

Anoreksi, min voldelige elsker og beskytter

Kvinnens levde erfaring med anoreksien, beskrevet gjennom selvbiografiske tekster

TONJE MARIE GJØTTERUD STRAUM

VEILEDER

Monica Strømmand

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Emnekode: ME-504

Skikkelsen i speilet

Hun ser seg selv i speilet og kjenner ikke igjen det hun ser.

Øynene som en gang danset som to nyforelskede i en solnedgang, og kroppen som pleide å være så gyllen og spenstig er ikke slik lenger.

Øynene er blitt tomme og mørke, og det er ikke spor etter glans igjen.

Kroppen hennes visner gradvis bort, og den gylne fargen er byttet ut med et askegrått preg.

Hvem er hun, og hva er det hun ser i speilet?

Hun klarer ikke lenger å identifisere seg med denne skikkelsen som hun ser.

Hun stenger virkeligheten ute og tenker ikke på at livets realiteter brutalt vil innhente henne igjen.

Hva blir hennes endelige valg?

Velger hun å kjempe mot eller for livet sitt?

Dessverre er det ingen som vet, men selv er hun redd for at hun skyver det smertefulle valget lengre og lengre bort, til hun en dag ikke har noe valg lenger.

Det ble for sent. Tiden rant ifra henne.

Tina Øvland, 2014, s.96

Forord

Når jeg startet på videreutdannelsen i psykisk helse jobbet jeg på en døgnavdeling for spiseforstyrrelse. Jeg opplevde det å jobbe på avdelingen som givende og viktig. Det ble derfor naturlig for meg å velge temaet spiseforstyrrelse. I 2017 når nasjonal faglig retningslinje kom ut, ble det snakk om den på jobben. Da kom vi inn på at det ikke står noe om traumer og spiseforstyrrelse. Det ble sagt at det var fordi de ikke fantes forskning på disse to temaene sammen. Jeg bestemte meg da å forske på det. Planene var å intervju pasienter på DPS. Jeg lagde intervjuguide, min daværende veileder Nicolay Gausel og jeg skrev søknad til REK, jeg sendte søknad til FEK og til en DPS. Alle søknadene ble godkjent. Etter kort tid snudde sykehuset, fordi de vurderte at deres pasienter var for syke til å være med i forskningsprosjektet. På grunn av tid ble Nicolay og jeg enig om at en ny søknadsrunde ville ta for lang tid. Oppgaven ble derfor endret. Sammen med Nicolay fant jeg en ny retning. Selv om jeg ikke kunne intervju ønsket jeg å få frem stemmen til mennesker med anoreksi. Jeg landet på å bruke selvbiografier. Jeg har utsatt masteroppgaven flere ganger av ulike årsaker, men det har aldri vært fordi temaet ikke har engasjert. Jeg mener det er viktig å få frem stemmene til dem som har levd med anoreksi, slik at en kan skape en bedre forståelse av sykdommen.

Takk til min første veileder Nicolay Gausel. Han var til mye støtte og hjelp i den første delen av oppgaven med alle søknadene og intervjuguiden. Han viste stor tålmodighet når jeg gang, på gang utsatte oppgaven. Han var klar for å fortsette som min veileder, men det lot seg dessverre ikke gjøre. Takk for at du ønsket det.

Takk Monica Strømmland som hoppet inn som veilederen min. Setter stor pris på det. Takk for at du har satt av tid til meg, delt av kunnskapen din, kommet med konstruktiv kritikk og oppmuntrende ord.

Takk til familie, venner og kollegaer for støtte og oppmuntrende ord.

Tonje Marie Gjøtterud Straum

Froland 16.05.2024

Sammendrag

Bakgrunn: Anoreksi er en relativt sjelden sykdom. Det anslås at omtrent 3 av 1000 kvinner i alder 15 til 40 år har diagnosen. Omtrent en av ti som får diagnosen er menn. Anoreksi er regnet for å være den mest dødelige psykiske lidelsen blant unge kvinner. Årsaken til anoreksi er sammensatt. Anoreksi anses å være en psykisk lidelse mange synes er vanskelig å forstå.

Hensikt og problemstilling: Studien beskriver hvordan det er å leve med anoreksi gjennom selvbiografiske tekster. Hensikten er å få bedre forståelse av fenomenet anoreksi fra perspektivet til kvinner som selv har levd med sykdommen.

Utvalg og metode: Studien har et kvalitativt design. Datamaterialet er hentet gjennom selvbiografiske bøker av kvinner som har levd med anoreksi. Analysen ble gjennomført tematisk.

Resultater: Gjennom kvinnenenes beskrivelse av deres liv får man et innblikk i hvordan det er å leve med anoreksi. Anoreksien kan oppleves som en løsning på et problem, men den løsningen har en høy pris. Kvinnene beskriver en smerte som er ubeskrivelig og en kamp mot sykdommen og seg selv. Kampen de kjemper er en dødskamp, om de taper kan de dø. Kvinnene beskriver også en kamp om å bli frisk, gjennom ambivalente følelser.

