskriver at det var ubehagelig å være i sammenhenger der andre var tynnere enn ham. Om folk var tynnere enn ham tolket han det som at de var flinkere enn ham. Det var, i følge Per, en kjip følelse, for han ville så gjerne være den flinkeste. Han tenkte også at alle andre

gikk og tenkte på det samme som ham. Han sier at det var som en slags konkurranse. Per gikk også i trange klær for at andre skulle se hvor flink han var. For Lars handlet det også om oppmerksomhet, men på en litt annen måte. Han forteller om at den manglende oppmerksomheten gjorde ham sykere og sykere:

*Jeg vet ikke, men det som gjorde at jeg ble enda sykere og sykere var kanskje at jeg følte at ingen så det. Jeg følte at jeg gjorde meg til et skjelett som ingen så. Og det er bare en helt grusom ting med den sykdommen, at du føler at du prøver å gjøre alt du må gjøre, men så ser ingen det.*

#### **4.4.2 Kontroll og mestring**

Per gir uttrykk for at slankingen fungerte som en slags regulator i hverdagen. Han har alltid vært veldig opptatt av å være flink, om han følte at han ikke var flink nok brukte han slankingen både som en straff og for å vise at han mestret slankingen:

*Jeg følte blant annet at jeg ikke var spesielt flink sosialt. Jeg var nok ikke klønete, men jeg var ekstremt sjenert, så sjenert at det gjorde vondt. Så jeg syns vel ofte at det var veldig ubehagelig å møte nye situasjoner og nye mennesker. Man kan vel si at jeg ikke var så god på alle mulige sanner, nå holdt jeg på å si avslag, vi sier vel rejection på engelsk. Hvis du for eksempel får dårlig karakter, eller ikke blir bedt til den bursdagen, eller noe sånt. Da tenker du fort at nå har du gjort noe eller tenker høyt til seg selv at nå har jeg gjort noe galt, nå er det noe som er feil. Så det blir en slags straffemetode, men samtidig en veldig trygghet fordi hvis jeg ikke er helt sikker på om jeg er god på dette her, eller jeg har ikke helt kontroll over denne situasjonen, så er det sånn "phuu" (pust), dette kan du i hvert fall.*

Per forteller at i perioder hvor det har gått bedre, at han har spist mat, og har havnet i en ubehagelig situasjon eller blitt stresset, tenkte han at han bare kunne slutte å spise igjen. Han sier at han da fikk følelsen av å ha kontroll igjen. AN ble, slik han forteller det, et nett han alltid kunne falle tilbake i når ting ble vanskelig. Ole viser også til noe av det samme som Per. Han forteller at spiseforstyrrelsen ble hans måte å håndtere alt det vanskelige i livet på. Han sier at det var en kombinasjon mellom å straffe seg selv og å bli best i noe. Ingen kunne komme og fortelle ham hvordan ting skulle være. Han sier at følelseslivet ble helt flatt når han ikke spiste, ting rundt betydde ingenting. Det handlet mye om å forsvinne, det ble som en pause fra hverdagen. Han forklarer det videre slik:

*Det å ikke spise var den beste løsningen på alt. Det tok på en måte bort alle mine bekymringer og alle mine problemer. Jeg trodde at om jeg fortsatte å leve sånn resten av livet mitt så ville jeg slippe å forholde meg til noe, jeg kunne bare dulle denne dalten som jeg gikk og sullet meg inn i. Jeg skal være ærlig å si at noen ganger så savner jeg på en måte å være den personen som ikke har noen krav og som slipper å*

*tenke på fremtiden. Man slipper å forholde seg til noe. Det man gjør er å gå til legen en eller to ganger i uken og gå på en vekt. Det er liksom mat og alt sånt som styrer livet, alt som skjer i omverden rundt deg interesserer deg ikke lenger.*

Lars beskriver også kontrollbehovet som svært viktig. Kroppen ble kontrollsjekket hele tiden og han var veldig fokusert på hvordan kroppen skulle være. Var ikke tilstanden som den skulle, begynte han å falle sammen.

#### **4.4.3 Håndtering av følelser**

Håndtering av følelser er også noe Per holder fram som særlig sentralt. Ved å ikke spise kunne følelseslivet være veldig flatt. Om han begynte å spise igjen måtte han begynne å føle, og da ble alt mer turbulent med en gang. Han sier at han alltid har hatt vanskeligheter med å kommunisere følelser og fortelle hvordan han har det. Han beskriver selv at han alltid har vært en føyelig person som ikke skulle være til bry. Han kunne si når det var noe han likte, men ikke ting som var ubehagelig, vondt eller kjipt. Per brukte sultingen som et språk for å kommunisere hvordan han hadde det:

*Jeg følte vel at hvis folk så at jeg var tynn, så kunne de kanskje se det som var kjipt for meg i mitt liv. I stedet for å si at ”i dag er jeg dritsur, så bare hold dere unna”, eller ”vær forsiktig”, så spiste jeg bare litt mindre til frokost og håpte at folk skal se det.*

Lars sier at han også alltid har hatt vanskeligheter med å kommunisere følelser, men at han har fått brukt teater som utløp for følelser:

*Jeg har vel aldri turt å vise at jeg har de følelsene jeg har. Følelser har alltid vært vanskelig, men jeg tror at det at jeg har spilt teater har fungert terapeutisk for meg. Da har jeg fått brukt mye av de følelsene jeg har hatt, som jeg ikke har turt å vise.*

Selv om han hadde en arena å spille ut sine følelser på, er Lars klar på at han også brukte kroppen til å vise hvordan han hadde det. I dramatimer hvor man må skifte klær prøvde han å vise hvor farlig syk han så ut og var. Ole fortalte tidligere at AN var løsningen på alt, han følte at alle bekymringer og problemer forsvant. Han beskrev at: "Følelseslivet blir helt flatt, det betyr ingenting".

#### **4.4.4 Skam**

Det ble videre spurt om hva informantene tenker om begrepet skam. Per forteller at han helt klart har kjent på mye skam. Han beskriver det slik:

*Det er noe man helst skjuler, noe som er tabu, ting man ikke snakker om. I forhold til anoreksi så er jo det skambelagt, og at man er gutt selvfølgelig, da blir det jo ekstra flaut, veldig ubehagelig. For det skal jo egentlig være en jentesykdom, det er liksom bare jenter som skal tenke at de må være tynne. Og det var det jo noen som sa til meg og at "hæ? Du kan ikke tenke sånn, det er jo bare jenter som skal det". Det var en kompis som sa det. Det var sikkert veldig velment, det var jo en reaksjon på det jeg sa, men det ble ikke oppfattet som velment av meg.*

Ole forteller at skam er noe han har hatt hele livet sitt. Han sier at han har skammet seg for hver minste lille ting:

*Skam er jo noe som alle går og føler på uansett om man er frisk eller syk, og skam vil alltid være en del av oss. Men det er jo klart med en spiseforstyrrelse og mobbing og homofili og alle disse greiene så blir det nok litt for mye skam.*

Ole forteller videre at selv om all den skammen har vært vond, har han nå fått et mer positivt syn på skam. Han har på en måte tatt et oppgjør med skammen. Han sier at mange av de tingene han har skammet seg over tidligere er ting han ikke lenger skammer seg over. Han nevner seksuell legning som et konkret eksempel. Han beskriver også skam som noe lærerikt:

*Jeg har lært så vanvittig mye av andre sin skam når jeg har vært innlagt på ulike institusjoner, og jeg tror at det å kunne lytte til andre sin skam samtidig som man kan være åpen om sin egen skam kan gjøre at man blir et bedre menneske.*

Lars snakker ikke direkte om skam, men forteller at han har blitt skikkelig flau når han forteller andre at han har en spiseforstyrrelse, kanskje da særlig siden han er gutt. Dette gjelder også i møte med skolen. Han sier at han har møtt så lite kompetanse, og derfor ikke har følt seg tatt på alvor, og da blir det hele veldig flaut.

#### **4.4.5 Syn på seg selv**

To av informantene fikk spørsmål hvordan de så på seg selv da de var syke, om de vil si de var en anorektiker eller om de hadde AN. På dette spørsmålet svarte Per slik:

*Da jeg var syk ville jeg nok sagt: "Jeg er anorektiker", "dette er den jeg er". Da jeg ville ha hjelp ville jeg ha sagt "jeg har anoreksi". Jeg sa jo ikke "jeg er anorektiker, hjelp meg", for det høres jo litt rart ut, men samtidig kan man si at "jeg er alkoholiker, jeg trenger hjelp", "jeg har et alkoholproblem" kan man jo vel også si. Men, ja, jeg ville sikkert svart to helt forskjellige ting etter hvor jeg var, og sikkert fra en dag til en annen.*

Per forteller videre at gjennom sykdomsprosessen har han tillært seg en del vaner og tankesett, noe det har vært en prosess å vende seg av med. Per husker at da han gikk til behandling og følte at spørsmålene ble for nærgående var det lett at han ble anorektikeren. I møte med motgang, kritikk, alt som var tøft, da også følelser, så var det lett å si ”dette er meg, det er sånn jeg er”. Ole beskriver det slik:

*Da jeg var på det verste vil jeg si at jeg var anorektiker, for da levde jeg og slavet for anoreksien. Jeg var ikke fanget i den rene anorektikeren i kjempelang tid, det var vel i et års tid. Men så etter den verste fasen da jeg gikk litt opp i vekt og så ned igjen, så opp igjen, som i bølgedaler, da vil jeg mer kategorisere det som anoreksi. Det var en del av meg, men det styrte meg ikke sånn som det var da jeg var anorektiker.*

#### **4.4.6 Avhengighet/rus**

Rus og avhengighet er noe alle informantene har snakket om, men på litt ulike måter. Ole beskriver det å miste de to første kiloene som en veldig rus, det gav ham et kick, og han kjente umiddelbart at dette måtte han fortsette med. Han sier at den rusen var den største kjærligheten han hadde hatt i sitt liv. Det ble som en avhengighet. Lars beskriver ikke den samme rusen av slanking, men setter kontrollbehovet opp mot avhengighet:

*Det er bare utrolig viktig å vite at når du har anoreksi, så handler det ikke bare om å ville bli tynn og spise mindre og sånn. For meg handlet og handler det om en avhengighet, en strevsomhet etter å oppnå noe man kanskje aldri klarer å oppnå da.*

Samtidig presiserer Lars at det også handlet om å bli mindre og tynnere:

*Da jeg var syk så handlet det jo om å bli mindre og mindre, og å bli tynnere og tynnere, man blir jo opphengt i det.*

Avhengighet er noe Per også snakker om. Slik han ser det kunne han sikkert ha begynt med noe annet enn å ikke spise, men det var det som lå mest beleilig til for ham:

*Jeg har ofte tenkt at jeg kunne jo kanskje ha blitt alkoholiker eller narkoman eller selvskader. For det er veldig mye av det samme mønsteret der. Men for meg var det vel akkurat der og da det det å ikke spise som lå mest tilgjengelig sannsynligvis.*

## **4.5 Bedringsprosessen**

Siste del av intervjuet handlet om hvordan informantene vil beskrive veien sin mot å bli friskere, hvilke faktorer de selv tenker har vært av betydning.

