

Institut: Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet

Fag 1: Psykologi

Fag 2: Sundhedsfremme & sundhedsstrategier

Forfatter: Tine Pohl

Studie nr.: 57035

Titel: Recovery fra spiseforstyrrelser

En socialpsykologisk undersøgelse om recovery i et førstepersonsperspektiv

Vejleder: Malene Broch Clemmensen

Bivejleder: Iben Charlotte Aamann

Afleveret: Juli 2020

Samarbejde: Forskningsenhed for Spiseforstyrrelser, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstaden Psykiatri v. overlæge og forskningsleder Jan Magnus Sjøgren & Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade.



Psykiatri



Landsforeningen
mod spiseforstyrrelser
og selvskade

Abstract

This thesis examines how social and structural conditions play a role in overcoming an eating disorder and how an elucidation of the subjective meaning of these conditions can help improve the understanding of why many do not recover from an eating disorder. The empirical research is based on qualitative semi-structured life world interviews with six subjects, who can be defined as recovered from an eating disorder. The empirical material is analyzed and discussed from theoretical perspectives of the subject-scientific paradigm within critical psychology and concepts of structures by Michel Foucault. The thesis concludes that social and structural conditions can be related to persistency and enhancement of eating disorders. Specifically, in respect of barriers for getting the help and support needed, along with feelings of being unworthy and alone.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	6
1.1 PROBLEMFELT	6
1.2 PROBLEMFOMULERING	9
1.3 AFGRÆNSNING OG SAMARBEJDE	10
1.4 BEGREBSAFKLARENDE INTRODUKTION TIL FELTET	10
1.4.1 SPISEFORSTYRRELSER	11
1.4.2 RECOVERY	13
1.5 RAPPORTENS OPBYGNING	14
2. LITTERATURREVIEW	16
2.1 SØGERESULTATER	16
2.2 SAMMENFATNING OG ANALYSE	18
2.3 KONKLUSION AF LITTERATURREVIEW	19
3. METODE	21
3.1 METODEVALG OG FRAVALG	21
3.2 UDVÆLGELSE AF INFORMANTER	22
3.3 UDFØRELSE AF INTERVIEWS	24
3.4 UDFORMNING AF INTERVIEWGUIDE	25
3.5 FORSKNINGSETIK OG KVALITET	26
3.6 TRANSSKRIFTION	27
3.7 BEARBEJDELSE AF EMPIRI	28
4. VIDENSKABSTEORI	29
4.1 EKLEKTISK TILGANG	29
4.2 TEORIERNES BIDRAG I SAMSPIL	29
4.3 ERKENDELSESINTERESSE	30
4.4 SUBJEKT-FORSTÅELSE	31

4.5 EPISTEMOLOGI OG METODE	33
5. TEORI	35
5.1 KRITISK PSYKOLOGI	35
5.1.1 HANDLEEVNE, HANDLERUM OG HANDLEMULIGHEDER	35
5.1.2 EMOTIONER, GRUNDE OG MOTIVATION	36
5.1.3 HVERDAGSLIV OG DAGLIG LIVSFØRELSE	37
5.1.4 KRITISK REFLEKSION OVER ANVENDELSEN AF KRITISK PSYKOLOGI	38
5.2 BEGREBER OM STRUKTURER - MICHEL FOUCAULTS	39
5.2.1 MAGT	39
5.2.2 DISKURSER	39
5.2.3 NORMATIVITET OG DELINGSTEKNIKKER	40
5.2.4 PSYKISK LIDELSE OG STIGMA	40
5.2.5 KRITISK REFLEKSION OVER ANVENDELSEN AF FOUCAULTS BEGREBER	41
5.3 TEORETISK FUNDERET ANALYTISK TILGANG	42
6. ANALYSE	43
6.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER	43
6.2 FORSTÅELSER AF SPISEFORSTYRRELSE OG RASKHED	44
6.2.1 SPISEFORSTYRRELSE SOM HANDLEMULIGHED	44
6.2.2 SÅ RASK SOM MAN KAN BLIVE	46
6.2.3 OPSUMMERING	48
6.3 SAMFUNDSMÆSSIGE BETINGELSER, DISKURSER OG FORSTÅELSER	49
6.3.1 ENSIDIG FORSTÅELSE AF SPISEFORSTYRRELSER	49
6.3.2 KROPSDISKURS	50
6.3.3 INDIVIDUALISME	51
6.3.4 OPSUMMERING	51
6.4 LIVSBEGIVENHEDER SOM SOCIAL PRAKSIS	52
6.4.1 LIVSBEGIVENHEDER	52
6.4.2 HANDLEEVNE FUNDERET I LIVSBEGIVENHEDER	53
6.4.3 ACCEPT AF LIVETS UDFORDRENDE BEGIVENHEDER	54
6.4.4 OPSUMMERING	55

6.5 SOCIALE BETINGELSER	56
6.5.1 SOCIALE KRAV	56
6.5.2 SOCIAL STØTTE	56
6.5.3 TIDLIG OPSPORING SOM MULIGHED	59
6.5.4 OPSUMMERING	60
6.6 BEHANDLINGSPRAKSIS OG INSTITUTIONELLE STRUKTURER	61
6.6.1 FOKUS PÅ ÅRSAGER VS. FOKUS PÅ SYMPTOMER	61
6.6.2 TRYGHED, TILLID OG RESPEKT	62
6.6.3 BERETTIGET TIL BEHANDLING	63
6.6.4 OPSUMMERING	65
<u>7. DISKUSSION</u>	<u>66</u>
7.1 MISFORSTÅET	66
7.2 DET ER VIGTIGT AT FÅ HJÆLP, MEN MAN SKAL KLARE SIG SELV	68
7.3 FORSTÅELSE AF SPISEFORSTYRRELSE SOM STRUKTUREL BETINGELSE	69
7.4 FORSTÅELSE AF RASKHED SOM STRUKTUREL BETINGELSE	69
<u>8. KONKLUSION</u>	<u>71</u>
<u>9. PERSPEKTIVERING</u>	<u>72</u>
<u>10. LITTERATURLISTE</u>	<u>73</u>

1. Indledning

Specialeafhandlingens emne er motiveret af min personlige erfaring med at have en spiseforstyrrelse - og blive rask igen. De fleste kender begrebet *spiseforstyrrelse* og ved, at det er en lidelse, der rammer mange mennesker - især unge piger. En spiseforstyrrelse er ikke kun invaliderende for den berørte, men også vedkommendes venner, familie og øvrige netværk. Ydermere er spiseforstyrrelser, på linje med andre psykiske lidelser, et stort samfundsmæssigt problem (Brinkmann 2010). Med tiden er der kommet flere tilbud og mere specialiseret behandling for spiseforstyrrelser. Alligevel er der stadig mange, der aldrig kommer sig helt. Er det fordi behandlingen er for dårlig? Går der for lang tid, før den berørte får hjælp? Gør pårørende ikke nok? Bliver den berørte ved med at leve i et miljø, der fastholder lidelsen? Eller er spiseforstyrrelser bare svært helbredelige? Når noget er svært, giver det for mig mening at spørge dem, det er lykkedes for, hvad de gjorde og under hvilke omstændigheder.

1.1 Problemfelt

Der har været en voldsom stigning af spiseforstyrrelser i Danmark over de seneste ti år. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2016) er der sket en fordobling i antallet af børn og unge diagnosticeret med spiseforstyrrelser, og antallet af personer i ambulans behandling for spiseforstyrrelser er ifølge Socialstyrelsen (2015) steget med 70%. Stigningen kan både skyldes, at flere rammes af spiseforstyrrelser, samt et skærpet samfundsmæssigt fokus på lidelsen. Ifølge Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade [LMS] (2019a) vurderes det, at omkring 75.000 danskere lider af en spiseforstyrrelse, og dansk forskning (Lichtenstein, Hemmingsen & Støvning 2017) viser, at 28% af unge mellem 11 og 20 år udviser risikoadfærd. På mere globalt plan er spiseforstyrrelser også et problem. I England estimeres det, at 1,25 millioner lider af en spiseforstyrrelse (Beat Eating Disorders 2020), mens estimatet i USA ligger på over 30 millioner (ANAD 2020).

Spiseforstyrrelse defineres som en psykisk og adfærdsmæssig lidelse, hvor den berørte har et så forstyrret forhold til mad, krop og vægt, at det går drastisk ud over den berørtes psykiske, fysiske og sociale sundhed (Sundhedsstyrelsen 2005). Heraf peger forskning bl.a. på konsekvenser som dårligt selvværd, depressive tanker, social isolation, svimmelhed, hormonelle forstyrrelser, skader i hjernen, knogleskørhed, hjerterytmeforstyrrelser mm. (Skårderud 2002: 65-66). I yderste konsekvens kan man, som følge af underernæring og øget risiko for selvmord, dø af en spiseforstyrrelse (LMS 2019b).

Faktisk er spiseforstyrrelsen anoreksi den mest dødelige af alle psykiske lidelser (Hecht & Schousboe 2012: 24).

Har man først fået en spiseforstyrrelse, er prognoserne for at blive rask igen ikke gode. Flere kilder beretter om, at kun omkring halvdelen af de, der kommer i behandling for en spiseforstyrrelse, bliver raske igen. Den resterende halvdel må lære at leve med lidelsen (eg. Region Hovedstaden Psykiatri [RHP] 2019a). Kigger vi desuden nærmere på de ca. 50%, der defineres som raske, er det ikke umiddelbart lutter lagkage. Forskerne Lene Hecht og Birgitte Schousboe (2012) skriver følgende om AN:

I gennemsnit bliver ca. halvdelen raske og er i stand til at holde vægten. Men en del af de psykologiske symptomer ved anoreksi kan være meget svære at blive fri af. Omkring 40% har perioder med overspisninger og opkastninger, og ca. 2/3 bliver ved med at bekymre sig om mad og vægt. (Hecht & Schousboe 2012: 25).

Det virker altså til, at når det estimeres at ca. halvdelen bliver raske, er det primært med tanke på *vægt-recovery*, altså genetablering af vægt inden for et defineret normalområde (Khalsa, Portnoff, McCurdy-McKinnon & Feusner 2017). Hvis vi ud fra ovenstående tal medregner *adfærdsmaassig recovery* som et raskhedskriterie i form af 'normaliserede' spisemønstre (ibid.), er det således kun 20% (40% af 50%), der bliver raske. Hvis vi i stedet medregner *kognitiv recovery* som et raskhedskriterie i form af at være fri af spiseforstyrrede tanker (ibid.), er det kun 16,5% (1/3 af 50%), der bliver helt raske. Har man først fået en spiseforstyrrelse, er den dystre prognose ud fra disse tal altså, at der er 83,5% risiko for, at man aldrig slipper for at bekymre sig om mad, krop og vægt.

Når der tales om, hvor mange, der bliver (erklæret) raske fra en spiseforstyrrelse, er det væsentligt også at kigge på tilbagefald og genindlæggelser. Her viser tal i en rapport fra Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade [ViOSS] (2013), at patienter, der har været i behandling for en spiseforstyrrelse i psykiatrien, har en gennemsnitlig genindlæggelsesprocent på 72%. Selvom det skal tages in mente, at enkelte patienter med flere genindlæggelser kan trække procentdelen op, er det stadig knap tre ud af fire gange, hvor en patient, der på papiret er erklæret rask, ender med tilbagefald. Endvidere kan det tage rigtig mange år at blive helbredt fra en spiseforstyrrelse: "The length of time to full recovery has been reported to average 7 to 10 years." (Lamoureux & Bottorff 2005: 171).

Helbredelsesraten for spiseforstyrrelser kan relateres til spiseforstyrrelsens komplekse karakter, der gør den vanskelig at behandle: Ofte ses ambivalens for behandling bl.a. pga. af manglende sygdomserkendelse, hvor symptomer ikke opleves som uønskede. Desuden indebærer behandling ofte vægtøgning, hvilket går imod den berørtes opnåede eller ønskede vægttab. Endvidere kan selve symptomerne ved en spiseforstyrrelse være vedholdende og selvforstærkende (Lunn, Rokkedal & Rosenbaum 2010: 173-176, 380). Også utilstrækkelig og ikke-specialiseret behandling i psykiatrien spiller en rolle for behandlingsraten (ViOSS 2013), samt brug for; "...hurtigere behandling og mere behandling." (Hertz i; Sterll 2019), som Marianne Hertz, overlæge ved Klinik for Spiseforstyrrelser, udtrykker det. Flere af sådanne eksperter¹ er i forbindelse bogen "Når maden tager magten" (Sterll 2019) blevet spurgt til den bedste behandling af spiseforstyrrelser:

Og her løber vi ind i et overskyggende problem: De ved det ikke. Der findes ikke én model, som passer til alle, og selv om læger og psykologer løbende udvikler nye metoder, tyder forskningen på, at det ikke går afgørende fremad. Tyske undersøgelser viser, at der ikke er sket målbare fremskridt i behandlingen af anoreksi og bulimi inden for sidste halvdel af det 20. århundrede (Sterll 2019: 62).

I den begrænsede forskning, der findes på spiseforstyrrelsesområdet, har der ofte været fokus på årsagerne til at *få* en spiseforstyrrelse og på effekten af specifikke behandlingstilbud og metoder ud fra biomarkører og kvantitative undersøgelser (eg. Waadegaard 2002; PCB 2020). Kun få undersøgelser har haft fokus på, hvorfor man bliver *rase* fra en spiseforstyrrelse (RHP 2019b: 18-19). Tilbage i 1970'erne udviklede den israelsk-amerikanske sociolog Aaron Antonovsky en *salutogenesisk* tilgang, der fremfor årsager til *sygdom* fokuserer på årsager til at være *sund og rase* (Antonovsky 2000). Med dette perspektiv interviewede Antonovsky overlevne fra koncentrationslejrene under 2. verdenskrig, for at finde ud af, hvad der gjorde, at netop de havde overlevet (ibid.). Inspireret af Antonovskys salutogenesiske tilgang, finder jeg værdi i at interviewe personer, der er blevet raske fra/har overlevet en spiseforstyrrelse, for at blive klogere på, hvad der gør, at netop de blev raske.

¹ Bl.a. forsker Laura Winkler og specialpsykolog Anne Lydolff.

I forbindelse med, at regeringen i løbet af 2020 skal forhandle en ny tiårs-plan for psykiatrien, påpeger klinisk psykolog ved Aalborg Universitet, Bo Møhl, det essentielle i at se personer med psykiske lidelser som enkeltindivider og forstå deres individuelle behov (Dahlin 2019). Til dags dato findes der, jf. afhandlingens litteraturreview, ingen danske kvalitative studier om recovery fra spiseforstyrrelser i et førstepersonsperspektiv.

Recovery er et centralt begreb i forbindelse med helbredelse fra psykiske lidelser, der siden tilgangens opblomstring i slutningen af det 20. århundrede, er blevet et ideal for behandling i bl.a. psykiatrien (Neidel 2011: 18). Dog er begrebet blevet kritiseret for at have et individualistisk fokus, der ikke retter nok opmærksomhed mod de mange faktorer for recovery, der menes at ligge udenfor behandlingssystemet og personens egne præstationer (ibid.: 25). Med dette in mente vil afhandlingens problemstilling blive udforsket i et socialpsykologisk perspektiv.

1.2 Problemformulering

Netop opridsede problemfelt udmønter sig i følgende problemstilling og arbejdsspørgsmål:

Hvorledes har sociale og strukturelle betingelser betydning for at komme sig over en spiseforstyrrelse, og hvordan kan en belysning af disse betydninger relateres til, at mange ikke bliver raske fra en spiseforstyrrelse?

- Hvad vil det sige at være hhv. syg med/rask fra en spiseforstyrrelse, og hvordan kan begrebet 'recovery' bruges til at forstå processen og tilstanden 'rask'?
- Hvilke muligheder og begrænsninger har personer, der kan defineres som recoverede fra en spiseforstyrrelse, oplevet i forbindelse med at komme sig over en spiseforstyrrelse, og hvilken betydning har det haft for deres tanker, følelser og handlinger?
- Hvordan kan relationen mellem subjektive og objektive forståelser af 'spiseforstyrrelse' og 'rask fra en spiseforstyrrelse' forstås i et socialpsykologisk lys?

Ønsket med denne specialeafhandling er en udvidet forståelse af recovery fra spiseforstyrrelser, der på sigt kan bidrage til, at flere bliver raske fra en spiseforstyrrelse.

1.3 Afgrænsning og samarbejde

Der kan være mange årsager til, at der ikke er flere, der bliver raske fra en spiseforstyrrelse. Formålet med undersøgelsen er hverken en direkte kritik af psykiatrien eller et bud på bedre behandlingsmetoder. Ved at tage udgangspunkt i et retrospektivt førstepersonsperspektiv afgrænser opgaven sig samtidig fra andre oplagte perspektiver; fx pårørende, behandlere og personer, der er *under behandling* for en spiseforstyrrelse. Selvom disse perspektiver er relevante, kan afhandlingen ikke afdække et totalt genstandsfelt, hvorfor der er taget nogle konkrete til- og fravalg. Dette kaldes *metodisk reduktionisme*, og er ifølge psykolog og videnskabsfilosof Simo Køppe en forudsætning for videnskabelig erkendelse (Køppe 2008: 16). Trods eksisterende forskning har peget på bl.a. komorbiditet, personlighedstræk samt biologiske, kognitive og adfærdspsykologiske aspekter som relevante for recovery (Sundhedsstyrelsen 2005: 25), afgrænser afhandlingens undersøgelse sig metodisk reduktivt fra disse. Undersøgelsen baserer sig primært på diagnoserne *anorexia nervosa* [AN], *bulimia nervosa* [BN], *binge eating disorder* [BED] og atypiske afarter heraf. Der afgrænses fra fx ortoreksi, megareksi, tvangstræning mfl.

Problemstillingen undersøges i samarbejde med Forskningsenheden for spiseforstyrrelser på Psykiatrisk Center Ballerup [PCB], som er Region Hovedstadens samlede enhed for behandling af voksne med spiseforstyrrelser. Med fælles interesse for genstandsfeltet har forskningsenheden fungeret som en kontinuerlig sparringspartner. Desuden samarbejdes med Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade [LMS], som bl.a. har hjulpet med søgningen af informanter.

1.4 Begrebsafklarende introduktion til feltet

Sundhed og sygdom er en basal del af menneskets hverdagsliv og har stor betydning for individers aktivitet, handlen og velbefindende. Dog er forståelsen af begreberne *sygdom* og *sundhed* varierende efter tid, sted, fagfelt og forskningstradition (Friis-Hasché 2013: 25). En dagligt brugt vending fra hverdagslivet om sundhed er ”frisk og rask”. På den måde er begreberne *sundhed* og *rask* tæt forbundet (ibid.: 26). Ifølge den danske etnolog Lene Otto kan sundhedsbegrebet overordnet betegnes som dualistisk fordelt på 1) en fysisk forståelse om fravær af sygdom og 2) en psykisk forståelse om livskvalitet og velvære. Historisk har sundhedsbegrebet i sundhedsvæsenet primært været knyttet til en fysisk forståelse (Otto 2009: 37,53). Ligesom sygdom og sundhed er *spiseforstyrrelser* og *recovery*

komplekse og dynamiske begreber og fænomener, som derfor kort introduceres i denne kombinerede begrebsafklaring og introduktion til feltet.

1.4.1 Spiseforstyrrelser

Forstyrret spiseadfærd er kendt helt tilbage fra antikken og højmiddelalderen, men blev først i 1873 defineret som en psykisk lidelse og navngivet AN. BN kan som fænomen spores tilbage til starten af 1900-tallet, og et symptom mønster blev identificeret i 1970'erne (Lunn et al. 2010: 17-21).

Spiseforstyrrelser inddeles grundlæggende i tre kategorier: AN, BN og BED. Derudover findes flere atypiske spiseforstyrrelser, heriblandt atypisk AN og atypisk BN. Fælles for de tre overordnede spiseforstyrrelser er et stærkt ønske om vægtreducing (ibid.: 15).

For at kunne få offentlig behandling for en spiseforstyrrelse er det en strukturel betingelse, at man er diagnosticeret. I Danmark benytter man WHO's diagnosesystem ICD [International Classification of Diseases]. ICD-10 er den tiende og nuværende udgave af diagnosesystemet, som senest blev revideret i 1992 (Sundhedsstyrelsen 2005: 20). Den specifikke ordlyd af de kliniske diagnosekriterier for AN er:

AN (ICD-10)

- a) Kropsvægten holdes mindst 15% under den forventede vægt eller BMI < 17,5 kg/m².
- b) Vægttabet er selvinduceret ved at undgå "fedende mad".
- c) Patienten har et forvrænget kropsbillede i form af en specifik psykopatologi, hvor frygten for fedme er en påtrængende, overlødig idé og patienten påtvinger sig selv en lav væggtærskel.
- d) Endokrine forstyrrelser [...]. Hos kvinder indebærer dette amenorré, hos mænd manglende seksuel interesse og potens.
- e) Ved præpubertal debut forsinkes eller standser pubertetsudviklingen.

(Sundhedsstyrelsen 2005: 21)

Der har i mange år været en ellefte udgave på vej [ICD-11], som i Danmark først forventes at træde i kraft i januar 2022 (LMS 2019c). I ICD-11 er vægtkriteriet for BMI reguleret fra < 17,5 til < 18,5

og kriteriet om endoktrinforstyrrelse (bl.a. fravær af menstruation) er fjernet (ibid.). I ICD-11 er grænserne for diagnosticering altså udvidede. De nuværende diagnosekriterier for BN er:

BN (ICD-10)

- a) Der forekommer vedvarende optagethed af spisning og en uimodståelig trang til mad. Patienten bukker under for episoder med overspisning, hvor store mængder mad konsumeres inden for en kort tidsperiode.
- b) Patienten forsøger at modvirke madens fedende effekt ved en eller flere af følgende metoder: selvinduceret opkastning, misbrug af afføringsmidler, fasteperioder, anvendelse af appetithæmmende midler [...].
- c) Psykopatologien består i en morbid frygt for fedme, og patienten pålægger sig selv en skarpt defineret væggtærskel langt under den præmorbid vægt. Der ses ofte en historie med en tidligere episode med AN, hvor intervallet mellem de to forstyrrelser kan variere fra måneder til år.

BN (ICD-10 forskningskriterier):

- a) Overspisningsanfald > 2 gange ugentligt i 3 måneder.