Konklusjon: Livet med anoreksien handler om en ubeskrivelig smerte, på flere plan. Smerten fra problemet anoreksien ble en løsning for, smerte fra løgnen, skammen og selvfølelsen, smerten fra sykdommen. Livet består også av kamper mot anoreksien, seg selv og ambivalensen.

Nøkkelord: Anoreksi, spiseforstyrrelse, selvbiografiske tekster, kamp og smerte, ambivalens, Skårderud

Abstract

Background: Anorexia is a relatively rare disease. It is estimated that around 3 out of 1000 women in the ages 15 to 40 has been diagnosed. About one in ten of those diagnosed are men. Anorexia is assumed to be the deadliest mental illness among young women. The cause of Anorexia is complex. Anorexia is understood to be a mental illness that many find difficult to understand.

Reason and issue: The study describes how it is to live with anorexia, through biographical texts. The purpose is to achieve a better understanding of anorexia through the perspective of women who themselves has lived with the illness.

Selection and method: The study has a qualitative design. The data is taken from biographical books by women who has lived through the illness. The analysis was done thematically.

Results: through the women's descriptions of their own lives, we get a glimpse into how it is to live with anorexia. The illness can seem like the solution to a problem, but this solution has a high price. The women describe an unimaginable pain and a struggle against both the illness and against themselves. Their struggle is a fight against death, if they lose, they may die. The women also describe a fight to get back to health, through ambivalent emotions.

Conclusion: Life with Anorexia is on many levels, an unimaginable pain.

The pain from the issues where the anorexia was once a solution, the pain from the lies, the shame and pain from the illness itself. Life is also a struggle against the anorexia, themselves and the ambivalence.

Keywords: anorexia, eating disorder, biographical texts, struggle and pain, ambivalence, Skårderud

Innholdsfortegnelse

Skikkelsen i speilet.....	2
Forord	3
Sammendrag.....	4
Abstract	5
1.0 Introduksjon.....	8
1.1 Innledning.....	8
1.2 Bakgrunn.....	8
1.3 Problemstilling	8
1.4 Hensikt og avgrensning	9
2.0 Tidligere forskning	10
2.1 “A Narrative Study of the Lives of Women Who Experience Anorexia Nervosa” – livshistorien til kvinner med anoreksi.....	11
2.2 Anorexia Nervosa: Friend or Foe? – pasienter med anoreksi skriver til sin venn og fiende anoreksien	12
2.3 Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient’s Perspective – årskarer til anoreksi og faktorer for tilfriskning.....	13
2.4 “Ordinary days would be extraordinary”: The lived experiences of severe and enduring anorexia nervosa – pasienter med kronisk anoreksi.....	14
2.5 Oppsummering	15
3.0 Teori.....	16
3.1 Anoreksi – hvordan forstå en uforståelig sykdom.....	16
3.1.2 Sultens psykologi	18
3.2 Å leve med anoreksi.....	18
3.2.1. Anoreksien kommer ikke alene.....	20
3.3 Behandling.....	20
3.3.1 Motivasjon og hjelp	21
4.0 Metode.....	23
4.1 Utvalg og datainnsamling.....	23
4.2 Begrunnelse av valg av metode.....	25
4.2.1 Kvalitativ metode, fenomenologi og hermeneutikk	25
4.3 Litteraturstudie	26
4.4 Overførbarhet	27
4.5 Tematisk analyse	27
4.5.1 Induktiv tilnærming.....	28
4.5.2 Tematisk analyse- steg for steg (Braun og Clarke, 2006, s.86-93)	28
Et forsøk på å ha alt i orden.....	31
4.6 Min egen erfaring med anoreksi – forforståelsen og rolle som forsker.....	31
4.7 Tanker rundt etiske dilemmaer og retningslinjer.....	32
5.0 Funn.....	33