### 4.5.1 Vendepunkt

Jeg spurte informantene om de hadde noen tanker om hva som førte dem mot en bedringsprosess. Ole begynner med å fortelle om en hendelse da han var 18 år. Han jobbet deltid i en barnehage og der fikk han en gang spørsmål av et barn: ”Hvem sin bestefar er du?”. Ole sier at det gjorde noe med ham, da gikk på en måte alvoret opp for ham, da var han 48 kilo. Han beskriver seg selv som svært syk og lite rasjonell på denne tiden. Han misunte barna som spiste frokost, han misunte til og med sauene som lå og spiste gress. Etter denne kommentaren bestemte han seg for å ta tak i livet sitt. Dette førte til at han selv tok kontakt med fastlegen for å få hjelp. Ole forteller at det kom et nytt vendepunkt fem år senere. Da hadde han kjempet mot spiseforstyrrelser i ulike varianter i fem år og ville ta selvmord. I det han skulle utføre selvmordet begynte han å tenke på familien og den lille nevøen sin og ombestemte seg. Han forteller at det kjentes så galt å ta den enkleste utveien etter så mye kjemping. Ole tror at det at det gikk så langt at han ønsket å ta sitt eget liv var det sparket bak han trengte for å virkelig ta tak i livet sitt. Per beskriver også at han kom til et punkt der han innså at han trengte hjelp. For ham var det da han begynte på en dramaskole i utlandet etter videregående. Han husker at han spiste svært lite og var veldig mye fysisk dårlig:

*Det er veldig mange sorte hull. Jeg glemte hva folk sa, glemte avtaler. Det ble veldig mye surr og jeg var så sliten hele tiden. Jeg hadde jo vært det før også, men det føltes kanskje som det demmet seg opp litt, sikkert fordi jeg også flyttet. Også svimte jeg av veldig mye og det var jo litt ubeleilig. Da husker jeg at jeg kom til et punkt der jeg tenkte: ”nå er det nok, nå må jeg gjøre noe for dette er forferdelig slitsomt”.*

Per forteller at han tenkte at han kunne reise tilbake til Norge å begynne litt med behandling slik at han kunne fortsette å være syk. Han sier at han tenkte at da han var i Norge var han blitt såpass flink til å være syk at han klarte å holde det gående til en viss grad. Per ringte da hjem til foreldrene og fortalte at han led av en spiseforstyrrelse, dagen etter kom far til Per og hentet ham. Per forteller at tiden etter var tøff. Han måtte fortelle til alle i klassen at han hadde AN og at han måtte slutte på skolen. Han sier at det var ubehagelig å kjenne på det at alle visste om spiseforstyrrelsen. Da Per kom tilbake til Norge ble det koblet på et apparat av lege, sykepleier, ernæringsfysiolog og psykolog. Lars forteller også at han kom til et punkt der han innså at noe måtte gjøres, men på en litt annen måte enn Ole og Per. Lars sier han rett og slett bestemte seg for at han skulle bli frisk. Han innså at om han skulle klare å fullføre skolen for så å begynne å studere til å bli skuespiller, det som var den store drømmen, så måtte han rett og slett bli frisk. På dette tidspunktet gikk Lars til behandling og fikk en form for terapibehandling som han sier passet veldig bra for ham. Der hadde han også tett

oppfølging av en ernæringsfysiolog og psykiater, noe han beskriver som opplysende og fruktbart:

*Etter jeg bestemte meg for å bli frisk hjalp det plutselig veldig å gå behandling. Det hjalp veldig med og i det hele tatt spise og vite hva en normal mengde mat er og hva jeg faktisk trenger, og at det ikke er farlig.*

#### **4.5.2 Familie og øvrige relasjoner**

Jeg spurte Ole om det er noen personer han særlig vil trekke frem som viktige i bedringsprosessen. Da svarte han slik:

*Mamma og pappa og søsteren min og nevøen min, selv om han er 4 år, har vært med å motivere meg til å drive det videre. Så jeg vil egentlig takke dem, mamma og pappa og søsteren min mest, men og familie generelt. Jeg har hatt veldig gode venner, men de har på en måte ikke kommet inn i bilde før etter siste behandlingsopphold, fordi først da var jeg selv klar og motivert til å gjøre noe med det. Jeg lot de ta del i min hverdag mer og mer, jeg viste dem hvordan livet mitt var, jeg orket ikke å holde den fasaden og masken lenger om at alt var så perfekt.*

Ole beskriver åpenheten ovenfor vennene som en motivator og sentral faktor i bedringsprosessen.:

*Jeg ser jo hvor godt det er å leve livet sammen med dem. Jeg ser hvor mye det gir meg å bli friskere og å være sosial. Nå trenger jeg ikke å være redd for å ta telefonen når noen ringer, har jeg en dårlig dag kan jeg bare si at jeg ikke orker å finne på noe i dag og si det som det er. Det er veldig befriende.*

Jeg spurte også Per om det var noen relasjoner han ville trekke fram som viktige i bedringsprosessen:

*Ja, familien var jo veldig støttende og viste mye omtanke, det hjalp jo selvfølgelig enormt. Jeg begynte jo i behandling når videregående var ferdig, og da var det naturlig at man brøt opp, folk flyttet litt rundt om kring. Når jeg ser tilbake så ser jeg nok at sykdommen gjør at man mister noen på veien fordi man ikke har energi til å holde kontakten med alle. Det er jo også sånn at man ikke orker å være så sosial at man må spise sammen med folk. Det har nok gjort til at jeg har veldig mange bekjenskaper, men få veldig gode venner. Det var en trygghet i å holde folk såpass på avstand at de ikke kunne stille så mange nærgående spørsmål. Så det var jo egentlig familie og de to-tre gode nærmeste vennene som var de viktigste.*

Per poengterer også at det ville kjennes ganske meningsløst å bli frisk om det kun var for ham selv og ingen andre. Hvis ingen hadde brydd seg eller ventet på at han skulle bli frisk hadde det nok sikkert vært lite givende, sier Per.

Lars fikk i likhet med de andre spørsmål om han ville trekke fram noen relasjoner som viktige i bedringsprosessen. Lars forteller at da han var på det sykeste så tenkte han at han ikke hadde noen venner:

*Jeg visste jo at jeg har jo noen bestevenner, noen jeg spilte i revy med og en jeg har spilt teater med kjempelenge og som er virkelig min aller beste venn. Men jeg tenkte at: "De er ikke vennene mine, de gjør ingenting, de ser meg ikke, de syns jeg er tjukk, og de syns jeg er miserabel". Så der og da tenkte jeg at jeg ikke hadde noen venner.*

Lars forteller at det er først etter siste behandlingsopphold at han fant ut at vennene hans hadde bekymret seg masse for ham. Da han var innlagt hadde mange av vennene hans gått regelmessig til rådgiver. Flere hadde også blitt så lei seg over Lars tilstand at de begynte å være mye borte fra skolen. Lars sier at det var mange som tok kontakt med foreldrene hans også. En av foreldrene til vennene hans sa til ham: "Du aner ikke hvor mye det har påvirket dem (vennene hans)". Dette beskriver Lars som svært sterkt og rørende. Noe annet Lars trekker frem som viktig var at foreldrene hans var med på det siste behandlingsoppholdet:

*I løpet av det året med behandling var mamma og pappa sammen med meg. Jeg hatet å være sammen med mamma og pappa der, jeg hadde bare så lyst til at de skulle dra. Det var vanskelig for meg at jeg skulle få så mye oppmerksomhet fra dem. Fra de skilte seg var det søsteren min som fikk veldig mye oppmerksomhet. Det var nok en stor overgang at det var jeg som skulle være i fokus nå. I løpet av det året så bygde vi opp et nytt familieforhold. Jeg bygde nesten opp et barndomsforhold til dem igjen. Jeg hadde hatt et veldig innadvendt forhold til dem før den innleggelsen. Så den gjenoppbygningen av relasjonen min til mamma og pappa, og det at jeg fikk veldig mer trygghet for dem, det har selvfølgelig gjort meg bedre.*

Jeg spurte Per om hva han tenker har vært viktig i prosessen å bli friskere:

*Det er mye, men det første jeg kommer på er nok bevisstgjøring av hva jeg faktisk spiste, eller ikke spiste. Det var vel det viktigste. Og at jeg måtte sette ord på det. Jeg hadde en sånn matdagbok som jeg skrev, også skulle jeg skrive litt om hva jeg følte rundt dette eller den dagen. Og jo mer komfortabel jeg ble på psykologen, jo mer skrev jeg, så det kom sånn ti sider på en uke, så hun rakk jo aldri å lese alle de sidene, men det gjør jo ikke noe, fordi jeg fikk på en måte noe ut.*

Per forteller også at det å tvinge seg selv til å spise også var avgjørende. Det at han måtte spise såpass med mat at han fikk fram følelser. Per forteller også at det var bra å få mange spørsmål rundt hvordan han tenkte og hva han gjorde. Han sier at det positivt at behandlingsapparatet på en måte så ham og sykdommen som to forskjellige ting. Han



opplevde at de stilte spørsmål på måter som gjorde at han selv begynte å skille seg fra sykdommen. Per holder også frem viktigheten av nær kontakt med eksperter på ulike fagfelt som kunne svare på ulike spørsmål. Eksempelvis at psykologen sannsynligvis ikke kunne så mye om mat og matinntak, noe derimot ernæringsfysiologen kunne mye om. Per sammenligner opplevelsen av å bli friskere på litt samme måte som å bli syk:

*Det å bli friskere husker jeg var litt sånn "aha-øyeblikk" på like linje med da jeg ble syk. Jeg er en veldig alt-eller-intet person, enten skal dette gå bra eller så går det ikke bra. Jeg følte nok at jeg ikke hadde så mange utveier. Jeg måtte bare bli frisk.*

## 4.6 Tilnæringer i skolen og øvrige omgivelser

### 4.6.1 Erfarte tilnæringer

Alle informantene forteller om reaksjoner og tilnæringer fra personer på skolen og i andre omgivelser som har vært med å bidra til at de ble syke eller sykere. Per holder fram en kommentar fra en medelev som svært sentral i sykdomsutviklingen:

*Jeg husker dagen jeg selv innbiller meg at det startet. Noen poengterte hvor tynn jeg hadde blitt, eller at jeg hadde blitt tynnere, og jeg tolket dette som et kjempekompliment. Jeg tenkte at dette måtte være løsningen for å få det bedre. Det høres nok veldig enkelt ut, men det var litt sånn det føltes.*

Per forteller at etter hvert var det flere og flere som la merke til at han ble tynnere. Når folk kommenterte det tok han det alltid som et kompliment. Når han ser tilbake på det tror han at disse kommentarene egentlig var ment som: "Oj, så tynn du har blitt". Han opplevde også at folk forholdt seg litt ulikt til vekttapet hans:

*Helt fra jeg var sånn elleve-tolv år husker jeg at det ofte kom folk som sa: "Du må spise mer", men det var også mange som sa "nei, men det er den alderen, så det er ikke noe..". Jeg hadde hele tiden to sider som snakket mot hverandre.*

I følge Per ble det flere og flere tilbakemeldinger som uttrykte bekymring etter hvert som han ble eldre. Han slet eksempelvis med konsentrasjonen og begynte å miste hår, noe som flere trolig la merke til. Samtidig påpeker Per at det sikkert er vanskeligere å legge merke til symptomene hos gutter enn jenter, da gutter ikke har slike former som jenter har. Det blir nok mindre alarmerende med en tynn gutt enn en tynn jente. Per husker han tenkte at det ikke var noen som la merke til at han var så flink og prøvde så hardt.

Jeg spurte Per om det var noen lærere eller andre på skolen som reagerte, noen som ikke var elever. Per forteller at han husker spesielt godt en lærer som i en periode virket veldig bekymret, dette var på barne- og ungdomsskolen. Han husker henne som veldig hyggelig og omtenkksom, ikke bare mot ham, men mot alle:

*Jeg husker det var litt hyggelig å høre det (bekymringer) fra henne fordi jeg følte at hun kanskje forstod det på en annen måte enn andre. Hun så litt mer enn bare det at jeg ikke spiste, selv om jeg sikkert var for ung til å forstå at det å ikke spise egentlig bare var et symptom på noe annet.*

Han forteller videre at han følte hun brydde seg på en spesiell måte, det opplevdes ikke som mas, slik det gjorde med mange andre. Ole tenker også at reaksjoner fra andre bidro sterkt til utviklingen av AN. Han begynte noe han beskriver som en livsendring på videregående skole som han fikk positiv oppmerksomhet for. I første omgang handlet det om skoleprestasjoner. På ungdomsskolen var Ole svært fornøyd om han fikk skolekarakterer som 3 og 4, men på videregående var det kun 5 og 6 som var godt nok. Han forteller at han gikk fra å være en latsabb til å skulle mestere alt. Det andre året på videregående gikk han, som han selv sier, fra å være svært lat når det gjaldt all fysisk aktivitet, til å trene hver dag. I tillegg ble han opptatt av å spise sunn mat.