(Sundhedsstyrelsen 2005: 21)

Ifølge Sundhedsstyrelsen arbejder nogle behandlingssteder ud fra de forskningsmæssige kriterier, hvorfor jeg har inkluderet et af disse punkter. I ICD-10 findes ligeledes diagnoser for atypisk AN og atypisk BN, men er ikke yderligere specificeret i Sundhedsstyrelsens rapport (2005: 21-22). BED bliver først anerkendt som psykisk diagnose i DCI-11.

Som *disponerende faktorer* for spiseforstyrrelser nævner Sundhedsstyrelsen (2005) genetik og personlighedstræk, dysfunktionelle familieforhold og sociokulturelle faktorer som fx madkultur og øget kropsdisciplin, hvor kroppen i højere grad er blevet udtryk for identitet (ibid.: 31). Her tilføjer Hecht og Schousboe desuden øget *individualisme* i samfundet (Hecht & Schousboe 2012: 29). *Udløsende faktorer* defineres som konflikter, tab, svigt, skiftende livssituation, aktuelle traumer mm. (Sundhedsstyrelsen 2005: 32). *Vedligeholdende faktorer* kan være omgivers reaktion på spiseforstyrrelsen, spiseforstyrrelsens funktion som følelsesregulerende, og div. fysiologiske symptomer (ibid.: 33).

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2005) er tidlig behandling befordrende for at opnå helbredelse fra en spiseforstyrrelse. Men da de berørte sjældent på eget initiativ opsøger behandling, tilskrives pårørende, sundhedsplejersker, læger, lærere, sportstrænere mfl. en vigtig rolle i forhold til tidlig opsporing. Derfor påpeges befolkningens viden om spiseforstyrrelser som vigtig (ibid.: 118).

1.4.2 Recovery

Recovery er både et begreb og et engelsk hverdagsord, der angiver en proces: "...the process of becoming well again after an illness or injury" (Cambridge Dictionary 2020). Som begreb forudsætter *recovery*, at man tidligere har haft en sygdom, og er derfor ikke det samme som ordet 'rask'. På dansk oversættes *recovery* til 'at komme sig' eller 'rask fra', men bruges ofte i sin engelske form (Jakobsen 2004).

Den amerikanske psykolog William Anthony var en af de første til at sætte *recovery* fra psykiske lidelser på dagsordenen. Anthony definerer *recovery* som en personlig og unik rejse til et meningsfuldt liv med eller uden symptomer (Anthony 1993: 4). I klinisk og forskningsmæssigt arbejde er begrebet imidlertid blevet gjort mere målbart, og kan inden for spiseforstyrrelser bl.a. inddeles i tre: *Biologisk recovery* (normalvægt og regelmæssig menstruation), *adfærdsmæssig recovery* (regelmæssig og normal spiseadfærd), samt *kognitiv recovery* (fravær af forstyrret kropsbillede samt angst for vægtøgning mm.) (Bachner-Melman, Zohar & Ebstein 2006). Dog er kriterierne varierende fra studie til studie, hvorfor der på baggrund af et omfattende litteraturstudie (Khalsa et al. 2017), er blevet foreslået en standardiseret definition af *recovery* fra spiseforstyrrelser. I den standardiserede model bliver *recovery* delt op i *delvis recovery* og *fuld recovery*:

Illness status	BMI criteria	Symptoms	Behaviors	Scales	Duration
Full recovery	BMI \geq 20 or \geq 90% ideal body weight	No significant fear of gaining weight or disturbance in body image	No restricting, bingeing, or purging	EDE within 1 SD of normal	12 months
Partial recovery	BMI \geq 19 or \geq 85% ideal body weight	No significant fear of gaining weight or disturbance in body image	No restricting, bingeing, or purging	EDE within 1.5 SD of normal	6 months

(Udklip af definitionsmodel, Khalsa et al. 2017: 8).

Ved *fuld recovery* skal følgende kriterier have været opfyldt i min. 12 måneder; BMI på min. 20. Ingen tegn på forstyrret kropsbillede, ingen signifikant frygt for at tage på, ingen restriktiv spisning, overspisning eller opkastning, samt en standard for kognitive kriterier målt via testen EDE-Q [Eating Disorder Examination-Questionnaire]. Ved *delvis recovery* skal kriterierne kun have været opfyldt i 6 måneder, BMI må ligge ned til 19, og standarden for EDE-Q er udvidet (ibid.: 8). I forskningsenheden for spiseforstyrrelser på PCB er det generelt denne definition af recovery, der tages udgangspunkt i, hvorfor kriterierne vil være det inspirerende udgangspunkt for afhandlingens søgning af informanter.

Dog vil jeg ligeledes være opmærksom på andre definitioner af recovery, hvor den norske psykiater Finn Skårderud fx mener, at det er den berørte selv, der afgør, hvornår han/hun er rask (Skårderud, 2001: 254), og at rask kan risikere at blive et nyt imperativ. - Et præstationskrav, der bliver pålagt individet, og som kan være svært for den enkelte at leve op til. Samtidig mener han, at det er problematisk, hvis andre erklærer nogen rask på baggrund af ydre symptomer, men at personen fortsat føler sig dårligt tilpas indvendigt (ibid.).

1.5 Rapportens opbygning

I **litteraturreviewet** undersøges eksisterende forskning om recovery fra spiseforstyrrelser i et førstepersonsperspektiv med henblik på et solidt fundament for videre forskning. I **metode** afsnittet udfoldes undersøgelsesdesignet for afhandlingens kvalitative metode, samt undersøgelsens etiske retningslinjer og første bearbejdning af empirien. I afsnittet om **videnskabsteori** diskuteres de to anvendte teories metateoretiske ståsteder, hvortil der fra et eklektisk udgangspunkt tages stilling til afhandlingens egne positioner. I afsnittet om **teori** udfoldes udvalgte begreber indenfor kritisk psykologi med henblik på at forstå individets handlinger i en kontekst, samt begreber af Michel Foucault for at forstå recovery i relation til samfundsstrukturer. Sidst i afsnittet præsenteres afhandlingens teoretisk funderede analysemetode. I **analysen** fremanalyseres hvilke betingelser informanterne oplever som betydningsfulde og begrundende for recovery. I **diskussionen** vil fremanalysede pointer blive diskuteret i teoretisk perspektiv med inddragelse af afhandlingens indledende afsnit og litteraturreview. **Konklusionen** vil med udgangspunkt i praksisforskningens begreb *gældelighed* præsentere undersøgelsens fremtrædende pointer, der er eller kan gøre sig gældende

i social praksis. Slutteligt kaster **perspektiveringen** lys over konklusionens teoretiske og metodiske oplæg, samt dens samfundsmæssige og praksisrelaterede implikationer.

2. Litteraturreview

Med henblik på en velfunderet projektundersøgelse undersøgte eksisterende forskning af recovery fra spiseforstyrrelser via et litteraturreview.

2.1 Søgeresultater

Selve processen for søgestrategi, inklusionskriterier og udvælgelse af artikler kan læses i bilag A. På baggrund af en grundig litteratursøgning blev i alt 16 artikler udvalgt og indsat i skematisk oversigt på næste side.

Hvor indeværende afhandling undersøger personer, der kan defineres som recoverede fra hhv. AN, BN og BED, har seks af de fundne studier udelukkende fokus på *enten* AN eller BN. Ingen har fokus på BED. Faktisk lever kun syv af studierne fuldt op til de inklusions- og eksklusionskriterier, der er sat for reviewet (bilag A). Ud af de syv studier er kun to fra Europa, og kun et af dem er fra Norden. Der blev i søgningen ikke fundet nogle danske studier på feltet. Et omfattende systematisk litteraturreview fra 2017 (Vos et al.) fandt heller ingen danske studier om recovery fra spiseforstyrrelser i et førstepersonsperspektiv.

Litteratursøgning - overblik over udvalgte artikler

Antal	Årstal	Forfatter	Titel	Land	Sygdom	Informanter	Metode	Perspektiv	Alder	Tema	Fokus
1	2018	Morgan C. L.	Dimensions of diversity in sustained eating disorder recovery in females: A study of the predictive power of hope, resilience, and spirituality.	US	ED	Mænd og kvinder (160)	Kvantitative interviews	Recoverede patienter	fra 18 år	"This dissertation quantitatively examined the effects of hope, resilience, and spirituality on recovery among a diverse group of females with a previous diagnosis of an eating disorder."	Håb, resiliens, spiritualitet
2	2017	Vos J. A., LaMarre A., Radstaak M., Bijkerk C. A., Bohlmeijer E. T. & Westerhof G. J.	Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: A systematic review and qualitative meta-analysis.	På tværs af lande	ED	Mænd og kvinder (186)	Systematisk review. Kvalitativ metaanalyse	Recoverede patienter		"The aim of this study was to identify fundamental criteria for eating disorder recovery according to recovered individuals"	Åbent
3	2016	Espel H. M., Goldstein S. P., Manasse S. M & Juarascio A. S.	Experiential acceptance, motivation for recovery, and treatment outcome in eating disorders	US	ED	Kvinder (52)	Kvantitative interviews	Recoverede patienter	fra 18 år	"This study sought to test whether the relationship between experiential acceptance (EA) and treatment outcome among eating disorder (ED) patients was mediated by motivation"	Motivation
4	2016	Biasseti A. S.	Broken into life: A grounded theory on the role of self-compassion in eating disorder recovery.	US	ED	Kvinder (21)	Kvalitative interviews	Fuldt recoverede patienter	fra 18 år	Undersøger self-compassions rolle i helbredelse	Self-compassion
5	2014	Dawson L., Rhodes P. & Touyz S.	"Doing the Impossible": The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa	Australien	AN	Kvinder (8)	Kvalitative interviews	Fuldt recoverede patienter	fra 18 år	"In this study, we aimed to explore the process of recovery over time from the perspective of those who had fully recovered from chronic anorexia nervosa (AN), using stringent recovery criteria"	Åbent
6	2014	Lindgren B-M., Enmark A., Bohman A. & Lundström M.	A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa	Sverige	BN	Kvinder (5)	Kvalitative interviews	Recoverede patienter	fra 18 år	"To describe experiences of recovery from bulimia nervosa among young adult women."	Åbent
7	2012	Bowlby C. G. A., Hall T. L., Lewis M. E. & Willingham M. M.	Recovered professionals exploring eating disorder recovery: A qualitative investigation of meaning.	US	ED	Kvinder (13)	Kvalitative interviews	Recoverede patienter (som nu også er professionelle i feltet)	fra 18 år	"In this study we examine how recovery is viewed among professionals in the clinical treatment field of eating disorders with a personal history of an eating disorder"	Åbent
8	2012	Linville D., Brown T., Sturm K. & McDougal T.	Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals	US	ED	Kvinder (22)	Kvalitative interviews	Recoverede patienter	fra 23 år	"For this qualitative study, we examined how social supports were helpful and hurtful during the eating disorder recovery process and learned about varying experiences with social supports from the perspectives of 22 recovered women"	Social støtte
9	2011	Jenkins J. & Ogden J.	Becoming 'Whole' Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa	UK	ED	Kvinder (15)	Kvalitative telefoninterviews	Recoverede og ikke-recoverede patienter	fra 18 år	"This study explored how women made sense of their recovery from Anorexia Nervosa (AN)"	Åbent
10	2008	Federici A. & Kaplan A. S.	The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study	Canada	ED	Kvinder (15)	Kvalitative interviews	Vægt-recoverede patienter	fra 18 år	"The purpose of this study was to explore the subjective accounts of weight-recovered female patients, who met DSMIV criteria for anorexia nervosa (AN), regarding their views of their illness following weight restoration."	Åbent
11	2006	Nilsson K. & Hägglöf B.	Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa	Sverige	AN	Kvinder (58)	Kvalitative interviews	Recoverede patienter	Adolescents	"The aim of this qualitative study was to describe the patients' perspective of the recovery process from anorexia nervosa."	Vendepunkt
12	2005	Lamoureux M. M. & Bortoff J. L.	Becoming the Real Me": Recovering from Anorexia Nervosa	Canada	AN	Kvinder (9)	Kvalitative interviews	Recoverede patienter	fra 18 år	"We investigated the process of recovery from anorexia nervosa using grounded theory"	Åbent
13	2005	Weaver K., Wuest J. & Ciliiska D.	Understanding Women's Journey of Recovering From Anorexia Nervosa	Canada	AN	Kvinder (12)	Kvalitative interviews	Recoverede patienter	fra 14 år	"In this feminist grounded theory study, the authors explored the perceptions of 12 women who considered themselves recovered or recovering from AN."	Åbent
14	2002	Tozzi F., Sullivan P. F., Fear J. L., McKenzie J. & Bulik C. M.	Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective	New Zealand	AN	Kvinder (70)	Case- kontrol studie	Recoverede patienter (10 % ikke recoverede)		Undersøger årsager til sygdom og helbredelse. "Explored anorexic patients' subjective accounts of the causes of their anorexia and of the factors that fostered recovery."	Åbent
15	2002	Pettersen G. & Rosenvinge J. H.	Improvement and Recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective	Norge	ED	Kvinder (46)	Kvalitative interviews + survey	Patienter i recovery (ikke recoverede)	fra 18 år	"This study presents a patient perspective on improvement and recovery from eating disorders."	Åbent
16	2016	Las Hayas C., Padierna J. A., Munoz P., Aguirre M., del Barrio A. G., Beato-Fernandez L. & Calvete E.	Resilience in eating disorders: A qualitative study.	Spanien	ED	Kvinder (10)(5)(8)	Kvalitative interviews + fokusgruppinterviews	Recoverede patienter + caregivers + klinisk personale	fra 18 år	"The objectives of the authors in this study were two-fold: (1) to explore the role of resilience in recovery from eating disorders (EDs), and (2) to develop a model of resilience in women with EDs."	Resiliens

2.2 Sammenfatning og analyse

Trods forskel i sammenlignelighed blev alle 16 udvalgte artikler inddraget i reviewet for at få en bred viden om årsager til recovery. Efter gennemlæsning kunne det konstateres, at artiklerne ser recovery fra spiseforstyrrelser som en kompleks, omfattende og ikke-lineær proces (e.g. Bowlby et al. 2012: 5). For at danne et overblik over eksisterende definerede årsager til recovery, blev artiklernes angivne årsager sat ind i et skema og krydstjekket. Herefter blev lignende årsager med forskellig ordlyd flettet sammen fra 32 til 18 årsager (bilag B). Herunder vil nogle af pointerne blive sammenfattet.

Motivation i form af at føle sig klar til ændring bliver af flere studier (eg. Pettersen & Rosenvinge 2002) sat i forbindelse med oplevelsen af et vendepunkt. Et sådant vendepunkt kunne bl.a. opleves i sammenhæng med sygdomsindsigt at se spiseforstyrrelsens alvor, at have fået nok af spiseforstyrrelsen, et ønske om et bedre liv og positive livsbegivenheder som fx at komme i behandling, flytte hjemmefra, få en kæreste, få børn, samt starte nye aktiviteter (Pettersen & Rosenvinge 2002: 67; Nilsson & Hägglöf 2006: 308). “Perhaps the combination of treatment and influential life events is the most powerful catalyst in the recovery process.” (ibid.: 310).

Positive livsbegivenheder hænger i mange tilfælde sammen med sociale relationer. Støtte fra nære sociale relationer er en af de faktorer, flere studier (eg. Linville et al. 2012) vægter højt i forhold til recovery. I behandlingsregi var hjælpsomme oplevelser stærkt relateret til et godt forhold til behandlerne, hvor patienterne følte sig respekteret, set, hørt og forstået (Pettersen & Rosenvinge 2002: 66).

Fem af de udvalgte studier har inddelt årsager til recovery i forskellige faser. Faserne i de fem studier kan tilnærmelsesvis sammenlignes, idet jeg via et skema har holdt dem op mod hinanden (bilag C). For at danne et samlet overblik over faserne, har jeg heraf sammenfattet dem i én ny model:

Samlet model for definerede faser i recovery processen

1	Ikke klar til ændring
2	Vendepunkt: Sygdomsindsigt, se alvoren, have fået nok af spiseforstyrrelsen
3	Aktiv handling: Åbne op for andre, tage imod/bede om hjælp, reducere symptomer
4	Selvrefleksion: Føle sig værdig til at hele, øget selvværd og selvkærlighed

Det, der er iøjnefaldende ved denne model, er, at den kun er baseret på indre omstændigheder, hvor individet ses som autonomt og handlinger ikke ses i kontekst af hverken sociale eller strukturelle betingelser. Ud af de fem studier inddrager kun Dawson et al. (2014) ydre omstændigheder i hhv. fase 1 og 2 defineret ved hhv. ”misforstået af andre” og ”forstået af andre”.

2.3 Konklusion af litteraturreview

Litteraturreviewet giver et klart billede af recovery fra spiseforstyrrelser som en lang og kompleks proces, hvor mange forskelligartede årsager kan spille ind. Disse årsager kan sammenfattes til 18 overordnede årsager (bilag B). Dog er der endnu ikke foretaget nogle studier, der undersøger problemstillingen i en dansk kontekst. Endvidere påpeger flere studier:

It remains inconclusive which recovery criteria should be considered as fundamental. We argue that knowledge from individuals who have recovered from an ED should be leading and incorporated into the establishment of fundamental criteria for recovery. (Vos et al. 2017: 3)

Helt konkret vil litteraturreviewets kategorisering af 18 definerede årsager blive brugt som praktisk øvelse i frembringelsen af empiri (bilag F). Dette vil blive nærmere beskrevet i afhandlingens metodeafsnit. Fokus i de 16 artikler har været fordelt på både individuelle og sociale forhold og betingelser for recovery fra spiseforstyrrelser. Dog har ingen af artiklerne haft fokus på mere

kulturelle og samfundsmæssige betingelser. Ved at tage udgangspunkt i eksisterende forskning på området har afhandlingen mulighed for mere dybdegående at undersøge *hvorfor* årsager til recovery er befordrende/begrænsende, fremfor at definere *hvilke* årsager. Hvad er det fx ved livsbegivenheder, der gør individet motiveret? Hvad er det ved støttende relationer, der virker helende? Og hvilke muligheder og begrænsninger er der for at opleve at blive hhv. respekteret, hørt og forstået i behandlingsregi?

3. Metode

I dette afsnit vil der blive redegjort for de overvejelser, der har været i forbindelse med frembringelsen af undersøgelsens empiri. Afsnittet er primært skrevet med udgangspunkt i bogen ”Interview” (2009) af den norske professor i pædagogisk psykologi Steinar Kvale og den danske professor i psykologi Svend Brinkmann.

3.1 Metodevalg og fravalg

I forbindelse indsamlingen af empiri var det nærliggende at vælge en kvalitativ metode, der kunne bidrage til en dybdegående forståelse af recoveredes personers hverdagslige oplevelser ifm. deres bedrings-proces. Derfor faldt valget på *semi-strukturerede livsverdensinterviews*, som lægger sig op ad en fænomenologisk videnskabsteori (Kvale & Brinkmann 2009: 17). Da der imidlertid viste sig at være mange interesserede interviewdeltagere, blev det overvejet, hvorvidt det var muligt i stedet at lave *fokusgruppeinterview*, hvor mange forskellige perspektiver på samme temaer i højere grad kunne belyses (ibid.: 170). Dette blev dog fravalgt pga. afhandlingens fokus på *subjektive* betydninger og begrundelser for recovery fremfor *diskursive formationer* af betydningerne. For at kunne sammenligne informanternes subjektive forståelser af sig selv som recoveredes i henhold til standardiserede kriterier, blev det jf. Khalsa et al. desuden overvejet at metodetriangulere med en EDE-Q spørgeskemaundersøgelse. Dette blev dog fravalgt for at holde undersøgelsens fokus på at *forstå* fremfor at *forklare* tilstanden rask.

3.2 Udvælgelse af informanter

Det blev besluttet at lave fire til seks semistrukturerede livsverdensinterview alt efter hvor mange informanter, det var muligt at rekruttere. Forud for søgningen af informanter, blev der, bl.a. på baggrund af afhandlingens litteraturreview og definition af recovery-begrebet, vedtaget følgende brede inklusionskriterier:

Inklusionskriterier	
Alder	Voksne fra 18 år
Køn	Alle ok
Type spiseforstyrrelse	Alle ok (AN, BN, BED, samt atypiske)
Sygdomslængde	Alle ok
Behandlingssted	Alle ok inkl. intet behandlingssted
Rehabiliteringsform	Alle ok inkl. ingen behandling/ selvhelbredelse
Tid siden recovery	Min. 12 måneder (jf. Khalsa et al., årstal)
Raskhedskriterier	Defineret ud fra Khalsa et al. (beskrevet i begrebsafklaring)
Bopæl	Danmark
Beskæftigelse	Alle ok
Uddannelsesniveau	Alle ok

Eftersom PCB ikke selv har kontakt til udskrevne patienter, foregik søgningen af informanter i samarbejde med LMS, som har flere kanaler og platforme, der er relevante i søgningen af informanter. Bl.a. var det en overvejelse at finde informanterne blandt LMS' frivillige, hvor mange selv har haft en spiseforstyrrelse, hvilket dog blev fravalgt i ønsket om en mere heterogen informantgruppe. I stedet blev det aftalt at skrive et opslag i LMS' Facebookgruppe, som har 10.830 følgere. Herunder ses opslaget:



Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade

27. februar kl. 07.00 · 🌐



Har du tidligere haft en spiseforstyrrelse, men er nu blevet rask? Og har du lyst til at bidrage til mere viden omkring recovery fra spiseforstyrrelser? ❤️

Så er det dig, vi søger i forskningsenheden for spiseforstyrrelser på Psykiatrisk Center Ballerup, hvor vi, i samarbejde med LMS, lige nu er i gang med en større undersøgelse om recovery. Formålet med vores forskning er at øge forståelsen af, hvordan man bliver rask efter at have haft en spiseforstyrrelse, herunder processen til at blive helbredt. Vi håber derved på sigt at forbedre livskvaliteten og behandlingsmulighederne af patienter med en spiseforstyrrelse.

Vi vil derfor gerne invitere dig til et individuelt interview om din oplevelse af din recoveryprocess, og hvad der har hjulpet dig til at blive rask. Interviewet vil tage ca. en time, og vil foregå på enten LMS' sekretariat i Valby eller på Psykiatrisk Center Ballerup.