5.1 Først som en redning, så et mareritt.....	33
5.1.1 Det startet som en løsning.....	34
5.1.2 Fokus på mat for å ikke kjenne på følelser.....	35
5.1.3 Kontrollen som ble ukontrollert.....	36
5.2 Kampen og smerten	38
5.2.1 Den indre kampen – kvinnene mot anoreksi	38
5.2.2 Løgnen og skammen tar over	41
5.2.3 Hvem er bak masken.....	42
5.2.4 Anoreksi – den voldelige elskeren	43
5.3 Anoreksiens venner	45
5.3.1 Inkonsekvent på symptomer.....	45
5.3.2 Ett forsøk på å ha alt i orden.....	46
5.3.3 Kroppen orker ikke anoreksien	47
5.4 På vei ut av helvete	47
5.4.1 Ønsket om å bli frisk?.....	48
5.4.2 Helsevesenet på godt og vondt.....	49
5.4.3 Veien er lang og vond.....	51
5.4.4 Viktig å ha noen å gå med, selv om de ikke kjenner terrenget	52
5.5 Oppsummering	53
6.0 Diskusjon.....	55
6.1 Hvordan er livet med anoreksien?	55
6.1.1 Hvordan startet det?.....	56
6.1.2. Løsningen ble vennen anoreksi.....	57
6.1.3 Fienden kom med smerten.....	58
6.1.4 Ambivalent – dobbeltheten som blir uforståelig eller forståelig.....	59
6.2 Behandling på godt og vondt	60
6.2.1 Livbøyen	60
6.2.2 Bli sett, møtt og trodd	61
6.2.3 Blir behandlingen like rigid som pasienten?	62
6.2.4 Små ting kan bety mye.....	63
6.2.5 Hjelperen som ikke hjalp.....	63
6.3 Validitet	63
6.3.1 Studiets relevans.....	64
7.0 Avsluttende kommentarer.....	65
8.0 Forslag til videre forskning.....	66
Litteraturliste	67

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Anoreksi er en relativt sjelden sykdom (Folkehelseinstituttet, 2009, s.4). Den rammer kvinner oftere enn menn, men det er viktig å vite at det ikke er en kvinnesykdom. Anoreksi er en vond sykdom for alle som opplever den, om man kjenner det på kroppen, eller gjennom de man er glad i. Man kan oppleve å måtte se at noen man er glade i forsvinner foran deg, uten å forstå hvorfor de ikke «bare» kan spise. Sykdommen kan være vanskelig å forstå for både pårørende, behandlere, og hun med anoreksi.

Anoreksi er en psykisk lidelse, men den har også mange fysiske symptomer. Den alvorligste konsekvensen av anoreksi er døden. 6 % av dem som får anoreksi dør som følge av sykdommen. I tillegg er antall selvmord høyere blant de med anoreksi enn resten av befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2009, s.5).

1.2 Bakgrunn

Selv om anoreksi er en sjelden sykdom, har den store konsekvenser for dem som blir rammet av den. Dette gjelder ikke bare kvinnen selv, men også pårørende og de rundt. Anoreksi har store krefter i seg og lager mye bråk og smerte. Det er også en sykdom mange opplever som uforståelig. Skal en forebygge, komme inn tidlig og gi god hjelp, må kunnskapen og forståelsen om anoreksi være til stede.

1.3 Problemstilling

Denne studien søker kvinnens stemme om hvordan det er å leve med anoreksi. Hvorfor utvikler noen denne sykdommen, hvilke krefter spiller inn i livet, og hvordan er det å være personene i sykdommen. Stemmene til kvinnene kommer i form av det skriftlige ordet i selvbiografier.

Hvordan beskriver kvinnene livet med anoreksi på godt og vondt, gjennom deres selvbiografier?

1.4 Hensikt og avgrensning

Hensikten med denne studien er å søke en bedre forståelse av fenomenet anoreksi, gjennom stemmer fra kvinner som har levd med diagnosen. Stemmene til kvinnene kommer gjennom selvbiografiene deres. Et av målet med studien er å skape mer forståelse rundt anoreksien, som ofte kan bli uforståelig. Et annet mål med denne studien er å få frem kvinnenes egne opplevelser og beskrivelser av det å leve med anoreksi. Det er de som vet best, fordi det er de som har levd gjennom sykdommen.

Anorexia nervosa er navnet på diagnosen, på norsk skriver man ofte bare anoreksi. Spiseforstyrrelse er et samlebegrep, men blir også ofte brukt når en bare tenker på en av typene, for eksempel anoreksi. I denne studien vil jeg bruke anoreksi og spiseforstyrrelse når det er snakk om anorexia nervosa. Det er for å variere språket mer enn jeg kunne gjort hvis jeg bare brukte anoreksi. Det er også vanlig i dagligtalen å bruke ordet spiseforstyrrelse, selv om en egentlig kun snakker om anoreksi.

De fleste som blir rammet av anoreksi er kvinner, det er derfor mest naturlig å bruke hunkjønn for å forenkle språket. Men dette ville blitt feil, det er flere menn som rammes av lidelsen, og det er ikke en kvinnesykdom. Jeg har i teksten valgt å bruke «hun», «henne» og «kvinnen/kvinner» fordi alle forfatterne er kvinner, også i tidligere forskning er alle kvinner. Så i denne studien er det kun snakk om kvinner når en snakker om erfaringer.