*Det som trolig ble avgjørende var at jeg begynte å trene og spise sunt, jeg sluttet å spise godteri og drikke brus og alle de tingene. Jeg gikk jevnt og trutt ned i vekt og fikk positive tilbakemeldinger.*

Etter to måneder jogget Ole på seg et trøtthetsbrudd, som han nevnte under utløsende faktorer. Han forteller at det var da det virkelig begynte å gå galt. Jeg spurte videre om det var noen som reagerte på endringene han viste. Ole er tydelig på at folk så forandringene han gikk igjennom. Han sier at han gikk fra å være 92 kilo til 48 kilo på åtte måneder, og at det var umulig å ikke legge merke til det. Han forteller at det var mange som ikke kjente ham igjen på gaten. Når han gikk sammen med søsteren sin ute hendte det at folk trodde at hun hadde fått seg ny kjæreste. Selv om forandringene var så tydelige forstår han at folk ikke koblet forandringene til en spiseforstyrrelse:

*Jeg tror egentlig ikke at folk kunne fatte at jeg hadde en spiseforstyrrelse, fordi jeg hadde vært så stor, og det var på en måte ikke jeg. Jeg var den siste i hele verden som kunne få en spiseforstyrrelse, i og med at alle visste hvor lat jeg var, og smørbukk og hele den pakka. Jeg var den som alltid var på butikken å hamstre godteri og ditt og datt, så de forbandt ikke meg med en spiseforstyrrelse, de kunne ikke tro det som skjedde på en måte. Så jeg tror nok også masse kan ligge i det at folk rett og slett ikke kunne tro det. De trodde kanskje ikke at det var det som var årsaken, de trodde sikkert*

*heller at jeg var syk på en annen måte, at det var kreft eller et eller annet som var galt med meg, men ikke en spiseforstyrrelse.*

Jeg spurte Ole om det var noen andre enn elevene på skolen som reagerte. Han sier at det kun var medelever som kom med kommentarer og bekymringer knyttet til vekttapet, ingen lærere. Ole forteller at de hadde helsesøster på skolen, men det var ingen som tipset henne om hans tilstand, og han visste vel knapt hvor hun hadde kontor. Jeg spurte hvordan Ole reagerte på kommentarene og bekymringene. Han sier han bare responderte med at han kjente seg så mye bedre nå, for før var han jo så stor. Ole forteller videre at de som viste størst bekymring var foreldrene hans. De visste nok ikke hva det var i starten, men de skjønnte at Ole ikke lenger var den gutten de kjente. Han sier at foreldrene nok forstod at han var homofil ganske tidlig, men at de var redde for å ta det opp i frykt for at han skulle slutte helt å spise. De følte seg nok veldig hjelpeløse.

Lars sier han ikke følte at noen så at han ble tynnere og tynnere, men at han nå i ettertid tror at folk så det, men ikke turte å si noe. Lars valgte å være litt åpen til noen av lærerne:

*I fagsamtaler og sånn har jeg sagt at: ”ja, jeg sliter litt med spiseforstyrrelse”, men jeg har bare tatt det som et sånn veldig lite tema, men så har det jo egentlig vært dritaltvorlig. Den eneste av lærerne som virkelig visste det, som jeg sa det til, var kontaktlæreren min. Han hadde jeg kjent i 3 år og var veldig trygg på. Han hadde skikkelig forståelse for det, men han visste ikke helt hva han skulle gjøre.*

Lars forteller at rådgiver også var klar over at han hadde en spiseforstyrrelse, og at det var hun som snakket med psykologer og andre instanser om det skulle være behov. Lars husker godt samtalene med rådgiver. Han beskriver disse samtalene som litt latterlige. Han sier at hun spurte om hvordan det gikk med ham, han svarte alltid at det gikk bra, og da trodde hun tydeligvis på det. Hun spurte i hvert fall ikke oppfølgingsspørsmål og fulgte det ikke nærmere opp. Lars forteller videre at foreldrene så at han ble tynnere og tynnere og maste om at han måtte spise, men han nektet. Når han først spiste noe kastet han opp like etterpå. Ole forteller at han ikke følte seg tatt på alvor. Han sier at legen og de andre rundt ikke innså at han faktisk hadde en spiseforstyrrelse:

*Altså, de snakket jo om ordet spiseforstyrrelse og anoreksi, de var jo inne på det, men samtidig så var det liksom for dem at ”men spis bare sånn som mammaen din gjør og få deg en kostplan” og ditt og datt ”og så prøver du og så følger du det”. Jeg tror det er så vanvittig lite kunnskap og kompetanse om det, og spesielt kanskje i en liten bygd, der det kanskje er en på de siste 50 åra som har hatt den problematikken. Da*

*tror jeg det blir veldig vanskelig for dem å sette ord på det og skulle behandle det. Og kanskje spesielt vanskelig også når det er en gutt som har det og ikke en jente.*

Ole forteller at den nye fastlegen ble helt avgjørende for at han kom inn på det siste behandlingsstedet. Ole fikk avslag i første søknad, men fastlegen kjempet gjennom en ny søknad og Ole kom inn til behandling. Han trekker også fram psykologen som fulgte ham i mange år og som mente at han måtte søkes inn til et bestemt behandlingsstedet, det var veldig viktig. Ole vil også takke NAV og en dyktig saksbehandler for at han er der han er i dag. Han sier at uten NAV hadde ikke dette vært mulig. NAV har gitt ham tid til å prøve å feile for å få livet på riktig kurs. Siden Ole ikke trekker frem skolen eller noen ansatte på skolen som viktige i bedringsprosessen spurte jeg hva han tenker om skolens rolle:

*Jeg prøvde vel to ganger å begynne på videregående igjen og fullføre, men begge gangene så ble jeg syk, så jeg måtte gi meg med det, det fungerte ikke. Opplegget fungerte ikke for meg, jeg var så opphengt i kostplanen jeg hadde fått da jeg var innlagt, og jeg var ikke motivert til å bli frisk og helt ny klasse og å stå tidlig opp om morgenen så alt bare sklei ut med en gang. Så det er utrolig viktig at hvis man går fra behandling så må man ha et opplegg som er skreddersydd til seg når man kommer ut igjen. For ellers så er det så fort at alt er bortkastet. For da kommer man inn igjen i gamle vaner og rutiner og så er man i garnet igjen med en gang.*

Lars forteller at han den siste tiden har vært svært åpen om sine psykiske lidelser og spiseforstyrrelse på skolen og i sine omgivelser. Det har vært utfordrende, men han sier at det virkelig har fungert som terapi for ham. Han sier han har slitt mye med å skille mellom de to ansiktene sine; han som er syk og går til behandling og ikke klarer å spise, og han som er den glade og lystige som gir av seg selv til alle:

*Det jeg gjorde var at jeg bare kombinerte disse to og viste hele meg, både for lærere og medelever. Det var virkelig terapi for meg. Jeg vet ikke hvor jeg hadde vært om jeg ikke hadde turt å være så åpen.*

Lars forteller at etter han ble åpen er det mange som har tatt kontakt med ham og takket for hans åpenhet. Lars sier at han har fått mange henvendelser fra folk han ikke kjenner både på mobil og Facebook, der folk har sagt at hans åpenhet også har hjulpet dem. Lars sier at dette har vært svært motiverende for ham. Lars forteller også at etter han ble åpen om spiseforstyrrelsen har han fått flere henvendelser der folk har spurt om han er homofil, noe han sier han ikke er. Lars har snakket med to andre gutter som også har eller har hatt en spiseforstyrrelse, og de sier også at de også har blitt spurt om de er homofile etter de ble åpne om spiseforstyrrelsen. Lars beskriver dette som litt stigmatiserende, og han tenker at det

kanskje kommer at av det er så lite kunnskap på feltet. Per forteller at siden han begynte i behandling etter videregående har ikke skolen spilt noen rolle.

#### 4.6.2 Forventninger til skolen og omgivelsene

Det ble videre spurt om informantene tenker at folk rundt burde ha reagert og gjort noe, at noen burde ha fanget dem opp. Per synes det er vanskelig å ha sterke meninger om dette:

*Jeg tenker ikke det for min egen del, men nå vet jeg at jeg sier det fordi jeg latent er en person som vil si "nei, det går bra, ikke tenk på meg". Men skulle jeg omtalt en annen gutt, så ville jeg ha sagt at det burde jo ha helst blitt fanget opp på et eller annet tidspunkt ja. Hadde jeg vært jente så hadde det vel sannsynligvis syntes mye raskere, det tror jeg. Samtidig så skjønner jeg jo hvor vanskelig det er å huke tak i, kanskje spesielt gutter fordi de strekker seg eller fordi noen har en veldig høy forbrenning når de er unge.*

Per presiserer videre at det at enkelte strekker seg og har høy forbrenning selvfølgelig også kan gjelde jenter. Han kjenner flere jenter som har blitt fortalt at de må spise mer og at de har en spiseforstyrrelse uten at det er tilfellet. Det er nok ikke så bra å få slike kommentarer heller, men Per tenker at det må være bedre å bry seg litt for mye enn litt for lite. Ole tenker også at folk burde reagert, men i likhet med Per påpeker han at det er vanskelig:

*Det er vel kanskje folk som burde ha reagert, for eksempel kontaktlærere, men det er selvsagt vanskelig. Det jeg opplever nå i ettertid er at det er så mange som kommer og beklager seg og sier, "ja, vi skulle ha skjønt det før", "vi skulle ha sagt noe før". Og mange ser på en måte helheten helt fra barnehagen. Fra barnehagen til barneskolen til ungdomsskolen, de ser den røde tråden i livet mitt nå. Og de er veldig flinke til å beklage seg i ettertid, men samtidig så går jeg ikke rundt og bærer nag til dem. Det er jo ikke noe det er lett å ta tak i.*

Ole forteller videre at lærere og andre ansatte på skolen nok burde ha sett noe og tatt tak i det, men at han samtidig alltid har vært en som har holdt seg veldig lukket og prøvd å nikke og smile og aldri være til bry for noen. Som person beskriver han seg som sta, egen og at han skal gjøre ting på sin måte. Ole sier det kan være litt provoserende når han møter gamle lærere eller ansatte på skolen som sier at de så at han var syk, og at de skulle ha gjort mer. Samtidig vil han si at han ikke bærer nag til skolen, han tror ikke han var den letteste å hjelpe. Lars er litt mer tydelig på at noen burde ha gjort noe, men påpeker at han opplever det er lite kompetanse på området, og at det dermed er vanskelig å vite hva man skal gjøre:

*Jeg tenker vel at rådgivere og sånn burde ha gjort noe, men da er det jo viktig å ha kompetanse. Mitt inntrykk er, gjennom samtaler med rådgivere, at det man vet lite om*

*det frykter man, og det spør man ikke om. Jeg var flere ganger hos rådgiver, men hun spurte meg aldri; "hvordan går det egentlig med mat og sånn?", hun stilte meg bare det omfattende spørsmålet; "går det bra?". Slik jeg ser det er det et veldig dårlig spørsmål, da svarer man jo bare at det går bra. Jeg tror at hvis folk går litt mer konkret inn; "hvordan går det med vekten?", "hvordan går det med maten?". Hvis rådgiveren hadde turt mer og vært mer ærlig og spurt konkret, så hadde jeg kanskje klart å svare litt mer.*

Informantene ble videre spurt om hvordan de tenker at omgivelsene kunne reagert på en måte som hadde hjulpet dem. Det første Ole tenker på er at folk ikke skulle gitt han den oppmerksomheten han ønsket.