Kriterier for deltagelse:

- Du har tidligere haft en spiseforstyrrelse, men definerer nu dig selv som rask
- Du spiser hverken restriktivt, har overspisninger eller opkastninger
- Ovenstående kriterier har været gældende i min. 12 måneder

Hvis du synes, det lyder interessant, og ønsker du at høre mere om eventuel deltagelse, bedes du kontakte specialestuderende ved forskningsenheden på Psykiatrisk Center Ballerup, Tine Pohl på e-mail: tine.pohl@regionh.dk / tlf.: 25390509 eller forskningssygeplejerske Thea Stine Lokind på e-mail: thea.stine.lokind@regionh.dk / tlf.: 92434667.



64

20 kommentarer 14 delinger

(Opslag i LMS' Facebookgruppe)

Teksten i opslaget er en revideret udgave. I den oprindelige tekst indgik kriteriet: ”- Dit BMI ligger over 20”. Dog modtog opslaget hurtigt mange kommentarer fra brugere, der stillede sig kritiske over for BMI som raskhedskriterie. Der viste sig altså her en tydelig diskrepans mellem standardiserede recovery-kriterier og nogle brugeres egen forståelse af raskhed. Eftersom det er brugerne, der anses som eksperterne i denne undersøgelse, blev kritikken taget alvorligt, kriteriet blev slettet og undersøgelsen blev åbnet op for, at informanter med BMI > 20 kunne deltage. I alt 17 personer meldte sig. De mange interesserede åbnede op for en 2. screeningsrunde, hvor det var muligt at spørge ind til bl.a. alder, bopæl, beskæftigelse, type af spiseforstyrrelse, samt varighed af sygdoms- og raskhedsperiode (bilag D). Samtidig fik de 17 interesserede tilsendt en mail med yderligere information om undersøgelsen (bilag E). 14 personer meldte tilbage, hvoraf jeg ud fra de

selvrapporterede oplysninger søgte at sammensætte en heterogen informantgruppe. Således blev der udvalgt seks informanter i alderen 23 til 41 år, hvoraf fem er kvinder, og én person har en non-binær kønsidentitet² (ingen mænd meldte sig). De repræsenterede spiseforstyrrelses-typer er AN, BN og atypisk AN/BN (ingen med BED meldte sig). De repræsenterede sygdomslængder varierer fra 4-20 år, og raskhedsperioderne varierer fra 1-10 år. Ved retrospektive interviews om oplevelser op til ti år tilbage i tiden kan informanternes hukommelse være et bias ved undersøgelsen. Dette er noget flere informanter dog også selv er opmærksomme på ved fx at tilføje ”som jeg husker det” til deres fortællinger.

3.3 Udførelse af interviews

Alt efter informantens præference, skulle de kvalitative interviews have været afholdt i enten LMS' sekretariat i Valby eller på PCB i Ballerup. Grundet lockdown i forbindelse med COVID-19, var det imidlertid ikke længere en mulighed. For at overholde regeringens anvisninger blev det besluttet at afholde interviewene som virtuelle videoopkald. Denne form for interview var i første omgang blevet fravalgt, da et videointerview svært lever op til det nærvær Kvale og Brinkmann tilskriver et godt interview (Kvale & Brinkmann 2009: 169). I takt med udviklingen af virtuel kommunikation, har forskning imidlertid fået et mere fleksibelt syn på social tilstedeværelse (Cui, Lockee & Meng 2012: 667). Og selvom kvaliteten af videointerviews vurderes som ringere end fysiske interviews (Basch et al. 2020), kan der fortsat aflæses ansigtsmimik og kropslig gestus (Kvale & Brinkmann 2009: 47). En af fordelene ved et virtuelt interview er, at informanten kan sidde i hjemlige omgivelser, hvilket kan understøtte en tryk interviewsituation (ibid.: 322). For at bekræfte aftalen og yderligere bidrage til en afslappet stemning (ibid.: 111) skrev jeg 30 min. forud for interviewet, at man var meget velkommen til at lave sig en kop te eller kaffe til interviewet. Ved etablering af virtuel kontakt, indledtes samtalen med lidt smalltalk inden interviewets *briefing* (ibid.: 149). I briefinggen præsenterede jeg mig selv, gennemgik det informerede samtykke (bilag E), fortalte om formål og rammer samt afklarede eventuelle spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009: 149). Der var sat ca. en time af til interviewet for at have god tid til, at informanten kunne udfolde sine oplevelser (ibid.: 26, 50). Efter interviewet, fulgte en *debriefing*, hvor informanten fik mulighed for at tilføje kommentarer og blev takket for sin deltagelse (ibid.: 149).

² Hverken mand eller kvinde (lgbt.dk).

3.4 Udformning af interviewguide

Som forberedelse til interviewet blev der udformet en interviewguide, som følger formen for det semistrukturerede interview, hvor der både er plads til uddybning af udsagn samt udforskning af spontant opstående emner (Kvale & Brinkmann 2009: 49, 155). Interviewguiden fungerede således ikke som et fastlagt manuskript, men som en huskeseddel med relevante spørgsmål. Interviewguiden er delt ind i tre forskellige kolonner. Venstre kolonne angiver interviewets tematiske *forskningsspørgsmål*, som tager udgangspunkt i afhandlingens problemformulering (ibid.: 155). Midterste kolonne angiver den metodiske dimension, altså *type interviewspørgsmål*. Især benyttes *indledende-, specificerende-, sonderende- og direkte spørgsmål*. Højre kolonne angiver de konkrete *interviewspørgsmål*, som er formuleret i et hverdagsprog med henblik på *dynamiske* interview-flow (ibid.: 152-156). I tilfælde af tidsmangel prioriteredes indledende og direkte spørgsmål. Nedenstående tabel eksemplificerer interviewguidens struktur:

Forskningsspørgsmål	Metode (type spørgsmål)	Interviewspørgsmål
Hvilke erfaringer har nogle recoverede personer med at blive raske efter en spiseforstyrrelse, og hvad oplever de har været særligt medvirkende til, at de blev raske?	Indledende Sonderende/ specificerende	Vil du fortælle om, hvordan du blev rask? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan startede din proces med at blive rask? - Hvad har været det vigtigste eller mest hjælpsomme i forhold til at du blev rask? - Hvad har været det sværeste i din proces for at blive rask? - Hvor lang tid tog det at blive rask?
Hvad vil det sige at blive rask efter en spiseforstyrrelse/ opnå recovery?	Direkte Sonderende/ Specificerende	Hvornår følte du dig rask efter at have været syg? <ul style="list-style-type: none"> - Hvad er det, der gør, at du definerer dig selv som rask? - Hvordan er dine nuværende tanker om dig selv, din krop og det, du spiser? - Hvor længe har du været rask?

(Udsnit af interviewguide. Se hele interviewguide i bilag F).

Udover afhandlingens forskningsspørgsmål blev interviewspørgsmålene udformet med inspiration fra interviewspørgsmålene i hhv. studiet af Nilsson og Hägglöf (2005: 37) og Bowlby et al. (2012: 4), samt sparring med LMS. Som opfordring til metodisk kreativitet skriver kommunikationsforsker Christine H. Pedersen om brug af øvelser i interviews (Pedersen 2004). Inspireret af Pedersen valgte

jeg at udforme en øvelse til interviewet, som skulle bidrage til at udvide forståelses- og kommunikationsrammen (ibid.: 41), samt aktivt benytte- og bygge videre på viden fra eksisterende forskning. Øvelsen indeholder 18 papkort med de kategorier, der i litteraturreviewet blev defineret som vigtige årsager til recovery (bilag G). På kortene står der således ”Motivation”, ”Terapi/behandling/indlæggelse”, ”Gode støttende relationer” osv. Desuden er der to blanke kort, så informanterne selv kunne finde på ord. Modificeret til virtuelt interview modtog informanten under interviewet en pdf-fil med kategorierne, og blev bedt om at vælge de ord, der resonerede med deres recovery-proces.

For kvalitetssikring er interviewguiden blevet læst igennem af en person fra mit netværk, der selv er recovered fra en spiseforstyrrelse. Tilmed blev interviewguiden rettet til undervejs i interviewprocessen både på baggrund af praktisk erfaring med spørgsmålene, men også ved at spørge informanterne til råds (Elsass & Lauritsen, 2006: 189). Fx var øvelsen med papkortene planlagt midt i interviewguiden, men i først foretagne interview valgte jeg intuitivt at vente med øvelsen. Til sidst indviede jeg informanten i min tvivl om, hvor i interviewet øvelsen fungerede bedst. Således endte øvelsen med at ligge sidst i interviewet, hvilket imødekommer, at informanternes fortællinger ikke bliver farvet af øvelsen, og at informanterne frem for undersøgelsesobjekter i stedet bliver inddraget som medforskere (Jartoft 1996: 206), der afslutningsvist hjælper med første bearbejdning af empirien ved at sætte deres oplevelser i perspektiv til eksisterende forskning.

3.5 Forskningsetik og kvalitet

Afhandlingens etiske retningslinjer er udarbejdet i henhold til National Videnskabsetisk Komité [NVK] bekendtgørelse, samt fire traditionelle etiske forskningstemaer; *informeret samtykke*, *fortrolighed*, *konsekvenser* og *forskerens rolle* (Brinkmann & Kvale 2008: 86-95). Således informeres der i afhandlingens samtykke om undersøgelsens formål og design, informantens anonymitet, rapportens tilgængelighed, samt informantens ret til at trække sig (ibid.: 89-90). Samtykket blev på forhånd sendt skriftligt til informanten og blev gennemgået mundtligt (NVK.dk 2019) inden interviewets start (Brinkmann & Kvale 2008: 89).

I henhold til informanternes ve og vel bør det overvejes hvilke *konsekvenser*, der kan være ved at deltage i undersøgelsen (ibid.: 92). Ved følsomme emner som at have en spiseforstyrrelse, er det bl.a. vigtigt ikke at overskride informantens grænser. Dette blev der taget højde for ved at understrege, at

informanten til hver en tid kunne undlade at svare. Desuden var jeg som interviewer opmærksom på balancen mellem at spørge dybt ind og samtidig være fintfølelse og respektfuld (ibid.). For at værne om informanterne blev der endvidere lovet fuld *fortrolighed* og anonymitet (ibid.: 91), hvorfor alle de lydoptagede interviews blev transskriberet (Bilag K-P), og lydfilerne derpå slettet (Kvale & Brinkmann 2009: 209). I transskriptionerne blev informanterne tildelt et pseudonymt navn og oplysninger af genkendelig karakter blev sløret (ibid.: 91).

Forskerens rolle indbefatter bl.a. et etisk ansvar over for *den videnskabelige kvalitet* af den viden, der bliver produceret, herunder at undersøgelsen så vidt muligt lever op til kriteriet om *uafhængig forskning* (ibid.). Ved uafhængig forskning forholder man sig som forsker med en professionel distance til vidensproduktionen og er opmærksom på, at undersøgelsens resultater hverken er påvirket af specifikke agendaer 'ovenfra' af interessenter eller 'nedefra' af informanter (ibid.: 93). Her har jeg bl.a. været opmærksom på ikke at lade afhandlingens *ideografiske* fokus påvirke af, at forskningsenheden på PCB lægger sig op ad en mere *nomotetiske* forskningstradition (PCB 2020). Ved en ideografisk tilgang forstås at være optaget af det individuelle, særlige og unikke ved individet som meningskabende væsen (Simonsen & Møhl 2017: 35), hvorimod en nomografisk tilgang i højere grad søger at bestemme hyppighed og lovmæssigheder (ibid.). Ved etnologiske undersøgelser, hvor forskeren har deltaget aktivt i felten over en længere periode, er der risiko for, at forskeren bliver så 'indfødt' og pådrager sig informanternes perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009: 93). At jeg som undersøgelsens forsker selv er recoveret fra en spiseforstyrrelse kan været således være et bias. Jeg hverken kan eller skal fjerne mig fra min forforståelse for feltet (ibid.: 109), men jeg kan være og er ekstra opmærksom på at forholde mig professionelt, reflekteret og åbent til både undersøgelsens empiri og teori uden at have en forudbestemt agenda for resultaterne. Min personlige indsigt i felten kan omvendt bidrage til forskningsmæssig kvalitet, idet jeg som 'indfødt' har en forståelse af problematikken indefra og dermed større mulighed for at få øje på subtile meninger (Bowlby et al. 2012: 1).

3.6 Transskription

Som beskrevet i foregående afsnit, blev transskriptionerne (bilag K-P) foretaget i overensstemmelse med Kvale og Brinkmanns etiske anbefalinger om fortrolighed (Kvale & Brinkmann 2009: 209). Selve transskriptionerne er udført i et læsevenligt sprog, i ønsket om at interviewene fremstår som;

”...en læseværdig historie om informanternes beretninger” (ibid.: 203). Hermed er fyldord som fx ”øh” og ”sådan” udeladt, hvor det ikke har en afgørende betydning for sætningens mening. Desuden er mine understøttende kommentarer som ”ja” og ”okay” udeladt. Dertil er benyttet almen procedure for skriftlig tegnsætning (ibid.: 204), hvor pauser angives ved punktum ”.” og en afbrudt sætning angives ved tre punktummer ”...”.

3.7 Bearbejdelse af empiri

Efter transskriberingen, som kan siges at være en del af første bearbejdning og fortolkning, valgte jeg at udføre en *første gennemlæsning* af empirien. Første gennemlæsning har til formål at skabe overblik over materialet med henblik på i et metaperspektiv at få øje på overordnede strukturer, samt bevare helheden i teksten, som ellers risikere at gå tabt (Gildberg 2018: 87-88). Helt konkret læste jeg empirien igennem med fokus på at identificere umiddelbare temaer ud fra spørgsmålet; ”Hvad handler dette overordnet om?” (ibid.). Som svar på spørgsmålet markerede jeg tekstpassager med tildeling af enkelte stikord, hvorefter jeg opsummerede handlingen i hvert interview (bilag H). Til sidst fandt jeg, på baggrund af opsummeringerne frem til seks overordnede temaer; ”Individets ansvar”, ”livets begivenheder”, ”sociale relationer”, ”behandlingssystemet”, ”samfundet generelt” og ”forståelse af spiseforstyrrelser” (bilag I). Ud fra denne manøvre valgte jeg afhandlingens teori.

4. Videnskabsteori

Følgende afsnit vedrører metateoretiske refleksioner over videnskabelige niveauer af den valgte teori i eklektisk samspil, afhandlingens ontologiske ståsted og erkendelsesinteresse, samt hvordan den epistemologiske dimension afspejler sig i metodevalget.

4.1 Eklektisk tilgang

For at kunne belyse et komplekst samfundsmæssigt og psykologisk fænomen som det *at blive rask fra en spiseforstyrrelse* er det nærliggende at benytte en *moderat eklekticisme*. Moderat eklekticisme vil sige at inddrage og kombinere forskellige teoretiske og/eller videnskabsteoretiske perspektiver selvom disse i andre sammenhænge er potentielt modstridende (Køppe 2008). Den moderate eklekticisme kommer bl.a. til udtryk idet afhandlingen er et tværvidenskabeligt speciale i disciplinerne psykologi og sundhedsfremme og sundhedsstrategier, som samtidig foregår i samarbejde med et helt tredje (tvær)videnskabeligt felt; psykiatrien. Videnskabelige felter som fra hver deres perspektiv kan bidrage med en forståelse. Således kan kompleksiteten i genstandsfeltet i højere grad bevares fremfor at blive forenklet (Christensen 2014: 34). Endvidere vil de to valgte teorier udgøre en eklekticisme.

4.2 Teoriernes bidrag i samspil

Afhandlingens teoretiske begreber er valgt på baggrund af de overordnede tematikker og problemstillinger, der kom til udtryk i *første gennemlæsning* af den frembragte empiri (bilag I). Teorivalget er altså overvejende empiri-styret, dog uden at være fri af mine forforståelser (Jartoft 1996: 188-189), herunder læsning af eksisterende forskning samt personlig erfaring med genstandsfeltet.

Først og fremmest har jeg valgt kritisk psykologi, som tilbyder et omfangsrigt begrebsapparat til at forstå individet i en hverdagslig kontekst med fokus på individniveauet (Jartoft 1996). Kritisk psykologi kan bidrage til en forståelse af psykologiske processer i genstandsfeltet ved at stille skarpt på de grunde, individer har til at handle (ibid.) enten opsøgende, fastholdende eller afgivende i forhold til en spiseforstyrrelse, samt hvorledes betingelser opleves som begrænsende og/eller muliggørende i en raskhedsproces.

For at tilføje et større makroperspektiv på problemstillingen end der tilbydes i den kritiske psykologi, samt et større fokus på diskursive forståelser og italesættelser, har jeg valgt at inddrage begreber af den franske filosof og idéhistoriker Michels Foucault. Heraf kan der ses på nogle af de diskursive forståelser, som spiseforstyrrelser er indlejret i, og som informanterne taler ind i.

Ved at vælge kritisk psykologi og foucauldianske begreber har jeg samtidig fravalgt andre relevante teorier, hvilket er med til at forme den viden, jeg skaber. Fx kunne den amerikanske sociolog og queer-teoretiker Judith Butler, som er inspireret af Foucault, med sin feministiske teori have bidraget til et kønsperspektiv, der især er relevant med tanke på den *kønnede* overvægt af kvinder med spiseforstyrrelser. Her kunne det være interessant at undersøge begrænsninger og muligheder for at blive rask ud fra at *performe* køn og dermed leve op til et bestemt kvindeligt kropsideal (Butler 1995). Dog var det ikke det kønnede perspektiv, der virkede som det mest fremtonende i første gennemlæsning af empirien. I stedet så jeg et større fokus på *normalitet* i et sygdomsperspektiv, som jeg fandt mere eksplicit udfoldet hos Foucault. Kulturpsykologen Jerome Bruner kunne endvidere have været et alternativ til kritisk psykologi, idet der også her er fokus på, hvilke meninger individet skaber og handler ud fra i sociale og kulturelle sammenhænge (Bruner 1999). Dog så jeg i kritisk psykologi et større forandringsperspektiv bl.a. via handleevne-begrebet, som jeg fandt relevant for problemstillingens dynamiske dimension: at *blive* rask.

De to udvalgte teorier kan placeres inden for det samfundsvidenskabelige paradigme, hvor genstandsfeltet kredser om menneskelige kollektiver og institutionelle forhold (Christensen 2014: 134-135). Kritisk psykologi placerer sig nærmere bestemt indenfor *socialpsykologien*, hvor genstandsfeltet indkredses til *individet i kollektivet*; herunder individets meninger, holdninger og adfærd i henhold til sociale og kulturelle faktorer (ibid.). Selvom Foucaults begreber oprindeligt set er sociologiske, bruges de i afhandlingen som socialpsykologiske begreber, idet de strukturelle betingelser hele tiden ses i relation til den subjektive betydning. I følgende afsnit vil jeg synliggøre væsentlige forskelle ved teorierne, og tage aktivt stilling til afhandlingens eget ståsted.

4.3 Erkendelsesinteresse

Afhandlingens genstandsfelt er *spiseforstyrrelser*, aktørerne i undersøgelsen er *personer, der kan defineres som recoverede fra en spiseforstyrrelse*, og erkendelsesinteressen er *processen* derimellem, altså en belysning

af de muligheder og begrænsninger, der opleves i forbindelse med at blive/føle sig rask fra en spiseforstyrrelse. Dette udgangspunkt kan umiddelbart sammenlignes med en kritisk teoretisk tilgang, der stræber efter at; "...identificere og dokumentere barrierer for humanisering og at undersøge, hvad der skal til for at bedre livsvilkårene for svagt stillede i samfundet." (Bilfeldt 2007: 122). Dog bruger jeg i stedet for *potentialer* og *barrierer*, den kritisk psykologiske formulering *muligheder* og *begrænsninger*, der med sin relation til subjektive betingelser og handlinger indikerer et større individfokus. Derudover ønsker jeg at bidrage til en øget *forståelse* for raskhed ifm. spiseforstyrrelser og ikke at "dokumentere barrierer".

I afhandlingens erkendelsesinteresse afslører der sig et *normativt begrundet ideal*; nemlig det at *blive/føle sig rask*. Både recovery-begrebet, der peger på muligheden for et godt liv *med* symptomer, og empirien, hvor flere informanter differentierer forståelsen af raskhed, har dog gjort mig opmærksom på ikke at godtage et sådant ideal uden kritisk refleksion. Derfor har jeg bl.a. inddraget Foucault, som den kritiske røst, idet han afviser enhver form for normativitet (Christensen 2014: 176). Hermed antydes en lettere poststrukturalistisk og kritisk dimension i opgavens tilgangsvinkel til strukturerende begreber og normative forestillinger, selvom problemstillingen er bundet op omkring et normativt ideal.

4.4 Subjekt-forståelse

Kritisk psykologi er en *kontekstualistisk* og *handlingsorienteret* psykologisk teori, præget af skoledannelser indenfor en *marxistisk* psykologisk retning, og kan ses som en afledning af *virksomhedsteori* (Christensen 2014: 61, 156). Inden for virksomhedsteori forstås individet historisk, materielt og dialektisk, hvilket i kritisk psykologi oversættes til individet som *situeret* og *deltagende* (ibid.: 156). Gennem deltagelse og handling ses individet i kritisk psykologi som medskabende til egne betingelser og identitet, og praksis ses som gående forud for den sproglige konstruktion (ibid.). Således bygger kritisk psykologi filosofisk på en historisk *dialektisk-materialistisk* forståelse, hvilket vil sige, at individ og omverden står i et vekselvirkende forhold, hvor de gensidigt har indvirkning på hinanden (Jartoft 1996: 182). Foucaults subjekt-forståelse går på relationen mellem subjekt og diskurs, som han mener, står i et dobbeltforhold til hinanden, hvor subjekter både er undertrykt af og medkonstituerende til diskurser (Foucault 1982: 785). Afhandlingens egen subjekt-forståelse er i denne henseende, at: *Individets praksis* undersøges gennem den *oplevede livsverden*, der står i et *dialektisk* forhold til *samfundets*

sociale og strukturelle betingelser, som individet både er *medkonstituerende* til og *betinget* af i form af både *muligheder* og *begrænsninger*.