2.0 Tidligere forskning

I kapittelet presenteres det hvordan det er søkt etter eksisterende forskning på diagnosen anoreksi nervosa (AN). Det er nødvendig å danne seg et bilde på hva som er av forskning på temaet, for å vite om studiet vil dekke et hull i forskningen eller om det er gjort flere lignende forskningsprosjekter tidligere. For å undersøke hva som finnes av tidligere forskning ble det søkt i vitenskapelige databaser: Idunn, Scopus, Pubmed og Cochrane library. Databasene er funnet gjennom nettsidene til Universitet i Agder. Søkeordene som er brukt er «anorexia», «anorexia nervosa», «experience», «life experience», «eating disorders» og «spiseforstyrrelse», «personal experience». Disse ordene ble anvendt i ulike kombinasjoner. Inkluderingskriterier er at teksten må være på engelsk, norsk, dansk eller svensk, artikkelen må være tilgjengelig i fulltekst.

Det er gjort en del forskning på spiseforstyrrelser med fokus på ulike aspekter ved og rundt sykdommen. Artikkelen som omhandlet andre typer spiseforstyrrelser enn anoreksi ble ekskludert. Det er flere forskningsartikler som omhandlet ulike behandlingstyper, blant annet familierapi. Noen av dem har fokus på pasientens stemme om ulike behandlingsformer, disse artiklene ble ekskludert selv om de hadde med pasientens stemme, fordi de var rettet mot en behandlingsform, og ikke livene til pasientene.

Søkene resulterte også i treff som omhandler forskning på anoreksi og stress, traumer og overgrep. Dette fanget oppmerksomheten min en liten stund, fordi det var der oppgaven min startet. Det var også interessant fordi det ble sagt, når nasjonal faglig retningslinjene for spiseforstyrrelse kom i 2017, at den ikke hadde et kapittel om traumer og spiseforstyrrelse, fordi dette ikke var forsket på. Men det er ikke fokuset i oppgaven så jeg gikk ikke mer inn på det.

Ett eksempel på hvordan søkene i databasene ble gjennomført; I databasen Scopus ble «eating and disorder and life and experience» brukt. Det gav 402 treff, for å fokusere treffene mer inn mot problemstilling i dette studiet, ble noen inklusjonskriterier utarbeidet. Kun artiklene som var engelskspråklige, samt norsk, dansk og svensk ble inkludert. Jeg valgte tidsperioden 1990 – 2024, og videre inkluderingskriterier - «anorexia nervose», anorexia, og «personal experience», dokument type artikkel, source typ – journal. Det gav 246 treff. Tittlene på disse 246 artiklene ble lest, og utfra tittlene ble noen artikler direkte lagret og noen av

sammendragene også lest før de enten ble inkludert eller ekskludert. Etter at alle titlene var lest, ble sammendragene på de lagrede artiklene lest. Jeg valgte fire forskningsartikler som blir presentert i dette kapitlet.

2.1 “A Narrative Study of the Lives of Women Who Experience Anorexia Nervosa” – livshistorien til kvinner med anoreksi

Ruth O’Shaughnessy, Rudi Dallos og Anna Gough (2013) har utført ett forskningsprosjekt med fokus på livshistorien til kvinner med diagnosen anoreksi. De brukte en narrativ tilnærming, der de gjennomførte ett livsintervju, semistrukturert intervju og «member validation interview» (O’Shaghnessy et al., 2013). De intervjuet 4 hvite britiske kvinner. På intervjutidspunktet var de under behandling for anoreksi. To av deltakerne var 21 år og hadde en kort sykdomshistorie, de to andre var 35 år med en lengre sykdomstid. Tre av deltakerne hadde den restriktive underdiagnosen av anoreksi, mens en av deltakerne hadde underdiagnosen bulimi. Kvinnene hadde på intervjutidspunktet hatt diagnosen mellom 1 og 17 år. Alle hadde en Body Mass Index (BMI) på minimum 15 (O’Shaghnessy et al., 2013). Forskerne sier de valgte denne tilnærmingen fordi den understreker hvordan menneskers liv er konstruert av historiene de har om seg selv, andre og deres relasjoner (O’Shaghnessy et al., 2013). De fant 5 hovedtemaer: «A lonely story», «A fearful and threatening world», “Imagining the perspectives of others”, “Tangled in Relationships” og “Events not storied/Gap in the story” (O’Shaghnessy et al., 2013, s. 52-55).

Innenfor temaet “a lonely story” vises det til kampen kvinnen har mellom å ønske nærhet, hengivenhet og intimitet, men også redselen for det. Alle deltakerne i dette studiet fortalte at de ble utsatt for kritikk fra familie eller jevnaldrene i barndommen. Forskerne opplevde at deltakerne fra barndommen av ble isolert i sin egen verden, uten å ha noen de kunne søke trøst hos.

«A fearful and threatening world”, frykt ser ut til å ha preget deltakernes fortid, og for noen av deltakerne gjaldt det også nåtid. De fortalte at de følte seg redde og engstelige i barndommen. O’Shaghnessy et al. (2013) opplevde at det til tider så ut til at frykten tok mye plass hos kvinnene. Dette var ikke alltid en reaksjon på faktisk trussel, det kunne også være i drømmer og mareritt.