*Rett og slett ikke å gi meg oppmerksomhet. Hvis folk hadde snudd ryggen til meg og at jeg på en måte hadde blitt glemt tror jeg kanskje at det hadde ført til at jeg hadde begynt å tenke: "hvorfor gjør jeg dette her?". Det er ikke så opprettholdende hvis man ikke får noe "creds" for det man selv føler at man presterer veldig godt på. Så hvis folk på en måte hadde snudd ryggen til meg og ikke sett meg så tror jeg at jeg hadde reagert på en helt annen måte.*

Jeg spurte videre om han ikke tror at han da bare hadde prøvd enda hardere:

*Det er vanskelig å si hvordan jeg hadde reagert, men det er i hvert fall en av de mulighetene jeg kan se som kanskje kunne ha gjort at det stoppet opp litt, hvis folk hadde snudd ryggen og folk bare hadde oversett det på en måte.*

Per forteller også om at det at folk reagerer kan i seg selv virke motiverende:

*Det at folk bekymrer seg er jo en bekreftelse på at det (slankingen) virker, hvis man kan si det sånn. En bekreftelse på at man faktisk blir litt tynnere. Hvis ingen hadde reagert noen gang så.. jeg vet ikke.. folk er forskjellig..*

Jeg spurte videre om det er skummelt å utvise bekymring:

*Ja og nei.. Jeg tror at man selvsagt skal utvise bekymring. Jeg tror at for min del så hadde det kommet ut på en eller annen måte, en eller annen form, og det var kanskje i starten når folk bekymret seg at det var sånn: "Yes!". Når jeg ble dårligere så ble det jo mas, da ble det slitsomt. Og hvis jeg hadde hatt en periode hvor jeg spiste litt mer enn ellers, så fikk jeg veldig dårlig samvittighet og veldig mye skyldfølelse; "nå må jeg slanke meg igjen bli tynn", hvis da de bekymringene kom så var den en sånn bekreftelse på at "ja, det virker". Men man må selvsagt bry seg mer enn man ikke bryr seg.*

Per tenker at det er mulig at noen kunne ha møtt ham på en måte som ville ha påvirket ham på en positiv måte. Han sier at de da måtte ha møtt ham på en veldig varm og lite dømmende

måte. Han tenker også at timingen er relevant, at i øyeblikk hvor han var veldig sliten fysisk ville det være vanskeligere å holde på følelser og tanker. Og om han da hadde blitt møtt på en varm og omsorgsfull måte kunne det kanskje ha hjulpet ham:

*Hvis noen som jeg stod nær kanskje hadde sagt: ”jeg blir med deg” eller ”jeg kan være med deg, jeg trenger ikke å si deg noe, jeg trenger ikke spørre deg om noe, men første gangen du skal snakke med noen kan jeg godt være med”.*

Per sier det er vanskelig å vite, men at om noen hadde møtt ham på en sånn måte er det ikke utenkelig at han hadde åpnet seg mer opp og i større grad blitt mottakelig for hjelp. Han fremholder en slik fremgangsmåte som betraktelig mer konstruktiv enn de som kommer som bedrevitere og sier: ”du må da forstå at du må spise” eller tilsvarende utsagn. Lars tror de fleste er veldig usikre på hva de skal si eller gjøre i møte med folk med spiseforstyrrelser. Han forteller at det naturlig nok er mange som føler at de må si noe når de får vite at jeg har AN, men at de ofte sier ting som blir helt feil. Han forteller at det er mange som sier: ”Det ser ikke sånn ut” eller ”du er da ikke så tynn”. Lars seier at det er bedre å la være å si noe enn å komme med slike utsagn. Slike utsagn blir oftest tolket som at man ikke er flink nok eller at det ikke er synlig at man er syk.

## 5 Sammenfatning og refleksjoner

### 5.1 Selvrapporing i dag

Ut fra hvordan informantene beskriver sitt forhold til AN i dag kan man si at de er på litt ulike stadier. Slik det ser ut er det Per som har et mest avslappet forhold til AN. Ole sier også at AN ikke preger hans hverdag slik det en gang gjorde, men at det er noen ting som henger igjen. Lars går fortsatt til behandling for AN og er nok den som ser på seg selv som lengst i fra frisk. Lars er nok også den som kommer med de mest tydelige beskrivelsene av seg selv og sin tilstand innledningsvis. Han beskriver seg selv som en med to ansikter. Skårderud (2013) peker på at det ikke er uvanlig at mennesker med spiseforstyrrelser skjuler seg bak en eller flere masker, eller ansikter som Lars sier. Dette henger som regel sammen med at man ikke våger å være den man egentlig er. Lav selvfølelse, skam og selvforakt/selvhat er eksempel på følelser som ofte ligger under behovet for å ta på seg masker eller ha flere ansikter, noe Lars også bekrefter. Han forteller at han ikke har selvtillit og misliker seg selv. Lars sier at han har blitt friskere siste halvår.

Ole ser heller ikke på seg selv som frisk, men sier at han er på god vei mot et friskt liv. Forholdet til AN er ikke slik det en gang var. Dagene går litt opp og ned, men sulteperiodene er over, samtidig er det noen tankemønster fra AN som henger igjen. Ole sier at det har gått mer over til en uspesifisert spiseforstyrrelse for ham, men presiserer at han er friskere nå enn han har vært.

Per forteller at han har et avslappet forhold til AN, men gjennom samfunnet og de rundt ham er han seg bevisst på selve sykdommen. Per sier at det er noen tankemønster som henger igjen, ikke så ulikt det Ole sa, men at disse tankemønstrene tar mindre og mindre plass. Da Per var syk ville han sannsynligvis ikke kalt AN en sykdom, for ham var det løsningen på livet.

### 5.2 Disponerende og utløsende faktorer

Informantenes veier mot å bli syk har vært forskjellige, samtidig som de deler flere erfaringer. Alle beskriver sårbarheter fra før de utviklet AN som sannsynlige faktorer for sykdomsutviklingen. Både Ole og Per tror det har ligget latent for dem hele livet å utvikle en



spiseforstyrrelse. På bakgrunn av tvillingstudier er det grunnlag for å hevde at noen genetisk sett er mer sårbare for å utvikle spiseforstyrrelser, men det vites lite om hvordan genetikken spiller inn (Skårderud, 2013). Ole forteller at han allerede fra tidlige barneår fant trøst i mat og godteri, noe som resulterte i overvekt, som igjen førte til mye mobbing. Skårderud (2013) peker på at menn med spiseforstyrrelser ofte viser til historier med overvekt og mobbing. Wooldridge og Lytle (2012) viser også til at det er en sterk sammenheng mellom overvekt og AN hos menn. I likhet med Ole forteller også Per om tidvis mobbing i barndommen for å være lubben og annerledes, men ikke i samme grad som Ole. Per derimot tenker at han har spesifikke personlighetstrekk som disponerer for AN, trekk han også ser igjen hos sin mormor. Han viser til trekk som kontrollbehov, fokus på å være flink, strukturert og alt-eller-intet person. Det er mye litteratur som underbygger at dette er personlighetstrekk som er disponerende for AN (Berg, 2005; Grøholt et al., 2008; Jensen, 2005; Røer, 2006; Skårderud, 2013). Det er derfor litt interessant at Ole ikke kjenner seg helt igjen i disse beskrivelsene før han utviklet AN. Dette viser noe av kompleksiteten bak denne sykdommen. Slik Ole beskriver det var det helt utenkelig for omgivelsene at akkurat han skulle få AN, han hadde alltid vært den late "smørbukken", som han selv sier.

Lars forteller verken om mobbing eller overvekt. Det som har preget mye av barndommen til Lars er ulike former for angst og mye misnøye med seg selv. Som nevnt i kap 2.1.4 om komorbiditet og kompleksitet, viser Jensen (2005), Røer (2006) og Grøholt et al. (2008) til paralleller mellom angstlidelser og spiseforstyrrelser. Lav selvfølelse og misnøye med seg selv har også blitt fremlagt som sentralt hos de med AN (Skårderud, 2007b). Lars forteller også om en familie med mye turbulens der han har hatt rollen som limstift, den som skal passe på at alle har det bra. Han sier videre at han utviklet sterk angst etter foreldrenes skilsmisse, og holder frem mangel på oppmerksomhet som en konkret konsekvens av skilsmissen. Det er også interessant å se på hvorvidt dette bruddet bidro til at Lars degraderte sitt syn på seg selv. Han hadde som nevnt rollen å holde familien sammen, noe han da ikke klarte, altså ikke mestret. Etter bruddet forteller Lars at han utviklet ulike former for angst, og da i særlig grad prestasjonsangst. Han fikk også et sterkt behov for å vise at han var flink. Siden Lars utløste AN først 9 år etter skilsmissen er det rimelig å ikke beskrive den som en utløsende faktor i dette tilfellet. Man kan derimot stille seg spørsmålet om skilsmissen gjorde Lars mer disponibel for å utløse AN. Altså at man kan snakke om utløsende faktorer for disponering.

Både Lars og Per forteller at de alltid har kjent seg annerledes, at de på en måte ikke hører hjemme. Begge bruker begrepet *alien*, som kan oversettes med *fremmed* eller *utenomjordisk*. Ole har ikke brukt de samme ordene, men han beskriver en barndom hvor han har blitt mye mobbet og har kjent seg veldig alene, så trolig har han også kjent på noe av det samme som Lars og Per beskriver. Skårderud (1998) sier at det er mange med spiseforstyrrelser som beskriver en opplevelse av å ikke passe inn og å være annerledes. I teorikapittelet presenterte jeg anerkjennelse som en relasjonsbyggende faktor, da med fokus på lærer-elev-relasjonen. Om man ser på de fem ingrediensene Schibbye (2012) deler anerkjennelse inn i; lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse, har trolig alle ingrediensene blitt oppfattet som mer eller mindre fraværende i informantenes relasjoner. Det er også relevant å se dette i lys av mentaliseringsevne. Som vist i teorikapittelet om mentalisering, peker flere på sammenhenger mellom svekket mentaliseringsevne og utvikling av spiseforstyrrelser (Cate et al., 2013; Rothschild-Yakar et al., 2010; Skårderud et al., 2012). Om evnen til å forstå seg selv utenfra og andre innenfor er svekket vil det naturligvis påvirke hvordan man tolker sin situasjon, både i forhold til hvordan man oppfatter at andre ser på en og følelsen av å være en fremmed. Dette viser litt av hvor komplekst og sammensatt mennesket og spiseforstyrrelser er. Lund (2012) påpeker viktigheten av aksept og toleranse i møte med mennesker med selvd destruktive tanker og skam, noe som ofte ligger som et fundament hos de med AN (Skårderud, 2007b, 2013).

Informantene forteller ulike historier om hva de tenker utløste AN hos dem. Oppmerksomhet er et begrep som har vært gjennomgående i alle intervjuene på en eller annen måte. Per sier han fikk en "aha"- opplevelse da en medelev kommenterte at han hadde blitt tynnere. Han tolket dette som en positiv kommentar og innså at det å bli tynnere måtte være løsningen for å få det bedre. Han beskriver videre at han ønsket oppmerksomhet for at han var så flink til å bli tynn. Dette kan ses i forhold til at mange med AN er veldig ytrestyrte. De søker ofte anerkjennende blikk og bekreftelse (Skårderud, 2013). Han sier også at han trodde at alle tenkte som ham, og at de var en slags konkurranse om å være tynnest. Dette er også et element som er interessant å se i lys av mentalisering. Ole holder fram behovet for oppmerksomhet som en av hovedfaktorene til at han utløste AN. Til forskjell fra Per var ikke Ole i samme grad ute etter å vise at han var flink, målet var at folk skulle bry seg om ham og vise omsorg for ham. Samtidig ville han få oppmerksomhet for noe annet enn som mobbeoffer, overvektig eller homofil. Han sier selv at han ville gjemme seg bak spiseforstyrrelsen.

Per og Lars nevner også puberteten som en utslagsgivende faktor, men på ulike måter. Lars forteller om frykten for å bli voksen. Hans måte å motvirke det å bli voksen på var å gjøre seg så liten som mulig, det var noe trygt og kjent med å være den lille gutten. For Per sin del handlet det om tidlig pubertet, at han følte seg fremmedgjort både ovenfor seg selv og andre. Skårderud (2013) peker på både sen og tidlig pubertet som risikofaktorer for AN.