I Foucaults perspektiv er subjektet en grundlæggende diskursiv skabning, hvilket går imod enhver tanke om mennesket som unikt, havende en indre kerne eller personlighed. Altså en udpræget *anti-essentialistisk* subjekt-forståelse (Khawaja 2005: 38). I stedet foregår identitetsdannelsen eller selvets konstruktion gennem en samtidig *objektivering* og *subjektivering* (Hansen 2012: 250). *Objektivering* beskriver den måde, hvorpå Foucault mener, at det moderne menneske er blevet gjort til passivt objekt for viden bl.a. i form af lægevidenskabens fokus på den fysiologiske krop og samfundsøkonomiens syn på individet som et arbejdende, produktivt menneske (Foucault 1982: 777; Heede 2018: 21). Samtidig bliver vi genstandsgjort i den undertrykkelse og disciplinering, han mener sker gennem institutionelle forhold, diverse praksisregimer og diskurser. Sådanne objektiveringer, mener Foucault samtidig er underkastende *subjektiveringer*, idet subjektet skabes og subjektiverer sig selv gennem disse magt/videns-relationer og dermed er underlagt bestemte logikker og idealer (Heede 2018: 21; Hansen 2012: 250).

Det materielle fundament i kritisk psykologi gør, at den ontologiske tilgang ikke er fuldkommen afvisende overfor en essentialisering af individet (Christensen 2014: 164), som i stedet for *personlighed* omgås med begrebet *selvforståelse*. *Selvforståelse* handler ifølge professor emeritus Ole Dreier om en persons forståelse af sig selv, som den, der *fører* sit liv, og de *grunde*, personen har til at føre livet på en bestemt måde. Med andre ord; subjektets standpunkt i et førstepersonsperspektiv. Derfor hænger selvforståelse sammen med udveksling af perspektiver, samt de aktiviteter og relationer, personen indgår i og de steder, personen befinder sig. Det, der i andre psykologier kaldes personlighed, ses altså i kritisk psykologi som en situeret og foranderlig størrelse, der altid vil være i proces (Dreier 2016: 23-26). En sådan subjekt-forståelse kan ses som et 'udefra og ind-forhold', hvor psyken er underlagt sociale og samfundsmæssige vilkår, som dog både skal ses som muligheder og begrænsninger (Christensen 2014: 167-169), hvorfor individet tildeles en højere grad af agens end hos Foucault. Afhandlingens essentialistiske forståelse lægger sig op ad den kritisk psykologiske.

4.5 Epistemologi og metode

Foucaults *antirealistiske* afvisning af, at psyken og verden eksisterer forud for erkendelsen, hænger sammen med hans epistemologiske standpunkt, hvor videnskaben ikke *afdækker* sandheden om verden, men *skaber* (sandheden om) verden (Foucault 1972: 49). Afhandlingens eget epistemologiske standpunkt består i, at videnskab ikke *skaber* verden, men skaber *forståelser* af verden, og er *medkonstituerende* til verdens *sociale fænomener*. Heraf afstår afhandlingen fra tanken om én objektiv og universel sandhed. I stedet indtager afhandlingen en *pluralistisk* forståelse af sandheder som *perspektivistiske* og som indlejret i kultur, historie og hermed også social praksis (Christensen 2014: 29-31). Således er den viden, undersøgelsen kan bidrage med, ikke sandheden om, hvordan man bliver rask fra en spiseforstyrrelse, men en udvidet forståelse af, hvordan nogle bliver raske fra en spiseforstyrrelse.

I kritisk psykologi består epistemologien bl.a. i metodiske idealer om at undersøge problemstillingen i praksis samt et subjekt-subjekt forhold mellem informant og forsker, hvor informanten inddrages som medforsker. Det afgørende for den metode, der benyttes, er, at den kan indfange subjektets hverdagslige praksis, hvilket i praksisforskning ofte gøres via deltagerobservation eller interviews (Mørck & Nissen 2009: 125-128; Christensen 2014: 157). Eftersom afhandlingen søgte at forstå en proces/praksis, der allerede havde fundet sted, kunne det tidsligt ikke lade sig gøre at observere eller interviewe *i* praksis. I stedet kommer praksisforskning til udtryk i afhandlingens metode, idet jeg udforsker informanternes *perspektiv på* og *oplevelse af* praksis. Selve interviewmetoden understøtter idealet om inddragelse af informanter som medforskere, idet informanterne i højere grad end fx et spørgeskema er med til at forme empirien ud fra *deres* sammenhæng. Desuden forklarede jeg åbent informanterne om undersøgelsens formål, søgte råd hos en af informanterne ift. hvor øvelsen i interviewet skulle ligge, og inddrog dem i en perspektivering til eksisterende forskning i slutningen af hvert interview. Da analysen var omkring 90% færdig og dermed læsbar, tog jeg igen kontakt til informanterne og spurgte om feedback og sparring fra dem, der havde tid og lyst (Mørck & Nissen 2009: 145). Heraf valgte to informanter at læse analysen og give deres besyv med (bilag J).

I praksisforskning er det med begrebet *gældelighed* blevet foreslået, at der ikke sigtes; ”...mod en abstrakt gyldighed, men én alternativ form for gyldighed - en gældelighed - som er eller kan gøre sig gældende socialt.” (Mørck & Nissen 2009: 133). Endvidere er epistemologien i kritisk psykologisk

praksisforskning relateret til en ambition om, at forskning skal bidrage til udviklingen af de anvendte begreber, samt bidrage til udviklingen af praksis (ibid.: 123). Dette vil afhandlingen lægge sig op ad.

5. Teori

I dette afsnit vil jeg gøre rede for og tydeliggøre, hvordan jeg vil anvende begreber fra de to udvalgte teorier; kritisk psykologi og Michel Foucault.

5.1 Kritisk psykologi

Dette afsnit plukker begreber fra hhv. den tyske psykolog Klaus Holzkamp (2013; 2016), som er den primære udvikler af kritisk psykologi og den danske professor emeritus Ole Dreier (1994; 2016), som er central for udbredelsen i Danmark, samt den danske psykolog Vibeke Jartofts (1996) sammenfatning af kritisk psykologi.

Kritisk psykologi har rødder i Freie Universität i Berlin, hvor teoriretningen i 1960'erne blev udviklet i opposition til dominerende psykologiske retninger. Kritisk psykologi, også kaldet *det subjektvidenskabelige paradigme*, sigter efter at indfange menneskers følelser, tanker og handlinger i et førstepersonsperspektiv, som må forstås i sammenhæng med sociale relationer og kontekster, som igen må forstås ud fra givne samfundsmæssige livsbetingelser. ”At deltage er en individuel handling med nogle rettet *mod* noget.” (Højholt 1996: 58). Og i kritisk psykologi ses subjekter som *deltagere*, der på den ene side, via sine handlinger, er medskabende til sine livsbetingelser, og på den anden side er bestemt af objektive betingelser i form af samfundsmæssige krav og strukturer (Dreier 2016: 16-20; Holzkamp 2013: 21).

5.1.1 Handleevne, handlerum og handlemuligheder

Handleevne er et centralt begreb indenfor det subjektvidenskabelige paradigme, der ikke beskriver bestemte handlemåder, og ej heller må forstås som en indre instans, men som; ”...menneskers potentiale for at leve under bestemte historiske betingelser.” (Jartoft 2016: 196). Sådanne *betingelser* giver både *muligheder* og *begrænsninger*, og udgør menneskers *handlerum* (ibid.). De muligheder, individet har for at handle inden for et handlerum kaldes i kritisk psykologi *handlemuligheder* (ibid.: 201). Handlinger kan ses som både *middelbare* og *umiddelbare*. Ved *middelbar handling* forsøger man; ”...at sikre sine livsbetingelser på længere sigt.” (ibid.: 196-197). Ved *umiddelbar handling* handler man mere kortsigtet ud fra umiddelbare betingelser, hvilket ofte sker i hverdagen, da det kan være svært at se

alting i et langsigtet perspektiv. Dog kan umiddelbare handlinger komme til at stå i vejen for mere langsigtede mål og med tiden betyde, at man skader sig selv (ibid.: 197).

Inden for et handlerum ligger der ofte handlemuligheder, der gør det muligt at ændre på givne betingelser, og dermed udvide eller ændre sit handlerum (Holzkamp 2016: 90). Dette indebærer dog, at nogle af ens nuværende handlemuligheder ændres eller forsvinder. Så selvom det langsigtede mål måske resonerer med et nyt og udvidet handlerum, kan konsekvenserne ved at sætte sine nuværende handlemuligheder på spil være så svært gennemskuelige, at man fortsætter med at handle umiddelbart.

5.1.2 Emotioner, grunde og motivation

Emotionalitet er centralt for menneskets erkendelsesproces og kan ses som relationen mellem handling og tænkning. Når man handler, sker det ikke ud fra spontane impulser, men ud fra en vurdering af ens fremtidige muligheder, både i relation til aktuelle betingelser og tidligere erfaringer (Holzkamp 2013: 22; Jartoft 1996: 197). Holzkamp skriver, at emotioner, inden for traditionelle teorier ofte betragtes som uafhængige af andre psykiske processer som fx tænkning, læring og hukommelse (Holzkamp 2013: 22). I den forbindelse kritiserer Jartoft *copingteorien*, der med sine kognitionspsykologiske rødder, sætter kognition over emotioner, og bygger på, at begrænsende betingelser blot skal erkendes, hvorefter man så må styre sine følelser, *cope*, og indfinde sig med betingelserne (Jartoft 196: 198). Med en sådan forståelse ville man fx lære et barn at tøjle følelsesmæssige udbrud fremfor at undersøge *grundende* til udbruddene, og kommer dermed; "...til at tilsløre de modsætninger, som barnet reagerer på, i stedet for at afklare problemerne og om muligt løse dem." (ibid.: 199). Jartoft skriver i den forbindelse, at emotioner ofte problematiseres, sygeliggøres og tænkes som årsagen til afvigelse, herunder psykisk sygdom. Hermed forbigår man, at 'særlige måder' at handle på, netop kan hænge sammen med, at emotionerne forstås ude af kontekst. I kritisk psykologi er den måde, vi følelsesmæssigt har det på, afhængig af objektive betingelser. Denne relation kaldes for *betydningsstruktur* og kan være kompleks, da det sjældent er gennemskueligt, hvilke betingelser, der har indflydelse på vores emotionelle tilstand (ibid.).

Emotioner er tæt relateret til individets *motivation*, som er betinget af, om der forefindes konkrete handlemuligheder. "Da emotionerne er vurderinger af vores muligheder for at handle, betyder det, at motivationen er udtryk for, at de emotionelle vurderinger bliver fremadrettede." (Jartoft 1996:

199). Motivationsniveau handler således ikke kun om mental tilstand, men også om vurderingen af, om et mål kan indfris. Tror man ikke på, at målet kan lykkes, eller er man usikker på konsekvenserne, er man heller ikke i stand til motiveret at forfølge sit mål (Holzkamp 2013: 25).

5.1.3 Hverdagsliv og daglig livsførelse

Hverdagsliv er som begreb en konkret måde at forstå de *situationer* individet indgår i som situeret i en hverdagslig dag til dag kontekst, der er subjektivt og socialt funderet og arrangeret. Eftersom der i hverdagslivet forefindes utallige situationer på tværs af aktiviteter og gøremål, giver begrebet blik for, at den enkelte situation må ses i lyset af andre situationer og kontekster (Dreier 2016: 16-17). I et hverdagsliv deltager individet i diverse sociale *praksisser* ved at bevæge sig fra sted til sted. Hver praksis, som fx familie, skole, søvn og spisning foregår forskellige steder på forskellige tidspunkter, og præger individets daglige livsførelse:

When persons move into other contexts, they enter other practices. They take part in the arrangements and relations of these other practices, occupy other positions and face other co-participants, demands, responsibilities and possibilities for what they may do. So they take part in other ways, which call for other abilities and are grounded in and give rise to other subjective experiences, concerns and reasons... (Dreier 2016: 18).

Dette kommer fx til udtryk, når en person flytter hjemmefra, starter nyt job eller for den sags skyld kommer i behandling ifm. en psykisk lidelse. En vigtig kompleksitet, som ofte bliver overset, påpeger Dreier (ibid.). Sociale praksisser er endvidere relateret til en social praksisstruktur, hvorfor forskellige *grunde* i forskellige situationer kan overlape hinanden: "...what goes on in one context affects and interferes in the practices of other contexts." (ibid.: 18-19). I de forskellige praksisser findes forskellige *eksterne krav* [external demands], der kan være modsætningsfyldte og konflikterende. For at imødekomme sådanne krav, er individet nødt til, i samspil med de sociale praksisser, at *arrangere* hverdagslivet, samt prioritere og indgå kompromisser (Holzkamp 2016: 69-70). Søger man fx en ændring af sin *daglige livsførelse* må man forhandle ændringerne med praksissens andre deltagere; "...and the outcome of these negotiations affect whether and how the changes she pursues may come about. (Dreier 2016: 29).

Daglig livsførelse er et begreb, der beskriver den måde, individet fører sit liv på som en aktiv handling (Holzkamp 2016: 69). Oprindeligt er daglig livsførelse et sociologisk begreb, der sættes i relief til teorier om samfundets udvikling og de krav, individet i den forbindelse pålægges. Ifølge Holzkamp er det nødvendigt med sociologiske teorier om samfundet for at forstå individet. Dog er det vigtigt at se dem i lyset af subjekt-rettede aspekter (ibid.: 81-89). Fx nævner Dreier:

The neoliberal arrangements of societal contradictions also affect the conduct of everyday life. Though persons live by taking part, and not as autonomous agents, they face the contradiction of being held individually responsible for their life and, at the same time, controlled from above, of being left to themselves and being controlled. This contradiction between control, responsibility and self-determination infuses their doings and self-understandings. (Dreier 2016: 29).

Neoliberalisme er et begreb, der af kritikere bruges til at beskrive en kapitalisk liberalistisk ideologi, der ofte sættes i forbindelse med øget *individualisme* i samfundet (Jensen & Olsen 2016). Her kritiserer Dreier neoliberalisme som en samfundsmæssig praksis, der med sine indlejrede moralske krav og normer påvirker individets daglige livsførelse i en individualiseret retning, hvor individet påkræves at tage ansvar for sit eget liv, trods individet ikke har fuld autonomi over sit liv. Heraf hænger deltagelse i samfundet bl.a. sammen med ansvar for; ”...at søge behandling, tage behandlerens råd til at blive helbredt til mig og følge dem. [...] Det er en moralsk pligt til at tage sig sammen...” (Dreier 1994: 10).

5.1.4 Kritisk refleksion over anvendelsen af kritisk psykologi

Kritisk psykologi har et stort teoriapparat som jeg kun bruger et lille udsnit af, hvilket kan gøre, at jeg bruger begreberne mindre nuanceret, end de er tiltænkt. Idet jeg først valgte kritisk psykologi som teori *efter* frembringelsen af empirien, havde jeg heller ikke mulighed for i interviewene at stille direkte og dybdegående kritisk psykologiske spørgsmål til betingelser, betydninger og begrundelser, hvilket evt. kunne have gjort disse forhold mere eksplicite i analysen. Dog kan bestemmelsen af teori på baggrund af interviewene dog også ses som et element af medforskning, idet informanternes udsagn har været med til at forme teorivalget.

5.2 Begreber om strukturer – Michel Foucaults

Den franske filosof og idéhistoriker Michel Foucault er kendt for at beskrive sit forfatterskab; "... as a 'toolbox' for others to pick and choose from in whichever way they would like." (Raffnsøe, Gudmand-Høyer & Thaning 2016: X). Dette har jeg taget bogstaveligt. Afsnittet er skrevet med udgangspunkt i Foucaults eget arbejde (1972; 1982; 1994; 2009), suppleret med forskellige udlægninger af hans begreber.

5.2.1 Magt

Eftersom Foucaults *magtteori* er grundlaget for de udvalgte begreber, vil jeg her kort introducere *magt-begrebet*, men afgrænse mig fra en dybere udredning. I værket "Viljen til viden" (1994) præsenterer Foucault sin forståelse af *magt* som et usynligt fænomen, der ikke udøves eller repræsenteres direkte af nogen, men handler i det skjulte, og har indflydelse på individets adfærd, handlen og tanker. Både tanker om sig selv og den måde vi anskuer verden. Som mennesker kan vi hverken besidde magt eller gøre os fuldt bevidste om magtens påvirkning på vores liv (Foucault 1994: 8). Sagt på en anden måde: "Magt er et navn man giver en kompleks strategisk situation i et givet samfund." (ibid.: 123).

5.2.2 Diskurser

Ifølge Foucault er *diskurser* indlejret i praksisformer og institutioner, som er bygget op omkring *magtstrukturer* (Foucault 1994: 106-108). Diskurs-begrebet er udviklet til at forstå de strukturer af begreber og samtalemåder, som praksisser er organiseret under, og som samtidig skaber og styrer mennesket og menneskelige relationer (ibid.). Diskurser kan udforme sig på mange forskellige måder, og bl.a. komme til udtryk i materialiseret form via institutioners strukturelle opbygning og retningslinjer, samt i mere abstrakt form via ideologier eller forståelser. Endvidere kan diskurser komme til udtryk via særlige måder at deltage i bestemte kontekster eller praksisser (Foucault 1972: 44-46; Khawaja 2005: 37). Sproget – både det skriftlige og det talte – er centralt for Foucault, og en grundsten inden for diskursbegrebet, hvor sprog ikke kun forstås som et værktøj til at *formidle* verden, men også til at *konstruere* verden (Foucault 1972: 49). Dermed kan man med diskursbegrebet sætte spørgsmålstejn ved de hverdagslige forståelser af verdens fænomener, der opfattes som selvfølgeligheder (ibid.: 22) - hvilket netop er det diskursbegrebet bruges til i denne afhandling. Et eksempel på en diskursiv formation er begrebet *fedme*, der ikke kan henvises til et universelt og objektivi tal på en BMI-skala. Forståelsen af, hvornår man er overvægtig, er historisk og kulturelt

bestemt og dermed omskiftelig (Hansen 2012: 245). Helt konkret vil diskursbegrebet blive brugt i afhandlingen til at undersøge italesættelser og forståelser af spiseforstyrrelser, samt hvilke muligheder og begrænsninger der ligger for at blive rask indenfor sådanne forståelser.

5.2.3 Normativitet og delingsteknikker

Foucault har gennem sit forfatterskab haft en rød tråd, der søgte at vise;

...hvordan det normale eller det rationelle defineres og gives form ved, at det anderledes, det gale, det syge etc. konstrueres som forskelligt, afvigende eller problematisk (Hansen 2012: 242).

Ifølge Foucault bestemmer magt, viden og diskurser retningslinjerne for, hvad der er 'normalt', og dermed negationen; hvad der er 'unormalt'. Definitionen af det unormale er konsekvensen af definitionen af det normale (Richter 2011: 419). Foucault kritiserer vores *normative* forståelse, idet *normer* begrænser individet via den måde, vi bl.a. forenkler fænomener på dualistiske og gensidigt udelukkende måder. Fx kan man være enten tyk eller tynd, syg eller rask. Sådanne dikotomier eller *delingsteknikker* [dividing practices], som Foucault kalder det, objektiverer individet og frarøver fænomener kompleksiteten. Jo mere firkantede vores forståelser er, jo mere mister vi muligheden for at se både os selv, andre og verden på nuancerede måder (Foucault 1982: 777-778). Dermed kan vi med vores *forventninger* og forståelser, der er kontrolleret af dominerende diskurser, komme til at fastholde og begrænse hinanden i facetløse identiteter, kategorier og stigmata som bl.a. sindssygdom (Richter 2011: 419; Heede 2018: 29).

5.2.4 Psykisk lidelse og stigma

Mental illness was constituted by all that was said in all the statements that named it, divided it up, described it, explained it, traced its developments, indicated its various correlations, judged it... (Foucault 1972: 32).

I sit værk "Galskabens historie" (2009 [1961]) skriver Foucault, at man i klassicismens indespærrede de gale i interneringshuse sammen med vagabonder, forbrydere, prostituerede, arbejdsløse, tiggere mfl. En broget flok, der umiddelbart har det tilfælles, at de kunne tilskrives en form for ufornuft og uorden, og at deres væren, gøren og laden blev forbundet med skam og social skyldfølelse (Foucault 2009: 103-104). Disse *stigmata*, mente Foucault desuden, var krydret med et nedarvet stigma om 'urørlighed' idet interneringshusene var forhenværende spedalskhospitaler (Heede 2018: 57). I 1794 begyndte der, ifølge Foucault, at ske en overgang i forståelsen fra *galskab* til *sindssyge* (ibid.: 32). Indtil da var galskaben i højere grad blevet betragtet som et almenmenneskeligt fænomen, der kunne ramme krop og sjæl på lige fod med tendens til ondskab eller lykke (Foucault 2009: 170; Nissen 1996: 211). Da galskab blev til sindssyge og dermed tilskrevet individets indre (Heede 2018: 59), blev den lægelige opgave nu, ifølge Foucault, at; "...installere fornuft i de gale - og dårlig samvittighed, anger, fremmedhed, og mindreværds- og forkerthedfølelse i det omfang dette ikke lykkes." (ibid.: 65). Foucault finder galskabens historie vigtig, idet han mener, at der i det moderne samfund er en særlig moralsk og politisk måde at forholde sig til psykisk syge på, som ikke kan undgå at være præget af den historiske kontekst, og derfor også må ses i lyset deraf (ibid.: 60).

5.2.5 Kritisk refleksion over anvendelsen af Foucaults begreber

I forlængelse af Foucaults pointe om, at fænomener er dynamiske, må man i brugen af hans begreber have øje for, at der kan være sket meget med forståelsen af fx psykiske lidelser siden han skrev om galskab tilbage i 1961. Foucauldianske analyser er ofte blevet kritiseret for at blive meget samfundskritiske i en forstand, hvor humanistiske og videnskabelige idealer bliver afsløret som udspekulerede magtspil, som man alligevel ikke kan bryde ud af. - hvilket kan virke nyttesløst (Nissen 1996: 212). Derfor bestræber jeg mig på at anvende Foucaults begreber i et forandringsperspektiv, og i stedet for at dvæle ved en skepsis, pege på de muligheder, der kan være ved at få øje på magtstrukturerne. Dermed afgrænser jeg mig også fra at lave hverken en genalogisk-, arkæologisk-, governmentality- eller diskursanalyse, og ser i stedet de strukturelle betingelser som medkonstituerende til individets handlerum, og dermed de begrænsninger og muligheder, der er for at blive rask fra en spiseforstyrrelse.