“Imagining the prespectives of others” vises til at forskerne la merke til at deltakerne hadde det vanskelig med å forestille seg andres perspektiver når de fortalte historier om mennesker rundt dem.

“Tangled in Relationships”, alle deltakerne beskrev vanskelige forhold til far og tettere forhold til mor. Forskerne opplevde at kvinnene prøvde å løse tidligere konflikter i nåtid uten at de klarte å gå videre med sine liv.

“Events not storied/Gap in the story”, O’Shaghnessy et al. (2013) fant indikasjon på at betydelige deler av kvinnenens liv så til å være marginale eller utelatt. Et eksempel på dette var at de to yngste deltakerne ikke fortalte noe om deres opplevelser fra sykehusinnleggelse.

O’Shaghnessy et al. (2013) mener at deltakerne forsøkte å forstå hendelser fra fortiden, det formet kvinnenens strategier og psykologiske forsvar, for å mestre hendelsene i livene deres og forme deres fremtid. Studiet deres samsvarte med tidligere forskning da deltakerne viste indikasjoner på en usikker tilknytningsstil, som er utbredt hos kvinner med spiseforstyrrelse. Deltakerne fortalte gjennom historiene deres at de svingte mellom ettoverveldende behov for å bli tatt vare på og et ønske om å avvise omsorg fra andre.

O’Shaghnessy et al. (2013) kan ikke se en tydelig årsakssammenheng, men gjennom historiene kan det antydes at utsulting og overdreven trening, tjener som en distraksjon fra andre ubehagelige minner.

2.2 Anorexia Nervosa: Friend or Foe? – pasienter med anoreksi skriver til sin venn og fiende anoreksien

Serpell et al. (1998) ønsket å utforske hvilken holdning anorektikere har til anorexia nevrose. De ba 18 pasienter om å skrive to brev, ett til anoreksi som venn og ett som fiende. De fikk inn til sammen 34 brev, 16 sett med brev til både venn og fiende, og to individuelle brev. Median alderen på pasientene var 24,1 år. Serpell et al. (1998) brukte et kodeskjema som de utviklet ved bruk av en «grounded theory» - metodikk. De brukte fem venne- og fem fiendebrev, valgt ut tilfeldig. Først kategoriserte de brevene som enten «pro», som er det positive ved lidelsen eller «anti», der det negative ble beskrevet. I neste steg utviklet de analyse delen ved å lage underkategorier for både «pro» og «anti». Det ble 10 deler under hver av hovedkategoriene. Noe som deltakerne trakk frem som fordel med anoreksien var å føle seg ivaretatt og

beskyttet, få en følelse av kontroll, og å føle seg spesiell. Noen av kostnadene deltakerne mener de må betale er lidelse, konstante tanker om mat, og vansker med personlige forhold. På den tiden som Serpell et al. (1998) forsket på dette mente de at det var lite søkelys på de positive forsterkningene til anoreksi i forskningslitteraturen. Det kan være en fordel for å forstå anoreksi bedre, men også innenfor det kliniske arbeide kan det være nyttig å utforske hva pasienten tenker er fordeler med anoreksien, for disse fordelene kan bidra til at pasienten ønsker å opprettholde sykdommen. Det kan også være nyttig i terapi å se på de negative delene, de kan være med på å øke motivasjonene til å bli frisk (Treasure og Ward, 1997, i Serpell et al. 1998).

2.3 Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective – årsaker til anoreksi og faktorer for tilfriskning

Tozzi et al. (2002) forsket på anorektiske pasienters subjektive historier om årsakene til deres sykdom, og faktorer som kan fremme bedring. Med dette studiet ønsket forskerne å utforske subjektive fortellinger beskrevet av mennesker som lever med anoreksi, for å få innsikt i denne kompliserte og ofte vanskelige lidelsen.

Datamaterialet Tozzi et al. (2002) har brukt kommer fra en casekontroll-studie utført av Sullivan med flere (1998). De intervjuet 69 kvinner som i gjennomsnitt hadde vært i behandling i 12 år tidligere. Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 32,3 år ved intervju tidspunktet. Gjennomsnittlig BMI var 20,1. Ved intervju tidspunktet var 10,1% av kvinnene fortsatt diagnostisert med lidelsen anoreksi.

Funnene fra Tozzi et al. (2002) viste at en tredjedel av kvinnene opplevde familiedysfunksjon som en medvirkende årsak til at sykdommen deres utviklet seg. I tillegg trakk flere av kvinnene frem vekttap/slanking, stress og frustrasjon som medvirkende til sykdomsutviklingen. Kvinnene som ikke var friskmeldte på intervju tidspunktet, beskrev i større grad familie og matproblemer, samt lav selvtillit som årsak til sykdommen.