Alle informantene beskriver i en eller annen form AN som løsningen på livets utfordringer. Som nevnt forteller Per at etter kommentaren fra en medelev ble slanking som en åpenbaring for ham. Ole peker også på AN som løsningen for å få oppmerksomhet. Lars forteller om en slags "aha"-opplevelse da han var innlagt på sykehus. Han måtte bli glad i seg selv, derfor sluttet han å spise. Det er interessant at alle beskriver AN som løsningen, men at de bruker AN som et verktøy for ulike forhold. Dette peker igjen på noe av kompleksiteten bak denne sykdommen. Dette kan også ses i lys av å ta kontroll over eget liv. Som nevnt i teorikapittelet er kontrollbehov ofte et sentralt element ved AN (Berg, 2005; Rør, 2006; Skårderud, 2013). Per og Ole nevner spesifikt bevisstheten rundt egen seksuelle legning som en trigger for å ta kontroll. De ønsket ikke å akseptere sin seksuelle legning, derfor ville de ta kontroll over den.

### **5.3 Vedlikeholdende faktorer og funksjoner**

Flere av faktorene som ble nevnt i forrige kapittel gjelder også som vedlikeholdende faktorer, mange av faktorene har fått en funksjon som er med å opprettholde AN. Ole og Per gir uttrykk for at de fikk oppmerksomhet for den ekstreme slanking. Gikk det en liten stund uten oppmerksomhet intensiverte de slanking for å bli lagt merke til. Det samme gjaldt for så vidt Lars, selv om han ikke følte seg sett. Nettopp derfor slanket han seg mer og mer.

Per og Ole var tydelige på at AN fikk en funksjon i forhold til å kontrollere det som var vanskelig i livet. For Per handlet det mye om mestring. I møte med situasjoner som var krevende ble AN et slags anker i tilværelsen, noe han kunne falle tilbake på som han følte han mestret. Samtidig forteller han at han brukte slanking for å straffe seg selv. Det ble en slags kombinasjon av belønning og straff som er veldig interessant.

Håndtering av følelser er noe Per holder frem som en av AN sine sentrale funksjoner. Han beskriver kroppen som et verktøy for å kommunisere følelser. Per forteller at han alltid har hatt vansker med å snakke om følelser, og forsøkte å kommunisere sine følelser gjennom å ikke spise. Denne forståelsen av seg selv utenfra er interessant i forhold til mentaliseringsteori. Tanken om at andre vil kunne se om man har spist frokost eller ikke, og at det er en indikator på om man har en god eller dårlig dag, legger opp til feiltolkninger og skuffelser. Noe som trolig vil være forsterkende for den spiseforstyrrede atferden. Dette er noe Lars også gir uttrykk for, da han forteller om at han ikke følte at noen så ham og så hvor vanskelig han hadde det, derfor slanket han seg mer og mer. I tillegg til at kroppen blir som et kommunikasjonsmiddel for følelser, er det mange som peker på sammenhengen mellom følelsesregulering og spiseforstyrrelser (Espeset, 2011; Røer, 2006; Skårderud, 2013; Skårderud & Sommerfeldt, 2008; Skårderud et al., 2012). Ole beskriver dette tydelig. Han forteller at om han ikke spiste ble følelseslivet helt flatt, ingenting kjentes viktig lenger. Det var som å bare flyte gjennom livet uten å trenge å ta stilling til noe. Denne tilstanden ble borte om han begynte å spise igjen, da kom følelsene. AN ble derfor vedlikeholdende for å holde følelsene i sjakk. Per beskriver også en tilsvarende tilstand, at om han ikke spiste trengte han ikke å føle. Om han spiste ble livet mer turbulent med en gang.

Et annet sentralt begrep informantene forteller om er skam. Skam og spiseforstyrrelser henger ofte nært sammen (Røer, 2006; Skårderud, 2007b, 2013). Alle informantene trekker fram konkrete ting de har skammet seg over. Per og Lars peker på den dobbeltskammen som det har blitt vist til tidligere, skammen av å ha en spiseforstyrrelse og en "jentelidelse" (Skårderud, 2007a). Ole sier han skammet seg for alt, men peker særlig på skamfølelser knyttet til seksualitet, mobbing og spiseforstyrrelsen. Noe av det som er farlig med skam er at man skjuler den. Dermed gjemmer man seg bak en mur, masker eller ansikter, slik informantene selv forteller. Skammen fungerer på mange måter som en negativ spiral, man skammer seg for alt, til og med skammen (Skårderud, 2007b, 2013). Skam blir dermed ofte en vedlikeholdende faktor som det er vanskelig å bryte ut av.

I beskrivelsen av min forforståelse av spiseforstyrrelser nevnte jeg mine oppfatninger av likhetstrekk mellom spiseforstyrrelser og ulike former for avhengighetslidelser. Det var derfor interessant at alle informantene dro paralleller til nettopp dette. Ole beskrev det å miste de to første kiloene som en rus, han kalte det hans største kjærlighet. Fra da av var han hektet på å miste vekt. Per forteller at han tror han like gjerne kunne blitt narkoman eller

alkoholiker, men at det var slankingen som falt naturlig for ham først. Skårderud (2013) peker på sammenhenger mellom rusmisbruk og spiseforstyrrelser, men da særlig i forhold til BN. I forhold til AN viser han til at sultingen kan gi ruslignende effekter som eksempelvis blandingen mellom sløvhhet og euforisk skjerpethet. Lars sier ikke noe om rus, men forteller derimot om avhengighet. Han sier at han ble helt opphengt og klarte ikke å slutte å slanke seg. Han sier også at han ble avhengig av å kontrollskjekke kroppen hele tiden.

## 5.4 Bedringsprosessen

For Ole var det en kommentar fra et barn som utgjorde et vendepunkt. Det var et barn i en barnehage som spurte hvem han var bestefar til, da var Ole 18 år. Etter dette spørsmålet bestemte han seg for å ta tak i livet sitt og kontaktet fastlegen sin for å få hjelp. I følgende fem år kjempet Ole mye med spiseforstyrrelsen og var i ferd med å gi opp. Han kom så langt at han skulle ta sitt eget liv. Mens han forberedte seg begynte han å tenke på familien, det kjentes så galt å ta den letteste utveien. Dette førte til en ytterlig intensivering av å søke hjelp til å bli friskere. Ole trekker fram familien som særlig viktig i bedringsprosessen, de har vært viktige i form av støtte og motivasjon. Vennene ble ikke inkludert i bedringsprosessen før etter det siste behandlingsoppholdet, først da var han klar for vise sitt sanne jeg. Dette viser noe av hvordan AN er med å sette begrensninger for relasjoner og ærlighet (Skårderud, 2013). Ole forteller videre at det var en befrielse å få vennene involvert i hverdagen, det å kunne være seg selv og si hvordan han hadde det. Dette beskriver han som motiverende.

Per kom også til et punkt der han innså at noe måtte gjøres. For ham handlet det mye om at kroppen sa stopp. Han begynte å besvime ofte, i tillegg til at han hadde begynt å glemme mye. Han innså at han ikke kunne fortsette slik han hadde gjort. Han tok derfor det store steget å ringe foreldrene sine fra utlandet og fortelle om spiseforstyrrelsen sin, noe som satte i gang et apparat rundt ham. Per ønsket i utgangspunktet bare å bli litt friskere slik at kunne fortsette som før. Han var altså ikke innstilt på å bli frisk, men frisk nok til å fortsatt kunne være syk. Per tenker at apparatet rundt ham ble helt avgjørende for at han etter hvert ønsket å bli frisk. De hjalp ham til å bli bevisst på hva han spiste og ikke spiste, samtidig kunne de svare på ulike spørsmål han lurte på. Han forteller også at de skilte tydelig mellom ham og spiseforstyrrelsen, de stilte spørsmål på måter som også fikk ham til å skille seg fra sykdommen. Dette førte Per inn i en bevisstgjøringsprosess både i forhold til seg selv som person og sitt matinntak. Per trekker også inn sine personlighetstrekk som sentrale for

bedringsprosessen. Han er, slik han beskriver det, en alt-eller-intet person som går hundre prosent inn for det han har bestemt seg for. Samtidig ville han ikke skuffe alle dem som hjalp ham. Dette viser hvor gjennomgripende ytrestyrtheten kan være for de med AN. Det peker også på viktigheten med å se hele mennesket, det er ikke bare spiseforstyrrelsen som er et problem, men også den spiseforstyrredes forhold til seg selv (Skårderud et al., 2010). Per holder også fram nødvendigheten av å begynne å spise, for da han begynte å spise begynte han også å kjenne på følelser igjen. Det ble dermed også lettere å reflektere over seg selv sammen med hjelpeapparatet, noe som bidro til å skille seg fra spiseforstyrrelsen.

Lars sitt vendepunkt var litt annerledes. Han sier at han innså at om han skal ha mulighet til å bli det han ønsket mest av alt, nemlig skuespiller, måtte han bli friskere. Så for Lars var det et framtidig mål som hjalp ham til å få motivasjon for å bli friskere. Denne motivasjonen gjorde at behandlingen også ble fruktbar. Lars forteller samtidig hvor viktig det var at foreldrene hans var med i behandlingen, selv om det opplevdes veldig krevende i begynnelsen. På den måten kunne de starte på nytt og danne en god relasjon. I likhet med Ole og Per beskriver Lars en bedringsprosess der venner ikke har blitt involvert før veldig sent. Dette sier noe om hvor krevende det er å være åpen om slik problematikk.

## **5.5 Tilnærminger i skolen og andre omgivelser**

Ole og Per forteller at de fikk mange tilbakemeldinger på sine vekttap, og at disse tilbakemeldingene fungerte som trigger for videre slanking. De beskriver tilbakemeldingene som bevis på at det de holdt på med virket. Lars viser til litt andre erfaringer. Han følte ikke noen så at han ble tynnere og at han hadde det vanskelig. Mangel på tilbakemeldinger fungerte om en trigger for ham. Ole og Per sier også at om det gikk for lang tid uten tilbakemeldinger utløste det en ytterligere intensivering av slanking. Dette samsvarer med det som tidligere er nevnt om at spiseforstyrrede ofte er svært ytrestyrt (Skårderud, 2013). Bekreftelse og anerkjennende blick fremstår som alfa og omega.

Informantene viser til litt ulike erfaringer fra skolen, men det som likevel er felles er at de deler en negativ opplevelse av skolen. Det som kanskje er det mest skremmende er mangel på involvering fra lærere og andre voksne på skolene. De som reagerte var i hovedsak medelever. Oles beskrivelse av erfaringer fra skolen er trolig de minst oppløftende. Det er oppsiktsvekkende at ingen voksne på skolen snakket med Ole om de stor kroppslige

forandringene han gjennomgikk. Ole unnskylder dem med at det var vanskelig å tro at akkurat han skulle få en spiseforstyrrelse, med hans historie med latskap og overvekt. En kan også argumentere andre veien, noe som trolig vil gi mer mening, at Oles dramatiske forandring var alarmerende nettopp på grunn av hans historie med latskap og overvekt. Dette vitner om behov for kompetanse om spiseforstyrrelser blant lærere og andre ansatte på skolene. Oles eget utsagn: "Det var vel rett og slett et ønske om å bli sett. Sett for den jeg er og ikke bare maskene og fasadene mine, bare meg Ole", vitner også om et grunnleggende behov for anerkjennende oppmerksomhet og kommunikasjon, slik Schibbye (2012) fremstiller dette. Ole forteller også at han har truffet tidligere lærere nå etter han ble friskere, og mange av dem har sagt at de så at det var noe som var galt, og at de skulle ha gjort noe. Dette er trolig det mest provoserende med Oles møte med skolen, at folk har sett det uten å gjøre noe.