3 Perioden fra ca. år 1650 til den franske revolution (Heede 2018: 57).

5.3 Teoretisk funderet analytisk tilgang

Med valget af teori i baghånden, blev de overordnede arbejds kategorier, som blev bestemt ved *første gennemlæsning* af empirien, justeret og formuleret, så de både rummede en empiristyret og en begrebsstyret dimension (Brinkmann & Kvale 2009: 224):

Forståelsen af spiseforstyrrelser (adfærd, handlinger, fysiologi)
Forståelsen af rask (+ raskhedsproces)
Livets begivenheder/omstændigheder
Sociale relationers betydning
Behandlingssystemet
Samfundet generelt
Indre omstændigheder/ individets ansvar

Ved *anden gennemlæsning* af interviewene blev hver enkelt sætning tildelt en farve svarende til passende kategori (bilag Q). Pga. overlap i kategoriernes betydningsmæssige indhold, blev kategorierne efterfølgende slået sammen til fem analysetemaer.

Afhandlingens analytiske tilgang tager udgangspunkt i den kritisk psykologiske analysemetode *betingelses-, betydnings-, og begrundelsesanalyse*, som oprindeligt er udviklet af Holzkamp (Kousholt 2018: 240). Med denne tilgang ses *betingelser* i lyset af, hvad de *betyder* for individet, hvilke muligheder og begrænsninger, der er ved betingelserne, hvordan individet *oplever* dette *handlerum*, og hvilke *begrundelser* individet deraf har for at handle. Sådanne analyser kan skabe en forståelse for sammenhængen mellem psykiske, sociale og samfundsmæssige dimensioner af et fænomen samt forholdet mellem, hvordan muligheder opleves og benyttes (Jartoft 1996: 204-208; Holzkamp 2016: 92). Analysetilgangen er originalt inddelt i to trin, hvor man først analyserer betingelsers betydning for individet og dernæst individets grunde til at handle (Kousholt 2018: 240). For at bevare kompleksiteten i problematikkerne og understrege sammenhængen, vil trinnene i afhandlingens analyse dog blive brugt i dialektisk samspil. I analysen vil jeg desuden gøre brug af de udvalgte teoretiske begreber, og supplere med begreber og forståelser fra afhandlingens indledning, litteraturreview og videnskabsteori.

6. Analyse

Afhandlingens analyse er struktureret ud fra de fem definerede analysetemaer: ”Forståelser af spiseforstyrrelse og raskhed”, ”Samfundsmæssige betingelser, diskurser og forståelser”, ”Livsbegivenheder som social praksis”, ”Sociale betingelser” og ”Behandlingspraksis og institutionelle strukturer”. Dog er indholdet uløseligt forbundet, hvorfor temaerne kan komme til at overlappe hinanden. Analysen vil være let diskuterende og lede op til pointer, der trækkes frem i afhandlingens diskussionsafsnit. Først lægges ud med en præsentation af empiriens informanter.

6.1 Præsentation af informanter

Nor er 23 år, bor i København med sin kæreste og er kandidatstuderende. Nor har haft atypisk AN i ca. ti år og har været rask i ca. et år. Nor modtog først sent i sit sygdomsforløb behandling, hvor hen startede ved ROBUS⁴. Pga. Nors non-binære kønsidentitet vil henførende stedord ifm. Nor være ’hen, hen og hens’.

Mie er 28 år, bor i København og er kandidatstuderende. Mie har haft BN i ca. syv år og ligeledes været rask i ca. syv år. Mie har haft to uafsluttede forløb på Psykoterapeutisk Center Stolpegård [Stolpegården]⁵ og derefter gået hos privatpraktiserende psykologer.

Tea er 29 år, bor i Århus med sin kæreste, er uddannet fysioterapeut, men arbejder lige nu som lærervikar. Tea har haft atypisk BN og atypisk AN i ca. 15 år, og har været rask i to til tre år. Tea har både været tilknyttet Stolpegården, PCB som hhv. døgn-, dags- og ambulant patient og været indlagt på et almenpsykiatrisk afsnit.

Pia er 36 år, bor i Nordsjælland med sin kæreste og deres tre børn og arbejder som lægesekretær. Pia har haft AN i ca. fire år, været rask i ca. fem år, og har været tilknyttet Stolpegårdens overvejelses- og behandlingsforløb.

⁴ Gratis behandlingstilbud i Københavns Kommune for unge under 23 år med spiseforstyrrelse

⁵ Psykiatrisk Hospital i Gentofte, hvor der, før sammenlægning med PCB, var ambulant behandling af spiseforstyrrelser

Gry er 38 år, bor i København og arbejder som kunstner og handicaphjælper. Gry har haft AN, BN og vekslende mellem over- og underspisning i over 20 år. Hun har været rask i ca. fire år. Gry har været tilknyttet en ungdomspsykiatrisk afdeling og Stolpegården, men primært klaret sig gennem spiseforstyrrelsen på egen hånd.

Liv er 41 år, bor i København med sin mand og deres tre børn og arbejder som animator. Liv har haft AN samt vekslende mellem over- og underspisning i otte til ti år, og har været rask i ca. ti år. Liv var en kort periode tilknyttet Psykiatrisk Center Sct. Hans, men har siden gået hos privatpraktiserende psykologer.

6.2 Forståelser af spiseforstyrrelse og raskhed

For at få en øget forståelse af, hvad der skal til for at blive rask fra en spiseforstyrrelse, må vi blive klogere på informanternes definition af, hvad det overhoved vil sige. Endvidere er det vanskeligt at tale om at blive rask fra noget uden også at have defineret, hvad det er, man skal være rask fra. Derfor vil analysen starte ud med at dykke ned i informanternes forståelse af både *spiseforstyrrelse*, *raskhed* og *processen* derimellem.

6.2.1 Spiseforstyrrelse som handlemulighed

I tråd med eksisterende forskning om *udløsende faktorer* (konflikter, tab, svigt, skiftende livssituationer mm.), fortæller flere informanter, at deres spiseforstyrrelse startede i forbindelse med en hård periode i deres liv, hvor de følte sig alene med svære følelser og tanker. Fx fortæller Pia, at hendes 3-årige nevø gik bort, og at hun i samme periode gik fra sin kæreste gennem 11 år og pludselig skulle bo alene i en ny by. Kort tid efter startede spiseforstyrrelsen (Pia: 5). Disse sammenhænge, mener ingen af informanterne, er tilfældige. Gry oplever, at; "...spiseforstyrrelsen blev udviklet, fordi der var et kaos, og så var mad det eneste, man kunne kontrollere." (Gry: 9). Desuden fortæller Liv: "...jeg ser spiseforstyrrelsen som min måde at kapere, at jeg følte, at alt smuldrede under mine fødder, og at jeg ikke havde styr på noget som helst." (Liv: 2). Informanterne beskriver altså spiseforstyrrelse som en slags håndteringsstrategi; en måde at *handle* på ud fra givne *betingelser*. 'Den kan nemlig noget for dig, den spiseforstyrrelse', forklarer Liv, der oplevede, at spiseforstyrrelsen både kunne trøste, berolige, og få hende til at føle sig som en 'rock star' i en tid, hvor hun ellers havde det svært (Liv: 4). For Mie

var det at blive tynd heller ikke; ”...et mål i sig selv. Det havde nok mere denne her funktion af at slippe for at forholde sig til nogle andre ting.” (Mie: 8). Nor forklarer:

...hvis man er helt vildt sulten, er det svært at være ked af det. Det er svært at fokusere på, at man har det helt vildt dårligt, når man er sulten. Det bliver ligesom den primære følelse. (Nor: 8)

Ud fra disse udtalelser kan spiseforstyrret adfærd forstås som en *umiddelbar handling*, hvor man sikrer sig her og nu, ved, gennem fx sult, overspisninger eller opkastninger at dæmpe svære følelser, man har i forbindelse med omstændigheder, der synes uoverkommelige. Flere af informanterne oplever, at netop denne følelsesregulerende funktion er en af *grundende* til, at det er så svært at komme ud af en spiseforstyrrelse (eg. Nor: 8). Tea fortæller:

...min spiseforstyrrelse har jo også været til, at jeg har kunne komme igennem dagen og komme videre og håndtere angst og de negative tanker, jeg har haft, og har gjort, at jeg ikke tog en ende på mit liv [...]. Så det er nok også det, at det er et ambivalent forhold til det, fordi det både er noget, som skader én utroligt meget og er ens værste fjende, men i hvert fald for mit vedkommende, var det også min bedste ven. [...] det både er et problem, men også en hjælp at komme ud af. (Tea: 9-10)

For Tea har den umiddelbare handling, i form af spiseforstyrret adfærd, ligefrem været livsvigtig. Derfor var spiseforstyrrelsen hendes bedste ven. Imidlertid kan umiddelbare handlinger komme til at stå i vejen for mere langsigtede mål, hvilket over tid kan være skadeligt. På den måde er spiseforstyrrelsen også Teas værste fjende. Ud fra en kritisk psykologisk udlægning af begrebet *motivation*, kan man ikke motiveret forfølge sit mål, hvis man vurderer at konsekvenserne ved målet, er for store. I Teas tilfælde er spiseforstyrrelsen med til at holde hende fra at tage sit eget liv. Den ultimative konsekvens ved at komme af med spiseforstyrrelsen er altså, at hun tager sit eget liv, hvilket selvsagt er begrænsende for Teas motivation og dermed en grund til hendes ambivalente forhold til at blive rask.

For flere af informanterne har spiseforstyrrelsen altså i første omgang været en *løsning* på nogle problemer. Nogle problemer som bl.a. Mie forklarer, at hun; ”...ikke har været i stand til at håndtere på en normal måde eller en hensigtsmæssig måde.” (Mie: 3). Selvom Mie ser sin spiseforstyrrelse som

en følelsesmæssig reaktion på svære sociale betingelser, sker der i Mies italesættelse en *individualisering*, hvor Mie tager ansvaret for at have handlet på en uhensigtsmæssig måde. Således bliver fokus i italesættelsen, at det er Mies *handling* (den spiseforstyrrede adfærd), der er forkert, fremfor fokus på at se *grundende* til den spiseforstyrrede handling som problemet. Denne dobbelthed i Mies italesættelse og forståelse af spiseforstyrrelsen kan ses ud fra en diskrepans mellem Mies egen oplevelse af spiseforstyrrelsen som handlemulighed og diskursive opfattelser af spiseforstyrrelse som en psykisk og adfærdsmæssig lidelse, hvori der kan spores et indlejret individualistisk fokus, idet der sprogligt henvises til, at problemet ligger i Mies handlinger og psykiske tilstand.

”Jeg tænker, at en spiseforstyrrelse er egentlig ikke så meget en sygdom. Det er mere et symptom på noget andet.” (Tea: 8). Med dette udsagn udfordrer Tea den diskursive definition og kategorisering af spiseforstyrrelse som en psykisk lidelse, og peger på muligheden for en udvidet forståelse.

6.2.2 Så rask som man kan blive

Det er ikke let at definere, hvornår man er rask fra en spiseforstyrrelse. Især fordi flere informanter oplever processen mellem spiseforstyrrelse og raskhed som lang og kompliceret, impliceret af både faser med gradvis bedring og tilbagefald (eg. Liv: 1). Sådanne gradvise bedringer gjorde fx, at Nor i perioder følte sig rask, men retrospektivt kan se, at hen ikke var ’helt’ rask. Nor fortæller, at hens behandlingsforløb; ”...har været det vigtigste for at blive sådan *ægte* rask.” (Nor: 6). Der kan altså være flere stadier af raskhed, og hvis man kan være ægte rask, kan man så også være uægte rask? Flere af informanterne definerer raskhed ved, at de ikke længere er styret af tanker om krop og mad. For både Pia, Gry og Tea kan tankerne dog stadig dukke op (Pia: 3; Gry: 3). Tea fortæller:

...det er så flydende og lidt fluffy at finde ud af; hvornår er man egentlig rask? Men hvis jeg kigger sådan rent objektivt på det, jamen så har jeg jo ikke spiseforstyrret adfærd mere. Men har stadig tanker om, hvordan jeg ser ud, og jeg tænker også stadig over, hvad jeg spiser, men det er ikke på samme måde. Jeg kan lægge det væk. Jeg kan sagtens abstrahere fra de tanker, og jeg kan også skubbe dem væk, selvom de kommer. (Tea: 3)

I Teas ’rent objektive’ syn på raskhed taler hun ind i noget, der ligner *tredeelingen af recovery*. I dette perspektiv kan Tea både betegnes som *biologisk recoveret* (BMI > 20) og *adfærdsmæssigt recoveret* (ingen restriktiv spisning, overspisning eller opkastning). Men når det kommer til *kognitiv recovery* (fravær af

forstyrret kropsbillede samt angst for vægtøgning mm.), er det et sværere spørgsmål. Tanker om krop og mad er ikke forsvundet. Alligevel mener Tea, at det er anderledes, end da spiseforstyrrelsen var der. Når raskhedsbegrebet her bliver 'lidt fluffy', er det i Teas optik ikke afgørende, at tankerne stadig er der, men at hun har oplevelsen af at kunne styre tankerne og lægge dem væk. Sådan oplever flere af informanterne det, og fem ud af seks informanter fortæller om forskellige symptomer, der stadig spøger i større eller mindre grad. Fx tror Gry, at hun aldrig helt kan undgå skyldfølelse ifm. at spise; Pia kan stadig have svært ved at spise over for fremmede; for Nor og Gry vil det altid være en dårlig oplevelse at blive vejjet; og for både Liv, Gry og Pia vil selvværd være noget, de kontinuerligt skal arbejde med. Men; "...kan man blive helt rask? Er du helt rask?" spørger jeg insisterende informanterne i interviewet. - "...jeg er så tæt på rask, som man kan være." svarer Pia, og det, der følger med, gør hende kun stærkere, mener hun (Pia: 4). Nor uddyber sit svar:

Jeg opfatter mig selv som rask. Men jeg opfatter også mig selv som et menneske, der... hvad skal man sige? Hvor det dér med spisning altid vil være en go-to-strategi. At det, tror jeg, altid kommer til at være en mulighed, og altid kommer til at være noget, der kommer op for mig, *når* jeg har det rigtig dårligt. Men det, der gør, at jeg føler mig rask, det er, at jeg føler, at det er *mig*, der har kontrollen i det. Og at jeg kan vælge at sådan: 'Okay, men nu spiser vi bare alligevel.' [...] jeg tror, at det er meget normalt, at hvis man er rigtig ked af det, så har man pludselig ikke lyst til at spise. Det tror jeg, at der er mange mennesker, der oplever. Men der ved jeg bare for mig, at der er det en situation, jeg lige skal være OBS på. (Nor: 5)

Her taler Nor ind i spiseforstyrret adfærd som en *handlemulighed*. Spisning er en hverdagslig praksis i menneskets livsverden, hvor det svært lader sig gøre at eliminere *muligheden* for at tænke og spise forstyrret. I situationer, hvor Nor har det rigtig dårligt, vil spiseforstyrrelsen altid være en velkendt handlemulighed, som har virket før. Dog er forskellen, at Nor nu kan vælge *ikke* at bruge den handlemulighed, idet der i raskhedsprocessen sandsynligvis er blevet skabt et *handlerum*, hvor andre handlinger er blevet synlige eller mulige. Som Nor påpeger, kan lysten til ikke at spise være en 'normal' reaktion på svære omstændigheder, som også raske mennesker kan opleve. Dermed betyder det ikke nødvendigvis, at man ikke er rask, hvis man oplever lysten til ikke at spise. Med Michel Foucaults begreb *delingsteknikker* kan man her slå ned på den dualistiske måde sygdom og raskhed ofte defineres som gensidigt udelukkende. Når jeg således spørger informanterne til, om de er *helt* raske, er jeg, i Foucaults øjne, medkonstruerende til en unuanceret forståelse af raskhed og sygdom, der samtidig

er med til at fastholde informanterne i bestemte og unuancerede positioner, hvor det kun er muligt at være enten rask eller syg.

En unuanceret forståelse af at være rask fra en spiseforstyrrelse er en begrænsning for helbredelse, mener Liv:

...der flourerer den inden for spiseforstyrrelsesopfattelsen at; 'man bliver nok aldrig rask. Man bliver nok aldrig *helt* rask.' [...] Det er vigtigt at sige, at det kan godt være, at du ikke bliver *helt* rask, men du kan i hvert fald få det meget meget bedre end du har det, når det er helt sort. Når man har det rigtig dårligt, så er det jo lidt skidt at se frem til: 'Nåmen jeg bliver jo aldrig *helt* rask alligevel.' Så er det sådan lidt 'urgh', så kan man nærmest lige så godt lade være. (Liv: 5)

Hvis der flourerer en opfattelse af, at det ikke er en mulighed at blive 'helt rask', bliver det svært at tro på, at det kan lade sig gøre, hvilket for Liv vanskeliggør *motiveret* at forfølge det mål.

6.2.3 Opsummering

I dette afsnit om "Forståelser af spiseforstyrrelser og raskhed" er det blevet belyst, at informanterne oplever deres spiseforstyrrelse som en mulig måde at handle på for at håndtere følelsesmæssige reaktioner på udfordrende livsbetingelser. Dette perspektiv kan bidrage med en udvidet forståelse af den ambivalens, der kan være i forbindelse med at give slip på en spiseforstyrret adfærd. Desuden kan perspektivet udfordre et individualistisk fokus på spiseforstyrret adfærd som problemet. Endvidere er det i afsnittet blevet belyst, at det afgørende for, at informanterne føler sig raske, ikke er, om de stadig kan have tendens til spiseforstyrrede tanker, men om de kan lade være med at handle på dem. En dikotomisk skelnen mellem rask og syg og et imperativ om at blive *helt* rask kan således være konstituerende til fastlåste opfattelser af, at det ikke er muligt at blive rask fra en spiseforstyrrelse, hvilket kan få den betydning, at man ligeså godt kan lade være med at prøve.

6.3 Samfundsmæssige betingelser, diskurser og forståelser

Fra at have belyst informanternes egne forståelser, vil dette afsnit i højere grad dykke ned i samfundsmæssigt dominerende diskurser, der relaterer sig til genstandsfeltet, og som informanterne oplever som betingende for deres bedringsproces.

6.3.1 Ensidig forståelse af spiseforstyrrelser

For Gry opstod håbet om, at det var muligt at blive rask, da hun så en dokumentar om spiseforstyrrelser, der fokuserede på 'historien om helbredelse'. Dog var denne dokumentar enestående. De fleste andre dokumentarer, Gry har set, har haft fokus på hvor lidt vedkommende vejede, hvor tynd vedkommende var og vist en masse billeder af det. Dette kropslige og fysiske fokus var direkte usundt for Gry og havde en fastholdende betydning for hendes spiseforstyrrelse, mener hun. Den måde spiseforstyrrelser fremstilles og italesættes på er altså ikke kun med til at formidle viden om spiseforstyrrelser, men kan i Grys tilfælde siges også at være medkonstituerende til spiseforstyrrelse. ”Jeg kunne godt tænke mig, at der var en anden måde at fortælle historien om en spiseforstyrrelse.” (Gry: 8) udtaler Gry, og peger dermed på muligheden for en mere nuanceret fremstilling og forståelse. Nor har, ligesom Gry, oplevet, at spiseforstyrrelser er blevet fremstillet på en ensidig måde:

...vi arbejdede rigtig meget med det både i 8. og 9. klasse. [...] Vi havde om anoreksi og overspisning i forbindelse med hinanden og på en rigtig nedladende måde. For det første blev det fremstillet som om, at det eneste tidspunkt, hvor man havde anoreksi, det var, hvis man var meget meget meget tynd. Altså det var det eneste, vi fokuserede på. Så jeg tænkte faktisk slet ikke, at det var relevant for mig. Og så var der en meget mere moralsk dømmen overfor det med overspisninger. [...] Altså hvis det var blevet gjort på en nuanceret måde, og en måde der mere handlede om: 'Okay det her er potentielt relevant for nogle i klassen.' Fordi det blev mere gjort på en måde, hvor sådan: 'Nogle wierd mennesker i verden har det sådan her.' (Nor: 8-9)

Selvom Nor det pågældende tidspunkt havde et anstrengt forhold til mad, var den forsimplede og stigmatiserende fremstilling af spiseforstyrrelser ikke noget, Nor hverken kunne, eller sandsynligvis havde lyst til at genkende sig selv i. Samtidig kan fremstillingens kropslige fokus ses som medkonstituerende til en bestemt opfattelse af, hvad det vil sige at have en spiseforstyrrelse, og hvor

tynd man nødvendigvis må være for at have AN. Nor gik i næsten ti år før, det gik op for hen, at hens spiseproblemer (AN) var slemme nok til at kunne få behandling (Nor: 11).

6.3.2 Kropsdiskurs

At det lige netop var spiseforstyrrelse, fremfor fx selvskade eller stoffer, der blev udtrykket for, at Nor havde det dårligt, mener hen havde at gøre med samfundets fokus på krop og mad, som samtidig har været en fastholdende betingelse for hens spiseforstyrrelse:

...hele den der måde at snakke om mad og krop på med at alle bare skal være helt vildt tynde [...], alle de der ting med, så ser man film, og det er kun helt vildt tynde mennesker, man ser. Så den der med, at det bliver rykket, hvad der er normalvægt... (Nor: 10).

Når Nor taler om, at 'det bliver rykket, hvad der er normalvægt', taler hen ind i normalvægt som socialt konstrueret diskursivt fænomen, og at fx filmbranchens brug af tynde skuespillere er med til at konstruere et normativt ideal om, hvordan kroppen skal se ud, og samtidig er med til at rekonstruere og rykke grænserne for, hvor slank man fx skal være for at blive opfattet som tynd. Både Liv, Tea, Pia og Mie har oplevet, at spiseforstyrrelsen har hjulpet dem til at leve op til et normativt kropsideal, hvor de ved at tabe sig både har høstet komplimenter, opmærksomhed og popularitet. Liv fortæller, at det var lidt ligesom et 'high'. Hun følte sig mega sej, lækker og 'helt rigtig' (Liv: 4). Flere af informanterne havde før vægttabet følt sig hhv. ensomme og udenfor (eg. Mie: 4). Når de nu qua vægttabet får positiv opmærksomhed og føler sig 'helt rigtige', kan en *betydningsstruktur* hurtigt blive, at man kun er 'rigtig' og noget værd, når man er tynd. Bl.a. denne betydningsstruktur kan være relateret til den frygt, personer med spiseforstyrrelse kan opleve ifm. at tage på, og som er en begrænsning for at blive rask (ud fra *biologiske recovery-kriterier*). Både Gry og Pia fortæller, at de stod i splittelse mellem gerne at ville være raske, men ikke at ville tage på (Gry: 1; Pia: 7). Med samfundsmæssige strukturer in mente kan denne ambivalens bl.a. ses i forhold til modstridende krav mellem gældende normer og idealer indenfor bestemte praksisser. Fx kan der spores en strukturel strid mellem 1) gerne at ville leve op til samfundsmæssige krav om at tage ansvar for at være sund og rask, der bl.a. hænger sammen med at deltage som værdig borger i det samfundsmæssige fællesskab og 2) gerne at ville leve op til et diskursivt kropsideal, der kan give følelsen af at være noget værd i sociale fællesskaber.