De tre faktorene som oftest ble nevnt av kvinnene som viktige for at de hadde blitt friske av anoreksien, var støttende forhold eller partner, modning eller det «å vokse ut av lidelsen», terapi eller rådgivning.

2.4 “Ordinary days would be extraordinary”: The lived experiences of severe and enduring anorexia nervosa – pasienter med kronisk anoreksi

Cummings et al. (2023) har valgt å utforske opplevelser til mennesker som lever med anoreksi, og som opplever en kronisk form av lidelsen. Omtrent 25% av mennesker med anoreksi utvikler det forskere og fagpersoner refererer til som alvorlig og varig anoreksi. Kriteriene for denne type anoreksi er blant annet 7 år eller mer med anoreksi og flere behandlingsopplegg uten resultater.

Cummings et al. (2023) inkluderingskriterier var blant annet at pasientene måtte være innlagt i et spesialisert behandlingstilbud, en kontinuerlig sykdomshistorie med anoreksi i minst 7 år etter fylte 18 år, og de måtte ha gjennomført et tidligere behandlingstilbud for anoreksi. Forskerne gjennomførte semistrukturerte intervjuer med pasientene, om sykdomsforløpet deres og tidligere behandlingsperioder. Cummings et al. (2023) brukte analysemetoden tematisk analyse for å undersøke gjennomgående temaer i og på tvers av intervjuene.

Cummings et al. (2023) hadde 17 deltakere i dette studiet, alle var hvite kvinner i aldrene 30 – 61 år, gjennomsnittsalderen var 45 år. Alle deltakerne hadde en annen diagnose i tillegg til anoreksi, som for eksempel PTSD, alvorlig depresjon, bipolar, for å nevne noen.

De fant tre hovedtemaer og to-tre undertemaer knyttet til hver av hovedtemaene: anoreksiens altomfattende natur – opprinnelsen til anoreksi, kjente negative konsekvenser, og opplevd fordeler, behandling – negative erfaringer og positive erfaringer og håp – leve med kronisk sykdom og beholde håpet (Cummings et al., 2023, s.2276).

Cummings et al. (2023) beskriver at de som forskere opplevde at deltakerne hadde klar innsikt i egen sykdom. Selv om psykoedukasjon beskrives som viktig i tidlig fase av anoreksi, kan det muligens ha mindre betydning, når pasienter har levd med sykdommen i lang tid (Cummings et al., 2023, s. 2279). Deltakerne beskrev viktigheten av å føle at de har et godt behandlingsteam rundt seg i bedringsprosessen. Negativt for behandlingsforløpet er om behandlingsteamet ikke involverer pasienten, men velger å kjøre sitt eget løp. Noen av deltakerne til Cummings et al. (2023) opplevde å bli møtt med rigiditet, istedenfor varme,

medfølelse og omsorg. Noen av deltakerne fortalte at de opplevde å bli påført skade når behandlingsteamet «gir opp» troen på at de kan bli bedre (Cummings et al., 2023, s. 2280).

2.5 Oppsummering

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet var det flere forskningsartikler om anoreksi med ulike forskningsspørsmål. Aktuelle artikler for dette studiet var de som fokuserte på kvinnens stemme om livet med anoreksi-diagnosen. Ovenfor er fire artikler blitt presentert. Det var flere artikler som kunne ha vært aktuelle, disse fire ble valgt ut fordi de søkte kvinnenes stemme, men også fordi de hadde ulike hovedfokus på historiene deres.

O'Shaghnessy et al. (2013) søker etter livsfortellingene til kvinner med anoreksi gjennom intervju, Serpell et al. (1998) ber kvinner med anoreksi skrive brev til anoreksien som venn og fiende, og med det får de et bilde av hvordan kvinnene ser på sykdommen sin som noe positivt og negativt. Tozzi et al. (2002) fokuserte på hva kvinnene opplevde som årsak til sykdommen sin, og hva som hjalp dem i tilfriskningsprosessen og Cummings et al. (2023) rettet deres forskning mot å fange opp stemmen til kvinner som hadde vært syk lenge og som ble ansett som kronisk syke.

I disse forskningene ble kvinnen spurt om spesifikke aspekter ved sykdommen, som for eksempel årsak og venn eller fiende. Under disse forskningene fikk forskerne mulighet til å fordype seg i de spesifikke aspektene og dermed få dypere svar. I dette studiet er ikke den muligheten tilstede da stemmene til kvinnene er gjennom deres selvbiografier. Fordelen med dette er at en får et helhetlig bilde av livene til kvinnene. Ulempen er at en ikke får mulighet til å stille dypere spørsmål om ulike temaer, og en er prisgitt hva kvinnene ser på som viktig å få sagt.