Til forskjell fra Ole åpnet Lars seg opp for noen ansatte på skolen. Han fortalte hvordan han hadde det til kontaktlæreren sin. Grunnen til at Lars våget dette var at han kjente seg trygg på ham. Noe som for øvrig er interessant i lys av det som ble presentert i teorikapittelet om anerkjennelse i lærer-elev-relasjonen. Lars følte seg trygg og han følte at han ble tatt på alvor av kontaktlæreren. Kontaktlæreren må åpenbart ha gjort noe riktig i møte med Lars for å ha opparbeidet den tilliten. Kontaktlæreren var ærlig på at han ikke visste hva han kunne gjøre, derfor sendte han Lars videre til rådgiver på skolen. Lars beskriver møtene med rådgiver som "litt latterlige". Noe av det Lars peker på er hvor passiv rådgiver var mot ham. Han tenker dette kanskje henger sammen med mangel på kompetanse, noe som samsvarer med det Crossscope-Happel et al. (2000) hevder er en risiko, nettopp at menn med AN ikke blir identifisert blant annet på grunn av mangel på kunnskap og kompetanse. Lars sier samtidig at han trolig hadde vært mer åpen om rådgiver hadde spurt mer konkret og ikke uten videre trodd på ham da han sa det gikk bra. Lund (2012) og Nordahl og Manger (2005) er tydelige på at det er den voksne som har ansvaret for relasjonen i møte med elever. Lund (2012) peker samtidig på at en god relasjon mellom den voksne og eleven er helt grunnleggende for at eleven skal våge å åpne seg. Når Lars etterlyser initiativ fra rådgiver og lærere er det viktig å samtidig ha fokus på hvordan man møter eleven. Å møte eleven med anerkjennelse ut fra Schibbye (2012) og Lund (2012) sin forståelse av anerkjennelse er helt fundamentalt. Som Lund (2004) presiserer, vil ingen pedagogiske metoder være virksomme uten at en anerkjennende relasjon ligger i bunn. Å bli møtt som det hele, unike, komplekse mennesket

en er, med affektiv inntoning rettet mot følelser og behov vil dessuten styrke elevens selvfølelse.

Per forteller også om en skoletid preget av lite positiv involvering fra voksne. I likhet med Ole forsvarer Per på en måte skolen. Han sier at det sikkert var vanskelig å oppdage at han hadde AN siden han var gutt, da symptomene er mer synlige på jenter. Samtidig antyder Per at noen burde ha fanget ham opp. Per forteller også om et møte med en lærer som var positivt. Han sier at han kjente seg sett på en spesiell måte av henne. Hennes oppmerksomhet opplevdes ikke som mas, hun brydde seg på en spesiell måte. Han sier selv at "hun så litt mer enn bare det at jeg ikke spiste, selv om jeg sikkert var for ung til å forstå at det å ikke spise egentlig bare var et symptom på noe annet". Denne uttalelsen er for det første en sterk indikator på betydningen av å bli sett og møtt med anerkjennende kommunikasjon (Lund, 2012; Schibbye, 2012) rettet mot underliggende psykologiske faktorer og egenskaper, fremfor kun rettet mot overflaten (det åpenbare, konkrete og symptomatiske). Uttalelsene vitner for det andre om at Per i dag har en dypereliggende, grunnleggende viktig erkjennelse av seg selv i forhold til sykdommen. Dette er noe også Skårderud (1998, 2013) påpeker som grunnleggende for varig og reell bedring. Pers beskrivelse av lærerens tilnærming samsvarer med flere av punktene Lund (2012) holder fram som viktige for å bygge en god relasjon til barn og unge. Det virker som denne læreren møtte Per på en fordomsfri og omsorgsfull måte.

Da jeg spurte om informantene hadde noen tanker om hvordan omgivelsene kunne ha møtt dem på en mer konstruktiv måte svarte både Per og Ole at folk ikke skulle ha gitt dem oppmerksomhet. De påpekte at oppmerksomheten bare bidro til å bekrefte at slanking virket. Da jeg spurte om mangel på oppmerksomhet ikke bare ville bidra til mer ekstrem slanking sa begge at det var vanskelig å svare på. Begge ønsket at noen skulle ha sett dem og møtt dem på en måte som kunne være med å hjelpe dem ut av sykdommen. Dette viser noe av utfordringene med å møte elever med AN. De trenger at noen utviser bekymring, men samtidig kan bekymringene bekrefte at slanking virker, og dermed bli vedlikeholdene. Med andre ord er det ikke nok å vise bekymring, bekymringene må henge sammen med handling. Som nevnt flere ganger er Lund (2012) veldig klar på at en god relasjon er grunnleggende for at en elev skal våge å åpne seg. Å aktivt vise anerkjennelse slik Schibbye (2012) og Lund (2012) legger det fram kan være en måte å selv invitere seg inn i elevenes livsverden på. På denne måten kan man uttrykke bekymring som favner mer enn bare ord.



Noe som er felles for alle informantene er at de mer eller mindre har måttet ta initiativ til bedringsprosessen på egenhånd. Oles historie er kanskje det mest tydelige eksempelet på dette. Gjennom prosessen har Ole har måttet "bevise" at han var syk ovenfor de som skulle hjelpe ham. I møte med fastlegen måtte han selv be om å få bli lagt inn, noe som også styrker Crossscope-Happel et al. (2000) sine antagelser om at mange menn med AN ikke blir oppdaget. Dette viser viktigheten av å styrke kompetansen i skolen, slik at lærere og andre ansatte i skolen får bedre forutsetninger for å oppdage AN blant sine elever, da også gutter og menn.

I likhet med Per holder Lars fram tverrfaglighet som svært viktig i behandling. Det er viktig å poengtere at skolen ikke skal drive med behandling, men denne informasjonen er relevant i forhold til at informantene peker på viktigheten av å bli møtt med kompetanse og kunnskap. Dette er relevant i lys av en rekke momenter jeg presenterte i teorikapittelet om spiseforstyrrelser i skolen. For som blant annet Berg (2005) og Lund (2012) på ulike måter presiserer, er det grunnleggende viktig – i noen tilfeller avgjørende for liv og død – at lærere både våger og har kompetanse nok til å se, bekrefte og møte elever som hele, komplekse mennesker, og ikke bare vurdere elevers skolefaglige fungering og prestasjoner. Dette er altså nært knyttet til begreper Schibbye (2012) bruker i sin beskrivelse av anerkjennende kommunikasjon. Når det gjelder psykisk helsearbeid i skolen, har skolen en viktig rolle i forhold til primærforebyggende kunnskaps- og holdningsskapende arbeid overfor elevene, men like viktig er det at de selv har kunnskap og kompetanse knyttet til ulike typer psykiske lidelser. Dette er en nødvendig forutsetning for å kunne oppdage samt intervensere og kommunisere hensiktsmessig med elever som strever psykisk. Som Berg (2005) presiserer, skal læreren hjelpe elever til å mestre livets påkjenninger og ta ansvar for eget liv. Siden dagens skoleelever tilbringer store deler av sin daglige tid på skolen, er det nettopp lærere som kan være blant de første som ser at noe er galt. Det er imidlertid ikke ensbetydende med å forstå hva som er galt eller vite hvordan en skal håndtere det og møte eleven, eller eventuelt formidle sin bekymring til foreldre, helsesøster eller andre med mer ekspertise. Kunnskap om tegn på spiseforstyrrelser er med andre ord elementært for å kunne identifisere spiseforstyrrelser. Følgende sitat fra Lund (2004) illustrerer for øvrig godt mye av det samme som har fremkommet av informasjon fra mine informanter ulike steder i intervjuene: "Har en maske på i hverdagen som sier: "Jo takk, bare bra!", og som gjør det vanskelig for folk rundt å se hvordan han egentlig har det? Er det lærerens jobb å prøve å se bak den eventuelle masken, eller må andre fagfolk inn?" (s. 39).

Særlig Lars beskriver hvordan han opplevde skolen som inkompetent, da spesielt med fokus på rådgiverens rolle. Det er kritikkverdige at ingen av informantene har vært i kontakt med helsesøster, det vitner om at ingen har tatt signalene som alvorlige, som igjen peker på lite kompetanse. Som nevnt tidligere er AN en svært alvorlig sykdom med høy dødelighet (Skårderud, 2013). Dessverre hadde ingen av informantene så mye å si om skolens rolle i bedringsprosessen, da skolen ikke hadde noen betydningsfull rolle for bedringen. Ole forteller at han prøvde å fullføre videregående skole to ganger, men begge gangene ble han syk igjen.

Lars forteller at han den siste tiden har vært veldig åpen om sin spiseforstyrrelse ovenfor alle rundt seg, noe som har ført til at mange har kontaktet ham og takket for hans åpenhet og sagt at hans åpenhet også hjelper dem. Lars sier at åpenheten har fungert som terapi for ham, det at han kunne kombinere begge ansiktene sine til et helt menneske har vært helt avgjørende.

## 6 Avslutning

I dette kapittelet vil jeg sammenfatte funnene fra undersøkelsen samt se de i lys av den todelte problemstillingen som jeg presenterte i kapittel 1.2., som lød: *Hvilke faktorer tenker menn med anorexia nervosa har bidratt til utvikling og bedring av egen spiseforstyrrelse?* Og andre del: *Hvilke tilnærminger møtte de i skolen og øvrige omgivelser, og hvilke refleksjoner har de rundt dette i dag?* Jeg vil sammenfatte funnene gjennom tre underoverskrifter.

### 6.1 Faktorer av betydning for sykdomsutviklingen

I arbeidet med dette prosjektet har jeg blitt kjent med at årsaker til at mennesker utvikler AN er veldig sammensatt. Med mitt begrensede utvalg, er det vanskelig å si noe om hvor representative funnene er. Det som likevel er interessant er at alle informantene peker på sårbarheter som kan antas å være medfødte eller stamme fra tidlig barndom, for eksempel hypersensitivitet/ overfølsomhet. Det vil ikke si at det er en nødvendig kausalitet mellom disse sårbarhetene og AN, men at de viser tendenser som er i tråd med det litteraturen framstiller som disponerende risikofaktorer. Ole trekker fram sin atferd rundt trøstespising, som videre førte til overvekt og da mobbing. Skårderud (2013) og Crosscope-Happel et al. (2000) peker også på disse faktorene som særlig relevante for AN i forhold til menn. Per forteller også at han var litt lubben og at det tidvis forekom mobbing. Samtidig tenker Per at hans personlighetstrekk var sentrale disponerende faktorer. Han beskriver seg selv som kontroll- og mestringsfiksert, strukturert, alt-eller-intet person og en føyelig person som ikke skulle være til bry. Lars tenker at hans historie med mye psykiske problem, da særlig i form av angst, har vært avgjørende i sykdomsutviklingen. Som påpekt tidligere er det mange som mener angst og AN henger tett sammen (Espeset, 2011; Jensen, 2005; Røer, 2006; Skårderud, 2013). Lars påpeker at han alltid har vært veldig pliktoppfyllende, ”limet i familien” og opptatt av ikke å skuffe folk. Videre trekker han fram foreldrenes skilsmisse som avgjørende faktor, og da kanskje særlig resultatet av den, nemlig mangel på oppmerksomhet. Det er interessant at alle informantene tenker at behovet for oppmerksomhet har vært underliggende, og at AN ble et verktøy for å søke oppmerksomhet. Felles for alle er at de på ulike måter havnet litt på sidelinjen og kjent mye misnøye med seg selv. Slik jeg oppfatter det, var det søken etter bekreftelse og oppmerksomhet som følge av lav selvfølelse, selvhat og skam som var den underliggende drivkraften hos alle informantene, dog på litt ulike måter. Dette er med å styrke forståelsen av AN som en selvforstyrrelse (Skårderud et al., 2010). Alle forteller

også om konkrete faktorer, som homofili og pubertet, som har bidratt til fremmedgjøring av seg selv og ensomhet, som utløste et behov for å ta kontroll over livet ved å overkontrollere maten og kroppen. Vektfokus og signaler om slanking ble også nevnt av Per (mormor) og Lars (dans- og dramamiljø). Alle peker også på oppmerksomhet og mangel på oppmerksomhet samt illusjon om mestring/ flinkhet som vedlikeholdende for AN. Oppmerksomhet bekreftet at slankingen virket, og mangel på det intensiverte søken etter det. Det ble en negativ spiral. Det er nærliggende å tolke dette som at *kvaliteten* på oppmerksomheten, bekräftelsen og kommunikasjonen ikke har vært av hensiktsmessig karakter, noe som blir utdypet nedenfor.