6.3.3 Individualisme

En samfundsmæssig betingelse, der flere gange bliver talt ind i interviewene, er individets eget ansvar, som her kritiseres af Liv:

Du har ansvaret for dit eget liv, der er ikke noget, der ligger i andres hænder på en eller anden måde. Og det, tror jeg, mange spiseforstyrrede er ramt af, at det hele skal være så flot og godt og: 'Jeg skal sørge for, at mit liv er rigtig godt.' Men at man så løber panden mod en udfordring, som du ikke kan løse. Du kan ikke sørge for, at du lige får det dér job, som du gerne vil have. Det er jo ikke 100% din beslutning. Og det er sådan en samfundsting, hvor vi står helt alene i stedet for at stå i et fællesskab og acceptere, at vi har brug for hinanden. (Liv: 7)

Her taler Liv ind i en neoliberal samfundsdiskurs om *individualisme*, hvor individet forstås som sin egen lykkes smed. Hvis man selv har ansvaret for, at ens liv er godt, bliver det omvendt også ens egen skyld, når man ikke har det godt. For personer med spiseforstyrrelse kan dette oversættes til, at man selv er skyld i sin spiseforstyrrelse. Hvis man er sin egen lykkes smed, bliver det ligeledes personens eget ansvar at komme ud af spiseforstyrrelsen igen. En diskurs som, Liv påpeger, kan få den betydning, at det at bede om hjælp ikke er en legitim handling, og at vi kommer til at stå alene med vores problemer. Sådanne diskurser, mener Liv, har understøttet, at hun ofte havde en tanke om; "...at nu måtte jeg lige tage mig sammen, fordi det er noget jeg selv gør ved mig selv, det her." (Liv: 6). Men man kan ikke bare tage sig sammen, fortæller Liv: "Og det har jeg også gået og slået mig selv i hovedet meget med, at jeg skulle tage mig sammen." (Liv: 6). Når Liv ikke kan leve op til samfundsmæssige krav om at tage ansvar for sit eget velbefindende udløser det en skyldfølelse, der altså kommer oven i hatten på, at hun i forvejen har det dårligt.

6.3.4 Opsummering

I dette afsnit om "Samfundsmæssige betingelser, diskurser og forståelser" har vi belyst, at ensidige fremstillinger af spiseforstyrrelser med fokus på fysiske symptomer kan være begrænsende betingelser for bedring. - Både fordi de kan være understøttende og deraf fastholdende i et usundt kropsligt fokus, og fordi personer, der oplever spiseforstyrrelsen på en anden og mere nuanceret måde, kan risikere at tro, at de ikke er behandlingsberettigede. Samtidig kan samfundsmæssige kropsdiskurser være begrænsende for bedring idet de kan anses som bidragende til erfaringer og

forestillinger om, at man kun er noget værd, hvis man er tynd. Endvidere har vi set, at en individualistisk samfundstendens kan relateres til at føle skyld over sin spiseforstyrrelse, samt en forestilling om, at man selv skal klare sig gennem den.

6.4 Livsbegivenheder som social praksis

I overensstemmelse med litteraturreviewets studier peger flere informanter på forskellige livsbegivenheder som enten forværrende eller forbedrende betingelser for recovery. Ved at se livsbegivenheder som *sociale praksisser*, vil dette afsnit søge en dybere forståelse af, hvad der gør dem betydningsfulde ifm. bedring.

6.4.1 Livsbegivenheder

Nor fortæller, at hen oplevede en 'klar bedring' da hen flyttede hjemmefra (Nor: 3). Men det er svært at 'pin pointe' præcist, hvad der har hjulpet, understreger Nor:

Fordi det er så kontekstafhængigt... fordi nu har jeg tendens til at sige, at det var det dér med at flytte hjemmefra fx. Men det tror jeg *kun* var godt, fordi jeg flyttede sammen med en kæreste. Jeg tror, at hvis jeg var flyttet alene, så er jeg ikke sikker på, at det havde været sådan. (Nor: 5)

Ifølge Nor er det altså ikke nødvendigvis en mirakelkur at flytte hjemmefra. Som Nor senere fortæller, var det at flytte hjemmefra helbredende for hen, idet bl.a. den *hverdagslige dag til dag kontekst*; måltidssituationen, ændrede sig. Hjemme havde forældrene ikke lagt mærke til, om Nor spiste eller ej, og måltidssituationen var altid anspændt pga. skænderier mellem forældrene. I den nye kontekst væk hjemmefra, indgik Nor nu pludselig i en anden *praksis*, hvor hen slap for sin 'udglattende rolle'. Måltidssituationen blev pludselig rar, og Nors kæreste lagde mærke til, hvis Nor ikke spiste (Nor: 3). På den måde får Nor mulighed for at indtage en ny rolle, der giver nye muligheder og indebærer et andet ansvar. Samtidig stilles der nye *krav* fra praksissens *meddeltager* (kæresten) om at spise. Det afgørende er altså ikke nødvendigvis selve kontekstskiftet, men hvad konteksten indebærer, hvilke relationer, der indgår, og hvilke betydninger, konteksten tillægges. Nors udvidede handlerum åbner desuden op for at handle anderledes i andre situationer, idet praksisser i én kontekst, kan have indflydelse på praksisser i andre kontekster. Heraf begynder Nor at ændre sin *daglige livsførelse* ved at dyrke nye interesser og venskaber, samt fjerne sig fra andre:

Fordi lige meget hvad jeg gør, så bliver jeg bare ikke mere rask, hvis jeg stadig bliver ved med at gøre en masse ting, og se en masse mennesker, og være i en masse situationer, som jeg får det skidt af. Og som forstærker nogle af de ting, jeg prøver at arbejde med.
(Nor: 9)

Disse ændrede praksisser gjorde, at der pludselig var andre ting, der var vigtige i Nors liv; nye *grunde* til at handle på nye måder, funderet i nye sociale kontekster.

Ligesom i Nors fortælling, kæder tre af de andre informanter væsentlig bedring sammen med at møde en kæreste (eg. Pia: 3). En livsbegivenhed, der også nævnes som befordrende for raskhedsprocessen er at få børn. For Liv har det åbnet op for en helt ny rolle i måltidspraksissen, hvor hun pludselig skal være rollemodel og have ansvar for at give et barn mad på regelmæssige tidspunkter, hvorfor Liv føler sig 'tvunget' til at få 'styr' på sine spisevaner (Liv: 4). Handlingen at blive gravid har altså skabt et nyt handlerum, der i Livs optik fjerner handlemulighederne for at fortsætte den spiseforstyrrede adfærd. Ydermere får Liv den erfaring, at hun ikke bliver tyk af at spise 'alt muligt mærkeligt' (Liv: 4), og eliminerer på den måde en af de konsekvenser, hun har troet, der var ved at spise 'normalt'.

6.4.2 Handleevne funderet i livsbegivenheder

Faktisk behøver livsbegivenhederne ikke engang at have fundet sted, før de kan have en helende funktion. For flere af informanterne havde bare drømmen om forskellige livsbegivenheder en motiverende betydning for at blive rask:

Jeg havde jo en drøm om at blive mor, og at jeg gerne ville være lægesekretær og være en god veninde og finde en kæreste, og det følte jeg ikke, jeg kunne få, hvis jeg holdt fast i min spiseforstyrrelse. (Pia: 3)

Her begynder Pia at se sine handlinger i et mere langsigtet perspektiv og bliver opmærksom på, at spiseforstyrrelsen som umiddelbar handling står i vejen for mere *middelbare handlinger* som at stifte familie, få en uddannelse og varetage sociale relationer. - Handlinger der sikrer Pias fremtid på længere sigt. Både Pia og Mie nævner alder og tid som noget, de mener, kan spille en rolle i at nå frem til denne indsigt (Pia: 6). I Mies tilfælde gør det, at hun bliver voksen, at hun er nødt til at

forholde sig til, hvad hun gerne vil med sit liv, og som Mie siger; ”...mange af de ting, jeg gerne ville, havde jeg jo meget svært ved, fordi jeg brugte meget af al min energi og alt mit overskud på min spiseforstyrrelse.” (Mie: 4). Konsekvenserne ved at holde fast i spiseforstyrrelsen kommer tættere på og føles pludselig meget store, hvilket gør det nemmere motiveret at slippe spiseforstyrrelsen.

At få øje på de drømme, spiseforstyrrelsen står i vejen for, kan hænge sammen med, at flere informanter, i overensstemmelse med litteraturreviewets fund, taler om et tydeligt vendepunkt, hvor de blev ’klar’ til at blive raske, idet de indser, at de er syge, og/eller at spiseforstyrrelsens alvor går op for dem (eg. Mie: 3). For Tea skete vendepunktet, da hun blev indlagt på et almenpsykiatrisk afsnit i forbindelse med, at hendes veninde opsporer, at Tea senere på dagen har planlagt et selvmord. Denne oplevelse var skelsættende for Tea: ”...fordi jeg opdagede, at jeg faktisk havde det rigtig slemt. [...] det gav mig sådan en mavepuster eller et wake up call.” (Tea: 10-11). Da det går op for Tea, at spiseforstyrrelsen ikke længere hjælper hende til at leve, men i stedet står i vejen for livet, bliver konsekvenserne ved spiseforstyrrelsen for store, og hun bliver motiveret til at slippe den.

6.4.3 Accept af livets udfordrende begivenheder

Både Mie, Tea og Gry peger under øvelsen i interviewet på kortet ”Accept af livet udfordringer”, som noget, der hjalp med at opleve håb for fremtiden. Fx var det betydningsfuldt for Mie, da hun lærte; ”...at de fleste af os jo kommer fint gennem livet, selvom vi ikke kan kontrollere, hvad der skal ske.” (Mie: 8). Håbet kan her ses på samme måde, som vi har anskuet motivation. Mies håb er bl.a. funderet i, at hendes forældres skilsmisse på dette tidspunkt er begyndt at komme på afstand. Mie har deraf fået en personlig erfaring med at være kommet ud på den anden side af en krise. En erfaring der spiller med i hendes vurdering af, at man godt kan komme gennem livet trods livsbegivenheder og omstændigheder, man ikke kan styre.

Pia er modsat de andre informanter ikke vild med ”Accept af livets udfordringer”, idet hun ikke mener, at man kan sige til sig selv, at man bare skal acceptere omstændighederne, når man står midt i det hele (Pia: 7). Her taler Pia ind i den kritik, som Jartoft retter mod *copingteorien*, hvor der er tendens til, at ansvaret bliver pålagt individet, der bare må lære at håndtere de omstændigheder, der nu er.

I Grys optik handler ”Accept af livets udfordringer” ikke om at pådutte individet et ansvar for at *cope*, men om at fritage individet ansvaret for betingelser, man ikke er herre over:

Der er denne her smukke smukke sindsro-bøn, som lyder: ’Giv mig sindsro til at acceptere de ting, jeg ikke kan ændre, mod til at ændre de ting, jeg kan, og visdom til at se forskellen.’ (Gry: 9)

Den sindsro-bøn, som Gry citerer, taler ind i, at livsbegivenheder og livets omstændigheder er objektive betingelser, der udgør individets handlerum. Bønnen gør Gry opmærksom på, at der findes nogle *begrænsninger* indenfor dette handlerum, altså omstændigheder hun *ikke kan* kontrollere. Samtidig findes der nogle *muligheder*, altså betingelser hun *kan* kontrollere. Dog er det ikke nemt at se forskellen, ej heller at ændre de betingelser, der er mulige. Det kræver både mod og visdom. Mod og visdom som her ikke bliver individets individuelle ansvar, idet bønnen for Gry hænger sammen med en tro på noget spirituelt, og en slags højere magt, man kan søge hjælp hos. - uden at det skal lyde forkert, tilføjer Gry påpasseligt (Gry: 6).

6.4.4 Opsummering

I dette afsnit om ”Livsbegivenheder som social praksis” har vi set, at livsbegivenheders betydning for bedring kan ses i relation til, at ændrede kontekster betyder ændrede praksisser, der betyder ændrede krav og muligheder for at handle. Samtidig kan det at få øje på spiseforstyrrelsens alvorlige konsekvenser for fremtiden have en motiverende betydning for heling. Endvidere har vi set, at det at fritage sig selv fra ansvaret for betingelser, man ikke har kontrol over, kan være helende.

6.5 Sociale betingelser

Alle informanterne fortæller hver især om, at ensomhed eller følelsen af at stå alene har været hhv. udløsende eller vedligeholdende for spiseforstyrrelsen. Ligeledes understreger alle informanterne at støttende sociale relationer og det at snakke med andre om, hvordan de havde det, var essentielle dele af deres bedringsproces. I dette afsnit vil vi især dykke ned i de sociale betingelser, informanterne oplever som begrænsende for deres bedring.

6.5.1 Sociale krav

Støttende venskaber har været betydningsfulde for alle informanterne. Tea fortæller fx, at hun ikke havde ladet sig indlægge, hvis hendes veninde ikke havde været med til behandlingssamtalen og presset på (Tea: 5). Dog melder flere af informanterne, at de har isoleret sig fordi de havde det dårligt og ikke kunne overskue sociale relationer (eg. Mie: 2). Dette kender Pia alt til og peger på, at der inden for sociale praksissers handlerum kan være en handlemulighed:

...man skal finde en eller to, hvor man har et fristed. Hvis det er en veninde og hvis det er til aftensmad - har du ikke lyst til at spise, så skal du *stadig* dukke op. [...] Man behøver ikke at snakke om spiseforstyrrelsen, man behøver ikke at spise, man behøver ikke at drikke en kaffe [...]. Bare *være* der. Det er *super* vigtigt. For isolerer man sig, så er det rigtig rigtig svært. (Pia: 5)

Pia taler her ind i, at der i sociale praksisser findes forskellige sociale *krav* fx i form af *forventninger* til, hvilken psykisk og følelsesmæssig tilstand man er i og *normer* for, hvordan man opfører sig. Mødes Pia fx med en veninde på café, forventes det at hun er nærværende og drikker kaffe. Sådanne sociale krav kan være svære at imødekomme, hvis man fx har det dårligt og undgår kalorier. Men sociale relationer er vigtige. Derfor er det en mulighed at skabe en social praksis, hvor eksterne krav er minimeret, påpeger Pia. Netop derfor har kontakten til dyr været vigtig for Tea (Tea: 7). En social relation helt uden forventninger til, hvordan man skal være.

6.5.2 Social støtte

De sociale betingelser, som informanterne taler mest om i interviewene, er støtte fra deres forældre eller mangel på samme. Faktisk er der kun én ud af de seks informanter, der oplever at have fået den hjælp og støtte fra sine forældre, som hun havde brug for. Den informant er Pia, hvis mor hjalp

hende med at finde et behandlingstilbud, tog med til samtaler, kørte fra Jylland til København, hvis Pia havde brug for støtte, og stod desuden model til diverse vredesudbrud (Pia: 2). - Pia er den af informanterne, der var syg i kortest tid. Anderledes har det været for de resterende fem informanter, der på hver deres måde har oplevet, at deres forældre ikke opdagede spiseforstyrrelsen, ikke reagerede, ikke spurgte ind, ikke forstod, ikke tog det seriøst og/eller ikke var støttende under behandlingen (eg. Gry: 5). For Mie gik der fx lang tid, hvor hendes forældre bare syntes at 'det lidt var noget pjat', og at hun ikke var 'rigtig syg'. Selv da forældrene senere i forløbet erkender spiseforstyrrelsen, har de efterfølgende fortalt Mie, at det var svært for dem at tale om. Mie fortæller:

... i forvejen følte jeg mig meget ensom. [...] Men det blev jo så forstærket af, at nu ved alle at... eller nu har jeg fået en diagnose på... eller et label på, at jeg ikke har det godt, men på trods af det, så er det stadig noget, jeg skal være alene med. Så er det ikke noget, vi skal snakke om. De [mine forældre] var meget berøringsangste. Og det, tror jeg, gjorde det sværere at komme ud af. [...] de her negative tanker, som jeg tænker, de fleste med spiseforstyrrelse har om sig selv; at man dybest set er alene, og at man måske ikke er noget værd [...], og også at det er noget, man bør skamme sig over. Det er noget, man ligesom får bekræftet, når omverdenen ikke kan finde ud af at spørge ind. (Mie: 6)

Mies betingelser er som udgangspunkt, at hendes forældre ikke vil anerkende, at hun har en spiseforstyrrelse. Dog har hun et ønske om at blive rask, så inden for det givne handlerum går hun til lægen og får en diagnose. Dette ændrer hendes handlerum, så hun har mulighed for at starte i behandling. Samtidig ændrer Mies betingelser sig til, at hendes forældre nu anerkender spiseforstyrrelsen. Når Mie har papir på, at hun har det dårligt, og hendes forældre nu anerkender, at hun har det dårligt, forventer hun også, at hendes sociale betingelser ændrer sig fra at have kæmpet med spiseforstyrrelsen alene, til at hendes forældre begynder at bekymre sig om hende, støtte hende og spørge til, hvordan hun har det. Dette er dog ikke tilfældet. Således bliver Mie bekræftet i, at hun ikke er noget værd, hvilket er fastholdende for spiseforstyrrelsen. Idet Mie fik en psykisk diagnose, ændrede hendes betingelser sig altså ikke kun til nye muligheder. Der fulgte ligeledes nogle begrænsninger med i form af *stigma*, skam og tabu, der gør, at hendes forældre nu er blevet berøringsangste. Denne dynamik er paradoks, eftersom det, der var mest hjælpsomt i Mies raskhedsproces; "...helt klart har været at tale med familie og venner om det [spiseforstyrrelsen]." (Mie: 5). Mie fortæller endvidere, at det, at hendes forældre ikke engagerede sig, fik en bekræftende

betydning for følgende antagelse: "...jeg skulle ligesom klare tingene selv, altså jeg måtte selv tage ansvar for mig selv og mit eget liv." (Mie: 6).

Gry oplever, ligesom Mie, at hendes forældre ikke engagerer sig i behandlingen: "...efter de havde lodset mig afsted til ungdomspsykiatrisk, så blev der ikke talt mere om det. Der var ingen, der spurgte mig, hvordan jeg havde det." (Gry: 5). Derfor var der heller ikke nogen social støtte, der kunne holde øje med hende, eller motivere hende til at fortsætte i behandlingen, fortæller Gry. Så hun begyndte at have nogle udeblivelser og endte med at blive afsluttet. Liv oplever, ligesom Mie og Gry, et behov for, at nogen lige tjekker op. For: "...hvis man bliver overladt til sig selv, så er det for nemt bare at fortsætte." (Liv: 6).

Nor har ligesom de andre tre informanter haft en oplevelse af at blive overladt til sig selv. I forbindelse med, at Nor begyndte at udvikle angst, fortæller hen:

...jeg sov nærmest ikke, og de første par uger, når jeg havde det sådan om natten, gik jeg altid ind til mine forældre og var sådan: 'Hey, jeg har det rigtig dårligt'. De første to nætter så var det sådan: 'Nåh, men du har bare haft mæredidt, og det er okay.' Men så som det fortsatte, så blev min far bare sur. Og så holdt jeg op med at gå ind til mine forældre. Og så fik jeg mere og mere den erfaring med, at: 'Okay, der er ikke nogen grund til at fortælle folk, når jeg har det dårligt, for det er der alligevel ikke nogen, der gider at bruge tid på.' (Nor: 8)

Fremfor at forældrene undersøger *grundene* til, at Nor ikke kan sove, og ser *grundene* som problemet, er det i stedet Nors *handling*, der bliver problematiseret. Erfaringer fra én hverdagslig praksis overføres ofte til andre. Dermed lærer Nor hele tre ting; 1) handlingen *at søge støtte* er en socialt uønsket adfærd, 2) det nytter ikke noget at bede om hjælp, og 3) ingen gider bruge tid på, at jeg har det dårligt, - hvilket, ligesom i Mies tilfælde, hurtigt kan få *betydningen* af ikke at være noget værd i andres øjne. Var der dengang blevet taget hånd om det egentlige problem, mener Nor, at det havde været lettere at arbejde med. I stedet kom der en spiseforstyrrelse oven i købet, idet spiseforstyrrelsen for Nor fungerede som redskab til at håndtere angsten (Nor: 8). Det, Nor har lært mest af i sin raskhedsproces, er, at man gerne må bede om hjælp (Nor: 9).

Når jeg spørger informanterne, om der er noget, de selv kunne have gjort for at blive raske tidligere, svarer både Tea, Mie, Nor og Gry meget individualistisk ansvarligt, at de kunne have bedt om hjælp.

Dog følges svaret op med en refleksion over, at det var de ikke i stand til. Nor følte, at hen *havde* bedt om hjælp, men var blevet afvist, hvorfor hen ikke gjorde det igen før mange år efter (Nor: 8); Mie havde ligeledes erfaring med, at hun måtte klare tingene selv (Mie: 6); Tea havde ikke redskaberne til at række ud til folk (Tea: 7); og Gry troede efter dårlig erfaring med behandlingssystemet ikke på, at der var hjælp at hente (Gry: 4).

6.5.3 Tidlig opsporing som mulighed

I interviewet spørger jeg informanterne, om noget kunne have gjort, at de blev raske tidligere. Selvom både Liv og Tea understreger, at de ikke bryder sig om at pege fingre af folk (Liv: 7; Tea: 7), svarer fem ud af seks informanter, at de ikke føler, at voksne omkring dem har været opmærksomme nok på deres signaler og råb om hjælp (eg. Gry: 5).