3.0 Teori

I denne studien var teorien klar før søket etter selvbiografier og analysen startet. Teorien er hentet fra boken «STERK/SVAK – en håndbok om spiseforstyrrelse» skrevet av Finn Skårderud (2000), og «Livet med anoreksi – erfaringer fra mennesker med diagnosen» fra Folkehelseinstituttet (2009). Skårderud (2000) er professor og forfatter, og arbeidet tidligere som psykiater. Jeg ble først kjent med han gjennom kurs han hadde for avdelingen jeg tidligere jobbet på. Skårderud har forsket på spiseforstyrrelser og han har skrevet lærebøker, selvhjelpsbøker og behandlingsveiledere (Skre, 2024). Hftet fra folkehelseinstituttet (2009) ble utviklet med hjelp av Rådet for psykisk helse, konsulent Lars Poverud, Overlege Øyvind Rø og Interessegruppen for Kvinner med Spiseforstyrrelse.

3.1 Anoreksi – hvordan forstå en uforståelig sykdom

«Kan vi forstå spiseforstyrrelser? Ja...? Eller bare kanskje... Vi kan uansett forstå mye» (Skårderud, 2000, s.8). Det er kanskje ikke mulig å forstå alt rundt diagnosen anoreksi, men det betyr ikke at en ikke bør søke å forstå. I tillegg til å forstå må en se og fremme personen bak symptomene, det er de som skal hjelpes (Skårderud, 2000, s.8).

Ifølge Skårderud (2000, s. 4) er spiseforstyrrelser en lidelse i seg selv, men også et symptomuttrykk for noe som ligger bak. Årsakene til at noen utvikler spiseforstyrrelse er ulike og sammensatte i ett samspill mellom arvelige og miljømessige faktorer (Skårderud, 2000, s.74, Folkehelseinstituttet, 2009, s.4). Skårderud (2000, s.74) og Folkehelseinstituttet (2009, s.4) skiller mellom faktorer på tre nivåer: disponerende, utløsende og vedlikeholdende. Disponerende faktorer kan være sårbarhet i gener eller den psykiske helse til å utvikle spiseforstyrrelse, andre faktorer kan være familieforhold, personlighetstrekk og traumer. Dersom en kvinne som har en eller flere disponerende faktorer møter på en eller flere utløsende faktorer som for eksempel mobbing eller store prestasjonskrav kan kvinnen utvikle spiseforstyrrelse. Den siste faktoren de trekker frem er vedlikehold. Det kan være psykiske symptomer, familie og miljø eller en opplevelse av at spiseforstyrrelsen gir noe positivt.

Det finnes forskjellige modeller som forsøker å forklare spiseforstyrrelser. Modellene snakker om det samme, men bruker bare forskjellige ord. Mangfoldet i hvordan å forstå anoreksien og

spiseforstyrrelser er nyttig, da de ulike modellene setter søkelys på ulike sider av sykdommen (Skårderud, 2000, s.50).

Skårderud (2000, s.50-59) gir ett innblikk i 8 modeller. En av modellene er psykobiologi. Per nå vet en ikke nok om de biologiske årsakene til anoreksien. Ett dilemma i denne modellen er at en ikke vet om avvikene i sykdommen er årsak, virkning eller begge deler.

En annen modell er psykoanalysen. I moderne psykoanalyse legges det vekt på barnets behov for å bli sett og speilet. Om barnet for eksempel ikke blir møtt på behovet for å bli sett, kan det senere få vansker med å se seg selv og bli seg selv. Innenfor psykoanalysen kan spiseforstyrrelsen være ett mulig symptomatisk uttrykk for en mangel (Skårderud, 2000, s.51). I modellen å være feilernært beskriver Skårderud at «spiseforstyrrelsens forvirring kan være et bilde på å være følelsesmessig feilernært» (2000, s.53).

Affektteori handler om hvordan primære affekter er med oss fra fødselen av. Affektene utvikles i samspill mellom barnet og omsorgspersoner. Får ikke barnet hjelp til affektinntoning kan følelsene oppleves som truende, eller en kan få problemer med å kjenne igjen følelser.

Systemteori er teorien om menneskelige relasjoner og samhandlinger i sosiale systemer. Enhver forandring i en del eller mellom to deler påvirker helle systemet (Skårderud, 2000, s.55). Ifølge Skårderud (2000, s.55) finnes det utkaster av familiemodeller for spiseforstyrrelse, ikke modeller, da det ikke finnes en spiseforstyrret familie som en avgrensbar årsaksfaktor. Noen viktige begreper i disse modellene er for eksempel manglende differensiering av de enkeltes behov, å kunne skille mellom mitt og andres, overbeskyttelse og konfliktvegning. Skårderud (2000, s.55) stiller spørsmålet om det er mulig at familiekulturen i vår tid i seg selv er en risiko for spiseforstyrrelse med dens liberale, åpne og utydelige grenser (Skårderud, 2000, s.55).