## **6.2 Faktorer av betydning for bedringsprosessen**

De tre informantene viste til ulike opplevelser som kan antas å være begynnelsen på bedringsprosessen. Ole ble konfrontert med hva han så ut som av et barn, nemlig en bestefar. Det var først da Ole innså at han trengte hjelp. Avgjørende var også tanken på og følelsene for familien i det han var i ferd å ta selvmord. Ole beskriver familien som en helt avgjørende faktor for bedringsprosessen, de var til stor støtte og motivasjon. Samtidig retter Ole en stor takk til fastlegen og psykologen som trodde på han og kjempet for å få han inn i behandling. Lars forteller også om viktigheten av familien, da spesielt mor og far, som var med i behandlingen han omsider fikk. Gjennom behandlingen fikk Lars mulighet til å bygge en god relasjon til foreldrene, noe han ikke hadde hatt tidligere. Lars innså også at hans framtidige mål og drøm om å bli skuespiller var urealistisk om han ikke ble friskere. Denne erkjennelsen var også en sentral motivasjonsfaktor for ham. Per havnet i en kroppslig forfatning som gjorde at han var nødt til å søke hjelp. I likhet med de andre informantene forteller Per om viktigheten av familien i denne prosessen. I tillegg til at de var støttende og motiverende sier Per at det var viktig å ha noen andre enn seg selv å bli frisk for. Per forteller også om betydningen av å få ernæringsfysiologiske råd samt å bli bevisst på hvem han selv var, noe han fikk hjelp til i behandlingen. Lars og Ole trekker i tillegg fram åpenhet og ærlighet som viktige faktorer for bedring. På den måten kunne flere mennesker bli involvert i deres bedringsprosess, noe som hjalp dem med å kaste maskene/ansiktene, og vise hele seg.

## **6.3 Erfarte og forventede tilnærminger i skolen**

Felles for alle informantene er at de deler en negativ opplevelse av skolens møte med dem. Ole forteller at ingen lærere eller andre ansatte på skolen snakket med ham om det han gikk

gjennom, selv om det i etterkant har kommet fram at mange så at han hadde det vanskelig. De eneste som utviste bekymring for Ole på skolen var medelevene. Ole prøvde å fullføre videregående skole to ganger, men ble syk igjen begge gangene. Måten Ole har blitt møtt (eller ikke møtt) på skolen er i høyeste grad kritikkverdig og samsvarer ikke med retningslinjene som ligger i Opplæringslova (1998). Det er uforståelig at ingen har anbefalt eller hjulpet Ole med å komme i kontakt med helsesøster, rådgiver og/eller en psykolog fra PPT. Selv om Lars også forteller om negative tilnærminger i skolen hadde han en positiv relasjon til kontaktlæreren sin. Han var trygg på ham og våget derfor å åpne seg for ham. Kontaktlæreren hjalp da Lars med å komme i kontakt med rådgiver. Lars beskriver imidlertid samtalene med rådgiver som "latterlige" ved at hun kun stilte ham overfladiske spørsmål og ikke våget å grave i historien hans. Han mener det ville ha vært mer hjelpsomt med konkrete, ærlige og direkte tilnærminger, samt mer kunnskap om emnet blant skolens ansatte, noe som samsvarer med de råd Skårderud, referert i Berg (2005), gir til skolepersonale i denne sammenheng. Per forteller også om et positivt møte med en lærer på skolen som han oppfattet at bekymret seg på en god måte og så ham på en annen og mer dypereliggende måte enn de andre lærerne. Når hun henvendte seg var det verken med mas eller fordommer, noe som er i tråd med det Lund (2012) framholder som elementært for å bygge gode relasjoner til elever. Likevel gikk også Per gjennom skolen uten å få hjelp, selv om medelever også utviste bekymring i hans tilfelle. Alle tre påpeker kompleksiteten rundt det å gi tilbakemeldinger og utvise bekymring. Da de fikk oppmerksomhet for sykdommen, ble det en bekreftelse på at slanking virket, samtidig var fraværet av oppmerksomhet en trigger for å slanke seg. Det er derfor helt elementært å være seg bevisst disse mekanismene når man mistenker at noen trenger hjelp. Schibbye (2012) og Lund (2012) sin forståelse av anerkjennelse og relasjonsbygging må derfor ligge som et fundament i møte med elever som har det vanskelig. Både Per og Ole utviser en slags forståelse for hvorfor de ikke ble fanget opp, da de påpeker at det sikkert er lettere å oppdage spiseforstyrrelser hos jenter. Ole trekker også fram at det sikkert var helt usannsynlig at han, som før var så lat og overvektig, skulle få en spiseforstyrrelse. De antyder likevel at noen trolig burde ha fanget dem opp. Lars er mer tydelig på at noen på skolen burde tatt ansvar og at den manglende kompetansen i skolen var en viktig grunn til at han ikke ble fanget opp. Funnene i studien indikerer med andre ord et stort behov for mer kunnskap og kompetanse om spiseforstyrrelser i skolen (Berg, 2005). Alle informantene måtte selv ta initiativ for å oppsøke hjelp. Særlig Ole viser til dette også innenfor helsevesenet, noe som tyder på at det ikke bare er i skolen det er mangelfull

kompetanse. Det ser ut til at Crossscope-Happel et al. (2000) har et vesentlig poeng når de hevder at mange menn med AN ikke blir oppdaget og dermed ikke mottar behandling.

## 6.4 Avsluttende refleksjoner

Min studie styrker oppfatningen om at spiseforstyrrelser blant menn er et viktig felt å belyse. Samlet sett er det høy grad av samsvar mellom teorigrunnet og empirien (funnene) i min studie. Dette er interessant i lys av at mine tre informanter var menn, mens litteraturen om spiseforstyrrelser primært er basert på forskning på fenomenet blant jenter/kvinner. Det er gjort lite forskning på AN blant gutter/menn og dermed usikkert hvor stor andel menn som rammes av AN, men om man legger sammen antallet menn og kvinner som er til terapeutisk behandling vil ca. 90 % være kvinner (Skårderud, 2007a). AN fremstilles altså som en lidelse som hovedsakelig rammer jenter/kvinner (Crossscope-Happel et al., 2000; Hatmaker, 2005; Rør, 2006; Skårderud, 2007a; Wooldridge & Lytle, 2012). Samtidig påpeker flere at spiseforstyrrelser hos gutter/menn er et økende fenomen og at det kan være store mørketall her (Skårderud, 2010; Strother et al., 2012; Wooldridge & Lytle, 2012). Samsvaret mellom teori og empiri i min studie indikerer at de samme mekanismene ved AN kan være gjeldende for begge kjønn, samtidig som det altså er individuelle variasjoner og en sammensatt problematikk. Slik sett kan en si at min forforståelse om dette ble underbygget av mine funn. Homofili var imidlertid et tema to av informantene brakte frem og fortalte om sterk skam tilknyttet, som i liten grad er dekket i den generelle litteraturen om spiseforstyrrelser. I følge Fichter og Daser (1987) forekommer AN oftere hos homoseksuelle menn enn hos heteroseksuelle menn. Begge informantene ga på ulike måter uttrykk for store problemer med å erkjenne og vedkjenne seg sin homofile legning, noe de knyttet opp mot sin AN. Det kan være nærliggende å tolke dette som at homofili kan ha vært en av flere disponerende faktorer. Samtidig trenger det ikke å være den homofile legningen i seg selv som har disponert for AN hos mennene i min studie. Det kan like fullt være det at de over tid har undertrykt og fornektet sentrale sider ved seg selv som følge av negative signaler fra omgivelsene knyttet til dette. Dette er et eksempel på hva det kunne vært interessant å forske videre på.

I metodekapitlet presenterte jeg også en teoribasert forforståelse om at spiseforstyrrelser kan ha likhetstrekk med andre avhengighetslidelser, for eksempel rusavhengighet (Skårderud, 2013). Mine informanter trekker selv paralleller til andre former for avhengighet, og noen fremstiller det som litt tilfeldig at det ble akkurat det å slutte å spise som de ble opphengt i og avhengig av. Dette er et annet eksempel på en mulig et mulige videre forskningstema.

# Litteraturliste

- Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B., & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry*, 180, 509-514.
- Befring, Edvard. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2 utg.). Oslo: Samlaget.
- Befring, Edvard, & Duesund, Liv. (2012). Relasjonsvansker. Psykososial problematferd. I Edvard Befring & Reidun Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk* (s. 448-470). Oslo: Cappelen.
- Berg, Nina B. J. (2005). *Elev og menneske: psykisk helse i skolen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cate, Rebecca, Khademi, Mojgan, Judd, Patricia, & Miller, Heidi. (2013). Deficits in mentalization: a risk factor for future development of eating disorders among pre-adolescent girls. *Advances in Eating Disorders*, 1-8.
- Claude-Pierre, Peggy. (1999). *Spiseforstyrrelsernes hemmelige sprog: en ny og revolutionerende forståelse af anoreksi og bulimi*. København: Borgen.
- Corbin, Juliet M., & Strauss, Anselm L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Crosscope-Happel, Cindy, Hutchins, David E., Getz, Hildy G., & Hayes, Gerald L. (2000). Male Anorexia Nervosa: A New Focus. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 365-370.
- Dalen, Monica. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Espeset, Ester Marie Stornes. (2011). *Body image disturbance and emotional regulation in anorexia nervosa* (Vol. no. 294). Oslo: Unipub.
- Fichter, M. M., & Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, 17(02), 409-418.
- Gall, Meredith D., Gall, Joyce P., & Borg, Walter R. (2007). *Educational research: an introduction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Giorgi, Amedeo. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press.
- Grøholt, Berit, Sommerschild, Hilchen, & Garløv, Ida. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri* (4 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Hatmaker, Grace. (2005). Boys with Eating Disorders. *Journal of School Nursing*, 21(6), 329-332.

- Hudson, James I., Hiripi, Eva, Pope Jr, Harrison G., & Kessler, Ronald C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. (1999). Oslo: Universitetsforl.
- Jensen, Mary M. (2005). *Introduction to Emotional and Behavioral Disorders: Recognizing and Managing Problems in the Classroom*. Ohio: Pearson.
- Johannessen, Asbjørn, Tuft, Per Arne, & Christoffersen, Line. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Keel, Pamela K. (2006). *Eating disorders*. New York: Chelsea House Publishers.
- Killén, Kari. (2007). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar* (2 utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvernbekk, Tone. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I Thorleif Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 19-78). Oslo: Unipub forlag.
- Laberg, Jon C., Laberg, Stine, & Støylen, Inge Jarl. (2009). Spiseforstyrrelser: sosiale, kognitive og emosjonelle aspekter. I Leif Edvard red Aarø & Knut-Inge red Klepp (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (3 utg., s. 105-128). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lund, Ingrid. (2004). *Hun sitter jo bare der!: om innagerende atferd hos barn og unge*. Bergen: Fagbokforl.
- Lund, Ingrid. (2012). *Det stille atferdsproblemet*. Bergen: Fagbokforl.
- Maxwell. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-300.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnskunnskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Nordahl, Thomas, & Manger, Terje. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforl.
- Opplæringslova. (1998, 21.06.2013). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa. Lastet ned 02.04, 2014, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Romeo, Felicia. (1994). Adolescent Boys and Anorexia Nervosa. *Adolescence*, 29(115), 643-647.



- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *J Nerv Ment Dis*, 198(7), 501-507.
- Rør, Anne. (2006). *Spiseforstyrrelser: symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Skårderud, Finn. (1998). *Uro: en reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, Finn. (2007a). Gutter har også kropper: Om mat, maskulinitet og problematiske kroppspraksiser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(1), 2-3.
- Skårderud, Finn. (2007b). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 81-97.
- Skårderud, Finn. (2010). Gutten som ikke ville ete. Å sette familien i halsen. Den norske multikunstneren Arild Nyquist (1937-2004) om utrygg tilknytning, anoreksi og rus. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(10), 916-929.
- Skårderud, Finn. (2013). *Sterk, svak: håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, Finn, Rosenvinge, Jan H., & Gøtestam, K. Gunnar. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. I Liv Duesund (Red.), *Kropp og læring. Kompendium* (s. 193-196). Oslo: Unipub.
- Skårderud, Finn, & Sommerfeldt, Bente. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. I Liv Duesund (Red.), *Kropp og læring. Kompendium* (s. 229-232). Oslo: Unipub.
- Skårderud, Finn, Sommerfeldt, Bente, & Fonagy, Peter. (2012). Den reflekterende kroppen. Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet. Nordisk tidsskrift för barn- och ungdomspsykoterapi* (26), 6-26.
- Skårderud, Finn, Stänicke, Erik, & Haugsgjerd, Svein. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strother, Eric, Lemberg, Raymond, Stanford, Stevie Chariese, & Turberville, Dayton. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scand J Med Sci Sports*, 20 Suppl 2, 112-121.
- Wooldridge, T., & Lytle, P. P. (2012). An overview of anorexia nervosa in males. *Eat Disord*, 20(5), 368-378.

Wormnæs, Odd. (2005). Om forståelse, tolkning og hermeneutikk *Vitenskapsteori og forskningsmetode. Blandingskompendium* (s. 229-248). Oslo: Universitetet i Oslo.

# Vedlegg 1. Intervjuguide

## Intervjuguide for masterprosjektet. Semistrukturert intervju.

Innledning: Hensikten med intervjuet, presentasjon av meg selv og min bakgrunn. Si noe om hva jeg er interessert i å få vite noe om. Anonymitet og konfidensialitet. Bemerk at det er lov å ikke svare på spørsmål om det ikke føles naturlig eller ok.

### Innledningsspørsmål:

- Hvor gammel er du?
- Hvordan vil du beskrive deg selv i dag?
- Hvordan vil du beskrive din livssituasjon i dag?
- Hvordan opplevde du å få denne henvendelsen?
- Hvordan vil du beskrive din egen spiseforstyrrelse i dag?
- Ville du beskrevet spiseforstyrrelsen din annerledes da du var syk? Evt hvordan?

### Spørsmål rundt utvikling av spiseforstyrrelsen

#### *Disponerende faktorer*

- Har du noen tanker om hvordan det hele begynte?
- Kan du si noe om hva du tror drev deg mot din spiseforstyrrelse? (indre drivkrefter/ytre drivkrefter/)
- Har du noen tanker om hvorfor akkurat du utviklet en spiseforstyrrelse?
  - o Husker du noe ved deg selv (som egenskaper, følelser, behov eller tanker) som du mislikte/opplevde som uønsket, plagsomt, skamfullt?
  - o Husker du hvordan omgivelsene dine forholdt seg til disse egenskapene/tankene/følelsene/behovene du nevnte før du selv begynte å mislike dem?
    - Hvordan reagerte du da på dette?
  - o Hva tenker du om dette nå?

#### *Utløsende faktorer*

- Kan du fortelle noe om faktorer du tror kan ha vært med å utløse din spiseforstyrrelse?

- Hvordan var din livssituasjon da du begynte å slanke deg? (Forhold til mat, kropp, trening)
  - o Om det ikke blir nevnt; var det noe som du opplevde som ekstra utfordrende å takle i din livssituasjon? (flytting, skolebytte, mobbing, forventningspress)
- Kan du si noe om hvilke drivkrefter du tror spilte en vesentlig rolle for din sykdomsutvikling? (Følelser, behov, motiv)
- Vet du om noen som så dine sykdomssymptomer? (Stadig tynnere, mer og mer opptatt av mat, mer fysisk aktiv, mer innesluttet?)
  - o Hvordan reagerte de?
  - o Hvordan opplevdes dette for deg?
  - o Når du tenker på dette i dag, er det noen du tenker burde ha reagert, men som ikke gjorde det?
- Var det noen i omgivelsene dine som ga uttrykk for å et ønske om å hjelpe deg?
  - o Hjalp det noe?
  - o Om det ikke hjalp, hvordan tror du heller du ville hatt behov for å bli møtt?
- *Hvis skolen ikke blir nevnt:* Tror du det var noen ansatte på skolen som så hvordan du hadde det?
  - o Når du ser tilbake: Var det noen symptomer eller tegn ved din atferd som du i etterkant tenker at noen på skolen burde reagert på? I så fall hvilke?
  - o Tror du det var noe lærerne eller andre på skolen kunne gjort annerledes for å hjelpe deg ut av anoreksien på et tidligere tidspunkt?
  - o Er det noen av de ansatte på skolen du føler deg skuffet over? (som burde ha gjort noe mer/noe annerledes)

#### *Vedlikeholdende faktorer*

- Så du på deg selv som syk?
  - o Når begynte du å se på deg selv som syk?
  - o Nå i ettertid: Hva tror du var avgjørende for denne erkjennelsen?
- Kan du si noe om hva du trodde du trengte da du var syk – og hva tror du egentlig du trengte?
- Opplevde du at din spiseforstyrrelse hadde en eller flere funksjoner for deg?

- Hva tror du at du kan ha forsøkt å oppnå (mer eller mindre bevisst) med din spiseforstyrrelse? (tilstand/følelser/behovstilfredstillelse/?)
- Oppnådde du noe av dette?
  - Hvis nei: Hva oppnådde du i stedet?
- Har du noen tanker om hva som, evt. til tross for dette, fikk deg til å fortsette med den spiseforstyrrede atferden?
- Hva tenker du på når jeg sier ordet *skam*? Kan du på noen måte relatere skam til din spiseforstyrrelse?

### **Spørsmål rundt tilfriskning av spiseforstyrrelsen**

- Jeg er interessert i din historie blant annet fordi du har gitt uttrykk for å ha blitt ”friskere”. Kan du si noe om hva du tror har vært avgjørende for denne prosessen?
- Hvordan har du opplevd omgivelsene i denne prosessen?
  - Er det noen du kan trekke frem som særlig viktige i tilfriskningsprosessen?
  - Hvis skolen ikke blir nevnt: Hvilken rolle har skolen spilt?
- Kan du si noe om veien fram til å få profesjonell hjelp?
  - Var det noen som var særlig viktige på veien mot å få profesjonell hjelp?
    - Hva var det som var spesielt bra/godt/viktig med denne personen/personene?
  - Hvis skolen ikke blir nevnt: Var det noen fra skolen som spilte en viktig rolle?
    - Evt., hva var det som var spesielt bra/godt/viktig med denne personen/personene?
    - Hvis ikke: Hva tenker du i dag at skolen kunne ha gjort som hadde vært bedre?
- Har du vært åpen om din spiseforstyrrelse overfor andre? Hvordan har du i så fall opplevd det?

### **Avslutning:**

- Hvordan ser du for deg veien videre?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye?
- Hvordan synes du det har vært å fortelle om dette til meg? Hvordan har du opplevd dette intervjuet?

# Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Informasjonsskriv om masterprosjekt

Mitt navn er Espen Kvamme og er student på masterprogrammet i spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo. Jeg skal skrive en masteroppgave om menn og spiseforstyrrelser. Menn har fått lite oppmerksomhet i faglitteratur og forskning om spiseforstyrrelser. Fraværet av dette fokuset har trolig vært med å skape en myte om at spiseforstyrrelse er en jente-/kvinnelidelse. Med denne oppgaven ønsker jeg å være med å bidra til å fjerne denne myten. Jeg er interessert i å se nærmere på hvilke faktorer menn med anorexia nervosa selv tenker har vært sentrale for hvorfor de ble syke og videre hvilke faktorer de selv tenker har vært sentrale for å bli friskere. Formålet med denne undersøkelsen er å bidra til å fremme kompetanse rundt disse prosessene i skolen. Alle som har vokst opp i Norge har på en eller annen måte vært tilknyttet skolesystemet. Med hensyn til at mange som utvikler spiseforstyrrelser gjør det i tenårene vil skolen være en arena hvor de tilbringer mye tid. Av den grunn vil det være av stor spesialpedagogisk interesse å vite mer om individuelle og miljømessige risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for menn med anorexia nervosa. For å kunne se nærmere på dette ønsker jeg å intervjuer menn som selv har/har hatt anorexia nervosa og blitt vesentlig friskere.

Min problemstilling for prosjektet er todelt:

*Hvilke faktorer tenker menn med anorexia nervosa har bidratt til utvikling og bedring av egen spiseforstyrrelse?*

*Hvilke tilnærminger møtte de i skolen og øvrige omgivelser, og hvilke refleksjoner har de rundt dette i dag?*

Spørsmålene jeg ønsker å stille dreier seg om hva du som har/har hatt denne lidelsen selv tror har bidratt til at du ble syk, og deretter hva du tror har bidratt til at du har blitt friskere.

Jeg vil ta notater mens vi prater sammen. Intervjuet vil ikke ta mer enn 1,5 time, og vi blir enige om tid og sted. Alle opplysninger som innhentes skal ikke utleveres til andre enn min veileder, og vi er begge kjent med at vi er underlagt taushetsplikt og at alle data som

innhentes skal behandles konfidensielt. Alle opplysninger anonymiseres i oppgaven slik at ingen opplysninger skal kunne spores tilbake til deg.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Det er frivillig å være med, og du har når som helst muligheten til å trekke deg underveis uten nærmere begrunnelse. I så fall vil all data tilknyttet deg bli slettet og opplysninger fra deg vil bli utelatt fra oppgaven.

Det er til stor hjelp for meg om du ønsker å delta, og du vil ha muligheten til å være med å øke kunnskapen om temaet. Dersom det er ønskelig kan jeg tilby et trykt eksemplar av den ferdigstilte oppgaven som takk for hjelpen.

Min veileder er Linda Halvorsen, og kan kontaktes på mail på [linda.halvorsen@hotmail.com](mailto:linda.halvorsen@hotmail.com)

Har du spørsmål kan du ta kontakt på tlf: 90645501 eller sende mail til:

[kvamme.espen@gmail.com](mailto:kvamme.espen@gmail.com)

Om du ønsker å bidra kan du returnere dette brevet i vedlagt konvolutt med frimerke.

Med vennlig hilsen

Espen Kvamme

Sinsenveien 21A

0572 Oslo

#### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker i at Espen Kvamme får samle inn data gjennom intervju med meg. Jeg har fått informasjon om at intervjuet er basert på frivillig deltakelse og at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet om ønskelig. Jeg er også informert om opplysningenes krav til konfidensialitet og at opplysningene om meg vil bli anonymisert og slettet ved studiets slutt, som er i slutten av mai 2014.

Sted: .....

Dato: .....

Signatur: .....





# Vedlegg 3. Godkjennelse fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD 1 Høyfjellsgate 28  
N-5007 Berge  
Norge  
Tel: +47 25 38 21 17  
Fax: +47 25 38 50 59  
nsd@nsd.uib.no  
NSD@NSD.UIB.NO  
Orgnr: 980 221 884

Peer Møller Sørensen  
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo  
Postboks 1140 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 30.01.2014

Vår ref: 36855 / 2 / ISL

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36855</i>	<i>Menn som har hatt anorexia nervosa, og hvilke faktorer de selv mener har bidratt til utvikling og bedring av egen spiseforstyrrelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Peer Møller Sørensen</i>
<i>Student</i>	<i>Espen Kvamme</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Espen Kvamme [kvamme.espen@gmail.com](mailto:kvamme.espen@gmail.com)

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Åsleiv Skjold 12/2014 07/14

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1140 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. [nsd@uib.no](mailto:nsd@uib.no)  
NORWEGIAN NSD: Norwegian Social Science Data Services, 7901 Torshovm. 1st - 4713 St. 0510. [kate.saravanan@nord.no](mailto:kate.saravanan@nord.no)  
TRONDHØI NSD: Universitetet i Trondheim, Trondheim, 7001. Tel: +47 73 51 00 00. [nsd@stud.uib.no](mailto:nsd@stud.uib.no)