Nor fortæller, at hen pga. underernæring døjede med svimmelhed, koncentrationsbesvær og humørsvingninger og i den forbindelse var flere gange ved lægen. Her var den professionelle vurdering: "Virus i mellemøret." (Nor: 7). Af samme årsager var Nor ikke meget i skole. Her var lærernes reaktion: "Altså du har rigtig meget fravær. Men altså du klarer dig jo fint fagligt, så keep it up!". Der var aldrig nogen, der så, hvad der foregik, eller spurgte: "Hey, er du okay?". Nor fortæller, at disse oplevelser bekræftede hen i sin antagelse af, at: "Voksne tager mig ikke seriøst.", hvilket gør det endnu sværere for Nor at søge hjælp og faktisk; "...var direkte ødelæggende." (Nor: 7).

For Livs vedkommende blev spiseforstyrrelsen godt nok opdaget på hendes uddannelse, hvor der blev afholdt et helt møde; "...der gik ud på: 'Hvad skal vi gøre med Liv?' Men der skete heller ikke noget. Der var ligesom ikke nogen, der syntes, at det var grelt nok..." (Liv: 5) fortæller Liv. Flere af informanterne har heller ikke haft held med, at deres forældre opsporede dem. Gry fortæller:

...min far kunne faktisk ikke se, at jeg var tynd. Og jeg skal ikke sige... vil ikke sige, hvor meget jeg vejede, men det var ikke meget. Men han kunne faktisk ikke se det, sagde han. Hvilket er ret absurd. (Gry: 5)

Vi har altså Gry, hvis far ikke kan se, at hun er tynd; Liv, hvis tilfælde bliver vurderet til ikke at være 'grelt nok'; og Nor, hvis symptomer på spiseforstyrrelsen slet ikke bliver opdaget. Nor påpeger, at dette kan have noget at gøre med, at hen gik på en skole uden særligt mange midler, og hvor hen oplever, der skete en prioritering af mere fysisk udad reagerende børn (Nor: 3). I dette tilfælde kan

der ses betydningsstrukturer fra kommunens økonomi og prioritering af midler i skolevæsnet til, at Nor må fortsætte med at gå alene og have det dårligt.

Fra begrebsafklaringen ved vi, at der ifm. tidlig opsporing lægges stor vægt på vigtigheden af befolkningens viden om spiseforstyrrelser. Dog ved vi også fra analyseafsnittet 'Samfundsmæssige strukturer, diskurser og forståelser', at fremstillinger af spiseforstyrrelser kan være meget unuancerede. Med dette in mente kan en anden grund til, at Gry, Liv og Nor ikke bliver opsporet, være, at omgivelserne simpelthen ikke ved, *hvordan* de skal reagere, *hvad* de skal kigge efter, eller kigger efter symptomer, der baserer sig på viden, som ikke stemmer overens med de mange nuancerede måder, spiseforstyrrelser kan komme til udtryk på i praksis. Når Gry far ikke kan se, at hun er tynd, kan man således være nysgerrig på, om Gry i farens øjne bare lever op til en kropsdiskurs, hvor det at være tynd er normalen, og at man for at have en spiseforstyrrelse må forstås at være 'meget meget tynd'.

6.5.4 Opsummering

I dette afsnit om "Sociale betingelser" fik vi belyst at minimering af eksterne krav i sociale praksisser kan være en mulighed for at mindske social isolation, og dermed undgå at afskære sig fra sociale relationer, der understreges som betydningsfulde for bedring. Desuden har vi set, at svigt i forbindelse med at spiseforstyrrelsen bliver taget seriøst, kan forstærke og bekræfte de plagsomme tanker og følelser, personen i forvejen kæmper med, samt afholde dem fra at søge hjælp. Endvidere har vi set, at begrænsninger for tidlig opsporing kan anses som relateret til strukturelle betingelser for prioritering af skolers ressourcer, samt unuancerede diskursive forståelser af spiseforstyrrelser og samfundsmæssige kropsdiskurser.

6.6 Behandlingspraksis og institutionelle strukturer

Professionel hjælp i form af behandling, terapi eller psykologsamtaler er noget, alle informanterne understreger som betydningsfuldt for recovery. Dog er det ikke lige meget, hvordan hjælpen udformer sig. I dette afsnit vil vi dykke ned i nogle af de forhold, informanterne oplever som betydningsfulde i den professionelle hjælp, de har modtaget. Derudover skal vi se nærmere på nogle af de begrænsninger informanterne oplever ifm. overhoved at søge og modtage professionel hjælp.

6.6.1 Fokus på årsager vs. fokus på symptomer

Alle informanterne nævner vigtigheden af at få talt om og arbejdet med det, der 'ligger bag' spiseforstyrrelsen (eg. Liv: 2). Dog har både Mie, Tea og Gry hver især oplevet ikke at få opfyldt det behov fyldestgørende under forskellige psykiatriske behandlinger. Mie fortæller om sine to afbrudte forløb på Stolpegården:

Jeg oplevede ikke rigtig, at der var plads til at beskæftige sig med *årsagen* til symptomerne, og det, oplevede jeg ikke som støttende at skulle snakke så meget om, hvad vi spiste eller hvor meget vi kastede op. Og det, synes jeg, var rigtig ærgerligt og ikke særlig hjælpsomt for mig. Og jeg kunne bedst forestille mig, at behandlerne var enige i, at det også var noget, der var brug for at snakke om. Og det var der måske ikke ressourcer til. (Mie: 5-6).

Når tre af informanterne har oplevet, at der i deres psykiatriske behandling var større fokus på det fysiske end det psykosociale, kan det, som Mie påpeger, skyldes at de ressourcer, der af myndighederne stilles til rådighed i psykiatrien, er begrænsede. I så tilfælde må der ligeledes være tale om en politisk prioritering af disse begrænsede ressourcer, der eftersigende falder i de fysiske aspekters favør. En sådan prioritering kan ses i sammenhæng sundhedsbegrebets historie, som indenfor sundhedsvæsenet primært har været knyttet til en *fysisk* forståelse af sundhed som fravær af sygdom. Disse samfundsmæssige omstændigheder kan med Foucaults begreber beskrives som de *diskursive magtstrukturer*, som behandlingspraksissen er organiseret under, og som både patienter og behandlere er underlagt. Med et kritisk psykologisk perspektiv kan man heraf få øje på *betydningsstrukturer* mellem den objektive betingelse 'økonomisk og politisk forvaltning af ressourcer i psykiatrien' og Mies følelsesmæssige velbefindende.

Jeg synes egentlig ikke, at det er forkert at snakke om det fysiske og vægtøgning og have så meget fokus på maden. Fordi det *er* vigtigt. Men [...] hvis man kun arbejder med de ydre lag, og det synes jeg, der bliver gjort i den ambulante behandling, efter min erfaring [...], så kan det godt være, at man kan være symptomfri, men de reelle problemer bliver der ikke arbejdet med, og det er måske *det*, jeg synes, der er et problem. (Tea: 8-9)

Her påpeger Tea, at det kun at arbejde med 'de ydre lag' kan være en betydningsfuld grund til, at nogle ikke bliver raske, - kun symptomfri. Både Gry, Tea og Mie fortæller, at da de først begyndte at gå i dybden med 'den psykiske del' af spiseforstyrrelsen, kom der automatisk styr på de fysiske symptomer (eg. Mie: 3). Øget fokus på årsager kan altså ses som en mulighed for, at fysiske symptomer på spiseforstyrrelsen mindskes. Kommer der mere fokus på at arbejde med de bagvedliggende problemer, kan det muligvis også være med til at løsne op for den ambivalens, der kan være forbundet med at give slip på spiseforstyrrelsen.

6.6.2 Tryghed, tillid og respekt

Nor, Tea, Liv og Pia nævner alle, at relationen til deres psykolog eller behandler var utrolig betydningsfuld for deres raskhedsproces. I relationen til en behandler/psykolog lægger informanterne vægt på ord som 'samarbejde', 'tryghed' og 'tillid', samt at føle sig vellidt, taget seriøst, respekteret, set og hørt (eg. Liv: 7). Det er dog ikke alle informanterne, der har oplevet dette. Da jeg spørger Gry, om noget kunne have hjulpet hende til at blive rask tidligere, svarer hun, at hun ikke tror, hun havde behøvet at kæmpe med spiseforstyrrelsen i så mange år, hvis der var blevet taget ordentligt hånd om hende, da hun første gang søgte hjælp i psykiatrien. Gry fortæller om sit møde med behandleren:

...jeg følte, at jeg sad overfor et menneske, som havde en helt klar ide om, hvad der lå til grund for en spiseforstyrrelse, og så prøvede hun at putte mig ind i den kasse i stedet for at se mig som et selvstændigt individ. Og sjovt nok er det hele kernen i min spiseforstyrrelse; at jeg er vokset op med ikke at blive set, hørt og respekteret som et selvstændigt individ, men blevet udsat for at skulle passe ind i det billede, mine forældre nu syntes. Så det gentog sig egentlig bare i den behandling. (Gry: 4)

I Gry's første møde med psykiatrien oplever hun at blive mødt med nogle *normative forventninger* til, hvad det vil sige at have en spiseforstyrrelse. Normativitet indebærer, ifølge Foucault, en forenkling

af komplekse fænomener. Den forenkling af spiseforstyrrelsen, som Gry bliver mødt med, resonerer ikke med, hvordan spiseforstyrrelsen udfolder sig hos Gry. Vi ved fra Foucault, at definitionen af det *normale* samtidig kommer til at udgøre definitionen af det *unormale*. Når Gry ikke passer ned i den kasse, som behandleren gerne vil putte hende i, kan det altså udløse en følelse af at være unormal eller forkert. Netop en sådan forkerthedsfølelse oplever Gry, som det der i første omgang udløste spiseforstyrrelsen. Den normative forståelse af spiseforstyrrelser, som Gry møder hos behandleren, kommer på den måde til at fastholde hende i en følelse af at være forkert. Gry fortæller, at hun i forvejen havde tillidsproblemer hjemmefra, hvorfor der ikke skulle meget til at ødelægge al anden tillid. Da Gry samtidig havde en behandler, der glemte deres aftaler, mistede hun tilliden, og hendes erfaring blev, at der ikke var plads og hjælp til hende i psykiatrien, fortæller hun (Gry: 4-5). Derfor endte hun med at kæmpe mod spiseforstyrrelsen på egen hånd. - Der skulle gå 20 år før Gry blev rask.

I Nors første forsøg med at søge behandling går det helt anderledes:

Jeg tænkte egentlig, da jeg kontaktede dem [ROBUS], at; 'det er jeg slet ikke syg nok til' [...]. Og det var egentlig også første gang, jeg overhovedet havde søgt hjælp. Ja og så ringede de så tilbage med det samme og var sådan: 'Ja, du er *helt* i vores målgruppe.' Og så gik jeg så i forløb der. (Nor: 4)

Selvom Nor er i tvivl, om hen kan kategoriseres som 'syg nok' til behandlingstilbuddet, bliver hen mødt med en inkluderende attitude, hvor hen oplever at passe ind.

6.6.3 Berettiget til behandling

Faktisk oplever flere af informanterne, at der har været krav og normative forventninger til deres spiseforstyrrelse, som de ikke har kunne leve op til. Tea fortæller:

...jeg var ikke så undervægtig som mange af de andre, fordi jeg havde atypisk anoreksi og atypisk bulimi. Så jeg tror ikke... det kan selvfølgelig også bare være sådan, som jeg stadig ser det, men jeg følte jo ikke, at jeg var særlig undervægtig. [...] selv da jeg blev indlagt som døgnpatient, følte jeg jo ikke, at jeg var syg nok, jeg var ikke undervægtig nok, jeg var ikke tynd nok til at være der [...], jeg følte, at jeg optog pladsen for nogen, der havde mere krav på det. (Tea: 5)

At man hverken føler sig 'tynd nok' eller 'syg nok' til at få behandling, kan selvfølgelig, som Tea påpeger, have at gøre med spiseforstyrrelsens karakter, idet manglede sygdomserkendelse og forstyrret kropsbillede er kendte symptomer. Dog ved vi også, at der i form af diagnosekriterier er nogle helt specifikke krav til og normer for, hvor tynd man skal være (BMI < 17,5), hvor ofte man skal kaste op (> 2 gange ugentligt i 3 måneder), og hvor forstyrret, man skal være, for at få behandling. I disse beskrivelser af spiseforstyrrelser ud fra normative forenkede kriterier, kan der ses en risiko for, at diagnosekriterierne får en understøttende betydning for den spiseforstyrrede opfattelse af, at det er vigtigt at være tynd. At man kun er værdig (til at få hjælp), når man er tynd. Dette er især interessant i et foucauldiansk perspektiv, hvor man mener, at sproget - også det skrevne - ikke bare er med til at beskrive verden, men også er med til at konstruere den. Det kan altså diskuteres hvorvidt diagnosekriterierne kan ses som værende medkonstituerende til selve spiseforstyrrelsen.

I al fald er der risiko for, at de informanter, der oplever ikke at passe på kriterierne, kommer til at føle sig forkerte. En følelse, som flere af informanterne i forvejen døjer med (eg. Liv: 6). Der er altså risiko for, at følelsen bliver forstærket, idet det nu ikke "bare" er dem selv, der er forkerte. Deres spiseforstyrrelse er også forkert.

...noget af det, der kan være svært ved at være i proces med at blive rask, det er, at man jo tager på, og så ser man normal ud, og indeni er man stadigvæk pisse hamrende syg. Så på den måde kan de dér tal ikke rigtig bruges til så meget, fordi jeg har været normalvægtig i mange år og stadig været pisse hamrende spiseforstyrret. Hvilket jo også er en af grundene til, at jeg jo ikke har kunne få hjælp. Fordi jeg er ikke tynd nok. Og det vil jeg måske også godt lige tilføje [...], at man måske overvejede lidt; hvad er det for nogle kriterier, man bestemmer ud fra, hvem der skal have hjælp? For [...] jeg tror, der går *rigtig* mange mennesker rundt, som er normalvægtige, og som har det ad *helvede* til, og som ikke kan få den hjælp, de har brug for, fordi de ikke er tynde nok. (Gry: 9)

Her peger Gry på, at diagnosesystemet ikke bare er en mulighed for, at nogle personer kan få hjælp. Det er også begrænsning der gør, at nogle *ikke* kan få hjælp. Personer der i Grys optik burde få og har brug for hjælp. Derfor mener hun ikke, at de normative kriterier med fokus på krop og vægt, der er sat op for spiseforstyrrelser, stemmer overens med de mange nuancer en spiseforstyrrelse kan have, hvor man fx kan være normalvægtig, og dermed være *biologisk recovered*, men stadig være syg ud fra adfærdsmæssige og psykiske parametre. Samtidig ved vi, at der i behandling af spiseforstyrrelser

ofte er et stort fokus på at få patienter til at spise og op i vægt. Men når man er kommet op i vægt, påpeger Gry, passer man ikke på diagnosekriterierne og er dermed ikke længere berettiget til hjælp. Således har Gry været overladt til at kæmpe med de psykiske og adfærdsmæssige symptomer selv.

Nor har ligesom Gry og Tea heller ikke følt sig syg nok eller berettiget til behandling, hvilket har haft en fastholdende betydning, fortæller Nor. For;

...så bliver svaret mere sådan; 'nåmen det må *jeg* arbejde med. Det burde jeg have styr på selv.' End svaret bliver; 'Mm måske jeg skulle overveje at søge behandling'. [...] det skal føles som en reel mulighed. [...] det der med, at det er måske også fint nok at søge hjælp, selvom man selv føler, at det bare er begyndende, eller at man selv føler, at det bare er et lille problem. (Nor: 11)

Når behandling ikke føltes som en reel handlemulighed, var det begrænsende for, at Nor søgte behandling. Nor peger heraf på, at en mulighed for at få flere i behandling kunne være, at man modificerede kriterierne for, hvor syg eller hvor tynd man skal være eller føle sig, eller for den sags skyld ens pårørende vurderer, man er, før man kan søge behandling.

6.6.4 Opsummering

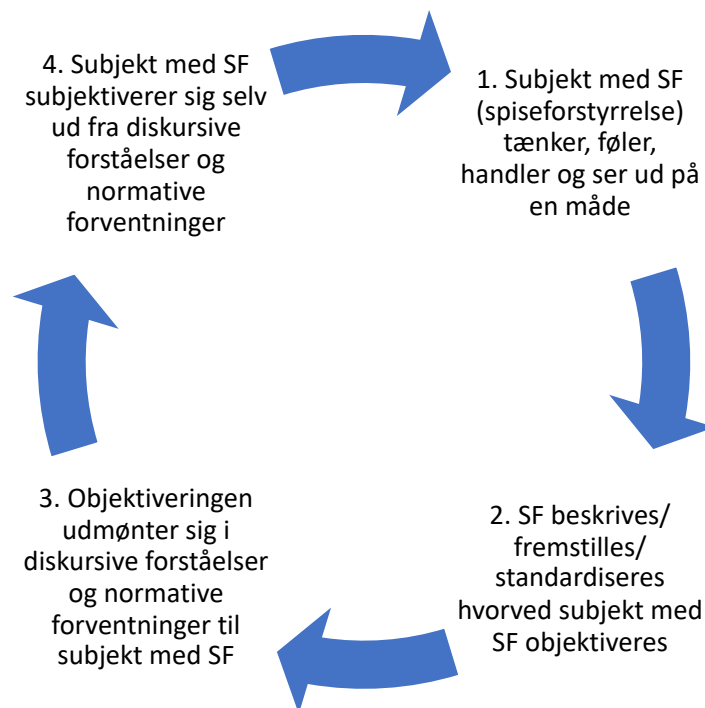
I dette afsnit om "Behandlingspraksis og institutionelle strukturer" er det blevet belyst, at større fokus på bagvedliggende årsager til spiseforstyrrelser kan være en mulighed for i højere grad at imødekomme informanternes oplevelse af spiseforstyrrelser som handlemulighed. Et fokus der desuden kan gøre, at fysiske symptomer automatisk aftager. I forholdet til behandlere og behandlingssystemet, har vi set, at det er befordrende for bedring, når informanterne føler sig set, hørt og respekteret. I den forbindelse kan kassetænkning og diagnosekriterier komme til at stille krav til spiseforstyrrelsers fysiske og adfærdsmæssige sværhedsgrad, som informanterne ikke alle *kan* eller *føler* de kan leve op til. Dette er en begrænsning for at søge hjælp, og kan desuden forstærke en forkerthedsfølelse, samt ønsket om at være tynd (nok).

7. Diskussion

I analysen frembragte vi, gennem seks informanternes retrospektive fortællinger, hvorledes personer, der kan defineres som recoverede fra en spiseforstyrrelse, har oplevet sociale og strukturelle betingelser som betydningsfulde i forbindelse med deres bedringsproces. Dette afsnit vil diskutere udvalgte pointer fra analysen med henblik på - i et forandringsperspektiv - at belyse, hvordan disse betydninger kan relateres til, at mange ikke bliver raske fra en spiseforstyrrelse.

7.1 Misforstået

I litteraturreviewet pegede et studie på, at det i behandlingsregi er væsentligt at føle sig set, hørt, respekteret og forstået. Samme betingelser blev fundet betydningsfulde i denne afhandlings analyse. Dog ikke kun i behandlingsregi. Det at blive og føle sig set, hørt, mødt, forstået og taget alvorligt er betingelser for recovery, som på tværs af analysekategorierne står frem som betydningsfulde for informanterne. Hvad enten det gælder pårørendes reaktion på spiseforstyrrelsen, det sociale netværks opsporing af spiseforstyrrelsen, behandlingssystemets klassificering af spiseforstyrrelser eller diskursive fremstillinger af spiseforstyrrelser. I litteraturreviewet havde kun et enkelt studie fokus på ydre omstændigheder som dele af faserne for recovery. Her defineredes udgangspunktet for spiseforstyrrelser ved at føle sig *misforstået af andre*, og vendepunktet for bedring ved at føle sig *forstået af andre*. Denne helt forsimplede dimension af recovery kan ses i analysen, når flere informanter forbinder perioden før deres bedring med bl.a. at være overladt til sig selv, og at bedring opleves ved bl.a. at snakke med andre om, hvordan man har det. Helt basalt kan dette selvfølgelig relateres til, at der i højere grad er mulighed for at få støtte og hjælp, hvis nogen udviser forståelse, ser og hører én. På et mere komplekst plan kan forholdet mellem recovery og at føle sig forstået også relateres til individets selvforståelse. I kritisk psykologi ses individets selvforståelse som et 'udefra og indforhold'. Når der er uoverensstemmelse mellem forståelser, hører der eksterne krav til udvekslingen af perspektiver, som individet ikke nødvendigvis kan indfri, hvilket kan have indvirkning på, om individet forstår sig selv som fx forkert eller unormal og deraf kan føle skyld og skam. Forholdet mellem recovery og at føle sig forstået kan ligeledes belyses ud fra Foucaults subjekt-forståelse, hvor selvets konstruktion foregår gennem en samtidig objektivering og subjektivering. Et eksempel, der kan visualiseres, er den diskrepans, som flere af informanterne oplever mellem deres egen forståelse af spiseforstyrrelse - og diagnosekriterier, samfundets fremstilling samt almene forståelser af spiseforstyrrelse:



Således kan det fra et foucauldiansk perspektiv siges, at DCI-10, dokumentarer og emneuger i skolen ligeså vel som denne afhandling og andre objektive forståelser, tillige med subjektets egen forståelse af spiseforstyrrelse, - er medkonstituerende til spiseforstyrrelser. Er der stærk diskrepans mellem subjektive og objektive forståelser af spiseforstyrrelse, kan det have indflydelse på, hvorvidt subjektet bliver og føler sig set, hørt, mødt og forstået, og kan i værste fald (gen)skabe, forstærke og fastholde følelser af at være utilstrækkelig, forkert eller uberettiget. I afhandlingens problemfelt blev det beskrevet, at spiseforstyrrelsens karakter i form af bl.a. ambivalens og selvforstærkende symptomer, gør lidelsen vanskelig at behandle. I ordene *karakter* og *selvforstærkende* henvises der sprogligt til, at vanskeligheden og den forstærkende dynamik ligger i lidelsens egen natur. Ovenstående argumentation belyser i sammenhæng med analysen et udvidet perspektiv på dette, hvor strukturelle og sociale betingelser i form af diskursive kategoriseringer, unuancerede forståelser, normative forventninger, stigmatisering, forældresvigt mv. kan have en forstærkende indvirkning på de tanker, følelser og handlinger, der ligger til *grund* for en spiseforstyrrelse.

7.2 Det er vigtigt at få hjælp, men man skal klare sig selv

Foucault ser subjektet som et passivt objekt for viden, underkastet samfundets diskurser. Fra et kritisk psykologisk perspektiv er subjektet *ikke* passivt, idet der indenfor givne betingelser er forskellige muligheder for at handle. Som Grys sindsro-bøn er der nogle betingelser, individet kan ændre, og nogle det ikke kan ændre. Bl.a. kan man, ligesom Nor gjorde, fjerne sig fra kontekster, man finder fastholdende for spiseforstyrrelsen, finde et behandlingstilbud, hvor kravene til spiseforstyrrelser er mindre stringente, eller som Pia, etablere sociale praksisser, hvor normative forventninger er minimale. Fra et kritisk psykologisk synspunkt må disse muligheder dog ikke forstås som påbud om individualistisk ansvar for handling. At omgå sociale og kulturelle betingelser ved at handle på ovenstående måder er lige så vel funderet i strukturelle og sociale betingelser. Der er dog også perspektiver på recovery, der ikke inkluderer denne dimension. I litteraturreviewets samlede oversigt over faser for recovery, fremgår det af fase tre, at man for at komme sig over en spiseforstyrrelse må åbne op for andre og tage imod/bede om hjælp. I disse opfattelser af recovery ses individet som et autonomt væsen, hvor det ligger inden for individets eget handlerum at få hjælp. - man skal bare åbne op, tage imod eller bede om hjælp. Og de 'andre', der omtales, forekommer villige og tilgængelige over for sådanne handlinger. Dette perspektiv stemmer ikke overens med det fulde billede af informanternes oplevelser, hvor flere fx:

- Ikke har oplevet at blive tilbudt hjælp.
- Har forsøgt at åbne op overfor andre eller bedt om hjælp, men er ikke blevet set, hørt, mødt, forstået eller taget alvorligt.
- Ikke har følt sig berettiget til at bede om hjælp.
- Haft en antagelse (begrundet i social erfaring og/eller samfundsnormer) af, at man skal klare sig selv.
- Ikke har bedt om hjælp grundet ulyst til at tage på - som vi har set kan relateres til strukturelle betingelser som kropsdiskurser og behandlingsmæssigt fokus på vægtøgning og fysiske symptomer.

Ligeledes kan den psykiske diagnoses forbundenhed med stigma ses som grund til afholdelse fra at bede om hjælp. Som Dreier påpeger, må individets handlinger afstemmes med hverdagslivets meddeltagere. Heraf må recovery nødvendigvis forstås i forhold til kontekstuelle sammenhænge.

7.3 Forståelse af spiseforstyrrelse som strukturel betingelse

Spiseforstyrrelser defineres som psykiske lidelser og/eller adfærdsmæssige forstyrrelser. Med et foucauldiansk blik på sproglig indlejring ligger der i disse definitioner en implicit henvisning til, at problemet findes i individets indre, og/eller at det er individets adfærd, der er problemet. Således stemmer definitionen ikke helt overens med informanternes oplevelse af spiseforstyrrelse som handlemulighed for at håndtere ydre problemer. På den ene side kan det diskuteres, om informanternes oplevelse af spiseforstyrrelse som mulighed - fremfor risiko - kan være et udtryk for manglende sygdomserkendelse, som er et kendetegn ved spiseforstyrrelser. På den anden side kan der, ud fra et foucauldiansk perspektiv, stilles spørgsmålstegn ved spiseforstyrrelsers definition som psykisk lidelse. Hvis spiseforstyrrelse ikke er en sygdom, kan det selvfølgelig være svært for personer med spiseforstyrrelser at erkende, at de er syge. Ifølge Foucault er forståelsen af psykiske lidelser dynamisk og foranderlig. Desuden ved vi, at spiseforstyrrelse før i tiden ikke blev set som en sygdom. Dette åbner op for at kunne forstå og definere spiseforstyrrelser på andre måder. Med udgangspunkt i kritisk psykologi kunne en alternativ definition, der mere præcist indfanger informanternes forståelse af spiseforstyrrelse, være *et psykosocialt problem*. En sådan definition kunne i højere grad sprogligt henlede til et behandlingsmæssigt fokus på (de bagvedliggende) sociale betingelser som en del af problemet. En ulempe ved at se spiseforstyrrelse som et psykosocialt problem er, at individets handlerum indsnævres, idet problemet delvist ligger uden for individet. Til gengæld mindskes det individualistiske ansvar og deraf den skyld over spiseforstyrrelsen, som informanterne oplever som begrænsende betingelser for bedring.

7.4 Forståelse af raskhed som strukturel betingelse

Går vi videre med forestillingen om ikke at se spiseforstyrrelse som en sygdom, kan det diskuteres, hvorvidt man i det hele taget kan tale om at blive rask fra en spiseforstyrrelse. For flere af informanterne vil forstyrret spisning altid være en handlemulighed, som de mere eller mindre aktivt skal vælge fra både i hverdagen og i perioder med udfordrende livsbegivenheder. For informanterne betyder dette ikke nødvendigvis, at de ikke er raske. Men prøver man at presse et raskheds-begreb ned over denne oplevelse og forståelse af spiseforstyrrelser, kan det blive vanskeligt at tale om at være *helt* rask, hvilket informanterne også tøver med at gøre. Således kan et imperativ om at blive helt rask komme til at stå i vejen for håbet om, at det overhovedet er muligt at blive rask. William Anthony forsøger med recovery-begrebet at løsne op for dikotomien mellem syg og rask ved at foreslå

recovery som en unik proces, hvor man kan leve et godt liv både med og uden symptomer. Men når man, i forsøget på at forklare recovery, inddeler og standardiserer recovery-begrebet, udgrænses den oprindeligt ideografiske forståelse af begrebet, og tillægges i højere grad en mere nomotetisk forståelse. På den ene side kan standarder for og inddelinger af recovery-begrebet være mulighedsskabende betingelser for et kvalitetsmæssigt niveau i behandlingssystemet, hvor man ikke tager til takke med, at patienten fx er biologisk recoveret og/eller adfærdsmæssigt recoveret. - Med Grys ord oversat til, at man ser normal ud uden på, men stadig er pisse hamrende spiseforstyrret indvendigt. På den anden side, er kategoriseringer og standardiseringer, ifølge Foucault, med til at fastholde individer i unuancerede positioner, hvilket i dette tilfælde kan betyde, at man risikerer at opstille begrænsende betingelser for recovery. Fra et kritisk psykologisk perspektiv kan dette forstås ud fra, at jo flere kriterier der opstilles som den objektive sandhed for, hvad det vil sige at være recoveret, jo mere afgrænses handlerummet og heraf muligheden for at kunne definere sig, føle sig og forstå sig selv som recoveret.

8. Konklusion

Afhandlingen udsprang af en undren over, hvorfor mange ikke bliver raske, og en nysgerrighed på, hvad der skal til for at blive rask. Dette var med en forforståelse af, at spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse, som det er muligt at blive 100% rask fra. Min forståelse er imidlertid blevet udvidet til, at spiseforstyrrelser kan ses som handlemuligheder til at håndtere ydre problemer, i hvilket tilfælde det kan virke malplaceret, ja ligefrem begrænsende for bedring at tale om et raskheds-begreb. Ikke desto mindre er det sådanne forståelser og betingelser, personer med spiseforstyrrelser må forholde sig til, når de skal komme sig.

Med udforskning af problemstillingen i et retrospektivt førstepersonsperspektiv kan det konkluderes, at sociale og strukturelle betingelser er eller kan være betydningsfulde for at komme sig over en spiseforstyrrelse. De betingelser, der især fremstår som betydningsfulde, er at blive opdaget, støttet, hjulpet og behandlet. - Betingelser der kan relateres til at blive og føle sig forstået. Men subjektive forståelser af både *spiseforstyrrelse* og *rask fra en spiseforstyrrelse* kan på flere punkter adskille sig fra både kliniske diagnosekriterier, standardiserede recovery-kriterier, og de almene forståelser der er eller kan være i samfundet og hos pårørende. Denne diskrepans mellem subjektive og objektive forståelser kan have betydning for, at personer med spiseforstyrrelser kan føle sig forkerte, alene, uberettigede, uværdige, utilstrækkelige mv., hvilket kan virke forstærkende/ fastholdende for en spiseforstyrrelse og dermed begrænsende for recovery. Fem ud af de i alt seks informanter fra undersøgelsen har i længere perioder haft en oplevelse af, at de stod alene med deres spiseforstyrrelse uden at få den hjælp, støtte og forståelse, de havde brug for.

En belysning af strukturelle og sociale betingelsers betydning har vist, at der i en recovery-proces kan være en lang række komplekse betydningsstrukturer/ begrænsninger, der som dele af større sammenhænge kan have betydning for, at mange ikke bliver raske fra en spiseforstyrrelse.

Recovery betegnes som en unik og personlig proces. Jeg vil på baggrund af denne afhandling foreslå en situeret forståelse af recovery fra spiseforstyrrelse som en unik, personlig og social proces, funderet i strukturelle og samfundsmæssige betingelser.

9. Perspektivering

I videre forskning kunne det metodisk være relevant at inkludere flere perspektiver fra praksisfællesskabet. Teoretisk kunne det være væsentligt at inddrage den tyske sociolog Axel Honneth. Honneth mener, at betingelsen for et godt liv er at føle socialt værd i form af anerkendelse (Juul 2012: 336), hvilket kan relateres til at blive forstået som betingelse for recovery. Baseret på konklusionens forslag om *situeret recovery* kunne et sådan begreb videreudvikles i relation til socialantropolog Jean Lave og læringsteoretiker Etienne Wengers begreb *situeret læring*. Lave og Wenger forstår heraf læring som en dynamisk og situeret aktivitet baseret på individets deltagelse i social praksis (Lave & Wenger 2003: 18).

Med mere udvidede diagnosekriterier bliver DCI-11 snart en realitet i Danmark, og flere har mulighed for at leve op til kriterierne for behandling. Dette løser dog ikke et fortsat fokus på fysiske og biologiske symptomer. Et muligt alternativ kunne være at læne sig op ad det amerikanske diagnosesystem DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder], som umiddelbart indeholder en mere holistisk forståelse af sindslidelser (Wullf 2017). En anden mulighed er et alternativt *complaint-oriented* (diagnose)system udviklet af den britiske psykiater Richard Bentall. Her arbejdes der ikke med specifikke diagnoser, men med de symptomer, patienten klager over. Er patienten fx trist, arbejdes der ud fra det (Bentall 2006).

En ny rapport fra Sundhedsstyrelsen (2. juli 2020) viser, at der fortsat er en markant stigning i spiseforstyrrelser. Samtidig udgør den berørte gruppe flere børn og unge end nogensinde før, og de bliver yngre og yngre (ibid.). I en artikel om rapporten udtaler vicedirektør i LMS Sabine Klinker: ”Det er et meget stort problem, og de ramte har svært ved at blive raske.” (DR 2020).

I afhandlingens samarbejde med LMS er det aftalt at skrive en artikel om undersøgelsens resultater i deres medlemsblad, samt evt. holde et oplæg for brugere, pårørende og frivillige. Ligeledes kommer resultaterne til at indgå i et større forskningsprojekt om recovery ved forskningsenheden på PCB. Ved at italesætte og fremstille en udvidet og mere nuanceret forståelse af recovery, kan undersøgelsen som en lille del af større komplekse sammenhænge, måske være medkonstituerende til en fremtid, hvor flere personer har mulighed for at komme sig over deres spiseforstyrrelse.

10. Litteraturliste

Anthony W A (1993) "Recovery From Mental Illness" Psychosocial Rehabilitation J 16(4)

Antonovsky A (2000) "Helbredets Mysterium" 1(8) Hans Reizels Forlag

ANAD (2020) "Eating Disorder Statistics"

<https://anad.org/education-and-awareness/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

(1/3-20)

Basch J, Melchers K, Kegelman J & Lieb L (2020) "Smile for the camera!" J of Managerial Psychology

Bachner-Melman R, Zohar A H & Ebstein R P (2006) "An examination of cognitive versus behavioral components of recovery from AN" The J of nervous and mental dis 194(9):697-703

Beat Eating Disorders (2020) "How Many People Have an ED in the UK?"

<https://www.beateatingdisorders.org.uk/how-many-people-eating-disorder-uk> (1/3-20)

Bentall R (2006) "Madness Explained" Med Hypothesis 66(2):220-233

Bilfeldt A (2007) *Metodekombination med kritisk teoretisk analyse*. I Fuglsang L, Hagedorn-Rasmussen P & Olsen P B "Teknikker i samfundsvidenskaberne" Roskilde Universitetsforlag

Brinkmann S & Kvale S (2008) *Ethics in Qualitative Psychological Research*. I Willig C & Stainton-Rogers W (red): "The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology" Sage

Brinkmann S (2010) *Indledning* I Brinkmann S (red): "Det Diagnosticerede liv" Forlaget Klim: 1-6

Bowlby C, Anderson T, Hall M & Willingham M (2015) "Recovered Professionals Exploring ED Recovery" Clin Soc Work J 43

Bruner J (1999) ”Mening i handling” Harvard University: 25-26

Butler J (1995) *Introduction*. I Butler J: ”Bodies That Matter” Routledge

Cambridge Dictionary (2020): ”Recovery”

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/recovery> (4/4-20)

Christensen G (2014) ”Psykologiens videnskabsteori” Samfundslitteratur, ProQuest Ebook

Cui G, Lockee B & Meng C (2012) ”Building modern online social presence” *Educ Inf Technol* 18:661-685

Dahlin U (2019) ”Professor: Vi har brug for at få moderniseret psykiatrien” *Information*

<https://www.information.dk/indland/2019/12/professor-brug-faa-moderniseret-psykiatrien> (9/7-20)

Dawson L, Rhodes P & Touy S (2014) ”Doing the Impossible” *Qualitative Health Research* 24(4)

DR (2020) Rekordmange bliver behandlet for alvorlige spiseforstyrrelser:

<https://www.dr.dk/nyheder/indland/rekordmange-bliver-behandlet-alvorlige-spiseforstyrrelser-men-det-gaar-den-rigtige> (9/7-20)

Dreier O (1994) *Psykosociale sundhedsbegreber i praksis*. I Jensen U J (red): ”Sundhedsbegreber i praksis” *Philosophia* 23 1(2)

Dreier O (2016) *Conduct of Everyday Life: Implications for Critical Psychology*. I Schraube E & Højholt C (red): ”Psychology and the Conduct of Everyday Life” Taylor & Francis Group, ProQuest Ebook

Elsass P & Lauritsen P (2006) ”Humanistisk sundhedsforskning” *Hans Reizels Forlag* 1(1):159-210

Federici A & Kaplan A (2008) ”The Patient’s Account of Relapse and Recovery in AN” *European Eur Eat Disorders Rev* 16

Foucault M (1972) "The Archaeology of Knowledge and Discourse on Language" Pantheon Books: 22-32,44-49

Foucault M (1982) "The Subject and Power" *Critical Inquiry* 8(4):777-795

Foucault M (1994) "Viljen til viden" *Det lille forlag* 1(5):8-10, 106-108, 123-125

Foucault M (2009) "Galskabens historie" *Det lille forlag* (3):103-104, 170

Friis-Hasché E (2013) *Sundhed, sygdom og funktion*. I Friis-Hasché E, Frostholm L & Schröder A: "Klinisk sundhedspsykologi" *Munksgaard* 2(1):25-45

Gildberg F A (2018) "Trin 1 - den første læsning" I Gildberg F A & Hounsgaard L (red): "Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning" *Forfatterne og Klim*

Hansen A (2012) *Diskurs- og videnskabsteori I*: Juul S & Pedersen K: "Samfundsvidenskabernes videnskabsteori". Hans Reizels Forlag 1(2)

Hecht L K & Schousboe B H (2012) "Spiseforstyrrelser" *Psykiatrifondens Forlag* 1(1): 20-29

Heede D (2018) "Det tomme menneske - introduktion til Michel Foucault" *Museum Tusulanums Forlag* 2(6)

Holz kamp K (2013) *Basic concepts of Critical Psychology*. I Schraube E & Osterkamp U (red): "Psychology from the standpoint of the subject" Basingstoke: Palgrave Macmillan

Holz kamp K (2016) *Conduct of Everyday Life as a Basic Concept of Critical Psychology*. I Schraube E & Højholt C (red): "Psychology and the Conduct of Everyday Life" Taylor & Francis Group, ProQuest Ebook

Højholt C (1996) *Udvikling gennem deltagelse*. I Højholt C & Witt G (red): "Skolelivets socialpsykologi" Unge Pædagoger

Jakobsen H (2004) "Recovery og omsorgstænkning" *Klinisk sygepleje* 18(4):42-47

Jartoft V (1996) *Kritisk psykologi*. I Højholt C & Witt G (red): "Skolelivets socialpsykologi" Unge Pædagoger

Jensen J & Olsen N (2016) *Hvad er neoliberalisme?*. I Jensen J & Olsen N (red): "Neoliberalisme" Slagmark 74

Khalsa S S, Portnoff, McCurdy-McKinnon & Feusner (2017) "What happens after treatment? A systematic review" *J Eat Disord* 5:20

Khawaja I (2005) "Det selvkonstruerende menneske" *Nordiske udkast* 33(1)

Kousholt K (2018) *Betingelses- betydnings- og begrundelsesanalyse*. I Bøttcher L, Kousholt D & Winther-Lindqvist D (red): "Kvalitative analyseprocesser" *Samfundslitteratur*

Kvale S & Brinkmann S (2009) "Interview - introduktion til et håndværk" *Hans Reitzels Forlag* 2(1)

Køppe S (2008) "Moderne eklekticisme" *Psyke & Logos* 29

Lamoureux M & Bottorff J (2005) "Becoming the Real Me" *Health Care for Women Int* 26

Lave J & Wenger E (2003) "Situert læring og andre tekster" *Hans Reitzels Forlag*

LGBT.dk (2016) "Non-binær kønsforståelse"

<http://lgbt.dk/ordbog/non-binaer-koensforstaaelse/> (7/7-20)

Lichtenstein M B, Daugaard Hemmingsen S & Støvning R K (2017) "Identification of ED symptoms in Danish adolescents" *Nordic J of Psychiatry* 71(5)

Linville D, Brown T, Sturm K & McDougal T "ED and Social Support" (2012) *Eating Disorders* 20(3)

LMS (2019)a "Spiseforstyrrelser"
<https://lmsos.dk/spiseforstyrrelser> (1/3-20)

LMS (2019)b "Hvad gør BED ved kroppen?"
<https://lmsos.dk/fagfolk/leksikon/spiseforstyrrelser/tvangsoverspisning-bed/tvangsoverspisning-bed/hvad-goer-bed-ved> (8/5-20)

LMS (2019)c "Diagnosekriterier AN"
<https://lmsos.dk/spiseforstyrrelser/anoreksi/diagnosekriterier-anoreksi> (1/4-20)

Lunn S, Rokkedal K & Rosenbaum B (2010) "Frås og faste" Dansk Psykologisk Forlag: 15-25, 173-176, 380

Mørck L L & Nissen M (2009) *Praksisforskning*. I Jensen T B & Christensen G (red.): "Psykologiske og pædagogiske metoder" Roskilde Universitetsforlag 1(3)

Neidel A (2011) "På vej?! Kritiske analyser af recovery-orienteringen" Forskerskolen i Livslang Læring: 18-25

Nilsson K & Hägglöf B (2006) "Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset AN" *Eat Disorder* 14(4):305-311

Nissen M (1996) *Undervisning som handlesammenhæng*. I Højholt C & Witt G (red.): "Skolelivets socialpsykologi" Unge Pædagoger

NVK.dk (2019) "Forskningstjeklister" >> "Standarder for samtykkeerklæringer"
<http://www.nvk.dk/forsker/forskertjeklister> (3/4-20)

Otto L (2009) *Sundhed i praksis*. I Glasdam S: "Folksesundhed - i et kritisk perspektiv" Dansk Sygeplejeråd 1

PCB (2020) "Research Strategy"

<https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk%20Center%20Ballerup/Om-centret/Forskning-p%C3%A5-Psykiatrisk-Center-Ballerup/forskning-i-spiseforstyrrelser-pcb/Research-strategy/Sider/default.aspx> (9/7-20)

Pedersen C H (2004) *Metodisk inspiration til kvalitativ kommunikationsforskning*. I Pedersen, C H: "Billedet som anker" Institut for Kommunikation

Pettersen G & Rosenvinge J (2002) "Improvement and Recovery from ED" *Eat Disorders* 10

Raffnsøe S, Sverre M S & Gud-Høyer M (2015) "Michel Foucault" Palgrave Macmillan Limited, ProQuest Ebook: X

RHP (2019a) "Epidemiologisk forskning i spiseforstyrrelser"

<https://www.psykiatri-regionh.dk/Forskningsenheden-boerne-og-ungdomspsykiatri/forskningsprojekter/Epidemiologisk%20Forskning/Epidemiologisk%20forskning%20i%20spiseforstyrrelser/Sider/default.aspx> (3/2-20)

RHP (2019b) "Handleplan for udvikling og forankring af en recoverykultur"

Richter J (2011) "Magt og afmagt i individets liv" *Psyke & Logos*: 32

Simonsen E & Møhl B (2017) "Grundbog i psykiatri" Hans Reizels Forlag 2(1):29-59

Skårderud F (2001) "En håndbog om spiseforstyrrelser" Hans Reizels Forlag: 250-260

Socialstyrelsen (2015) "Bilag 1 Til central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser"

Sterll B (2019) "Når maden tager magten" Forlaget Pressto 1(1)

Sundhedsstyrelsen (2005) "Spiseforstyrrelser: anbefalinger for organisation og behandling": 1-35

Sundhedsstyrelsen (2016) "Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet"

Sundhedsstyrelsen (2020) "Personer med spiseforstyrrelse" Sundhedsdatastyrelsen:1-4

ViOSS (2013) "Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade" 1(1)

Vos et al. (2017) "Identifying fundamental criteria for ED recovery" J of Eat Disord 5(34)

Waaddegaard M (2002) "Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser blandt danske kvinder"
Statens Institut for Folkesundhed

Wulff C T (2017) "Meaning in madness"

https://www.youtube.com/watch?v=wwG08rqU-pA&feature=emb_title (9/7-20)