Feminismen tenker at spiseforstyrrelse handler om en protest. Spiseforstyrrelsen blir en ubevisst protest. Et psykologisk virkemiddel som hun ikke har kontroll over. I feministisk litteratur handler spiseforstyrrelse om en protest mot det moderlige og det faderlige (Skårderud, 2000, s.57).

«Med dissosiasjon menes psykologisk avspalting» (Skårderud, 2000, s.57). Teorien om dissosiasjon er over 100 år gammel. Innenfor teorien mener de at de har dokumentasjon om dissosiasjon hos en med spiseforstyrrelse med utsagn som for eksempel: «det er som om jeg blir en annen» og «det er som om jeg er spaltet i to» (Skårderud, 2000, s.56).

Skårderud nevner også kognitiv teori. Denne mener han har god effekt på spiseforstyrrelsen bulimi og overspising. Den siste modellen er misbruksmodellen. Det er argumentasjoner mot denne modellen da den bare beskriver et utvalg trekk ved spiseforstyrrelsen og så ignorerer eller reduserer den andre forhold ved sykdommen (Skårderud, 2000, s.58).

3.1.2 Sultens psykologi

Anoreksien kan være vanskelig å forstå i seg selv, i tillegg kommer den med ulike symptomer som også kan være vanskelig å forstå. Men er det så rart at en blir påvirket av sulten?

Skårderud (2000, s.61) viser til sultens psykologi. Det er gjort flere studier på sulting hos friske forsøkspersoner og det blir etter kort tid påvist ulike symptomer som følelsesmessig ustabilitet, senket stemningsleie, asosiale, tvangshandlinger for å nevne noen.

3.2 Å leve med anoreksi

«Alle har spiseforstyrrelse på sin egen unike måte» (Skårderud, 2000, s.5), men det finnes fellestrekk som dukker opp hos flere med spiseforstyrrelse. For mange kan sykdommen blant annet starte som et forsøk på å finne en løsning på noe i livet. Det kan til og med føles som en løsning. Løsningen blir etter hvert problemet, men da har hun ofte kommet for langt til at det ikke bare er å endre strategi (Skårderud, 2000, s.9).

«Spiseforstyrrelser er ikke kontroll, men liksom-kontroll, etterligning av kontroll og illusjonen om kontroll» (Skårderud, 2000, s.22). Søken etter kontroll over livet er ett fellestrekk hos mange med anoreksi. Det er ulike grunner til at en søker etter kontroll, men noen grunner kan være at hun ikke kjenner på mestring i relasjoner med andre eller har opplevd å ikke ha kontroll på egen kropp (Skårderud, 2000, s.22). Kontrollen de søker er en illusjon som ikke vil vare og sykdommen vil etter hvert ta overhånd og når det skjer har hun ofte kommet så langt at liv og helse er i fare (Folkehelseinstituttet, 2009, s.9).

Hun med anoreksi vil alltid ha lav eller svingende selvfølelse (Skårderud, 2000, s.8). Ifølge Folkehelseinstituttet (2009, s.10) kan enkelte med anoreksi kjenne seg verdiløs om en ikke har fullstendig kontroll. Ved å ta kontroll over mat og kropp forsøker hun å finne en kontroll over livet og kanskje da få en bedre selvfølelse (Skårderud, 2000, s.8).

Hun med anoreksi kan ha dårlig kontakt med seg selv. Noen følger av å ha dårlig kontakt med seg selv kan være vansker med å sette ord på følelsene eller kjenne igjen følelser. Det er ikke det samme som å ikke føle for hun kjenner på følelsene, hun klarer bare ikke å identifisere dem. I forsøk på å fjerne de ubehagelige følelsene kan hun forsøke å sulte dem vekk (Skårderud, 2000, s.28). Å ha dårlig kontakt med seg selv, da kan en også ha vansker med å kjenne seg selv. Når hun ikke kjenner seg selv kan hun bli ytterstyrst og avhengig av bekræftelse fra andre. Hun som er ytterstyrst kan bli selvutslettende i et forsøk på å tilfredsstille andre (Skårderud, 2000, s.27).

For hun med spiseforstyrrelse blir kroppen språket. Om hun kjenner på en tung bekymring ønsker hun å lette seg (Skårderud, 2000, s.8-9). Ifølge Skårderud (2000, s.25) blir følelser som lykke og ulykke knyttet til opplevelsen av kropp og mat.

Ambivalensen er ett sentralt trekk i spiseforstyrrelsen. For hun med anoreksi kan det føles som at alt er kaos, det er hennes dobbelthet. For å forøke å gjøre det lettere for andre å forstå anoreksien og ambivalensen foreslår Skårderud (2000, s.9) at en tenker på spiseforstyrrelsen som et tydelig tegn på at hun er forvirret og fortvilet, og ambivalensen er språket for den forvirringen. Også andre følelser kan vises med dobbelt budskap for en med spiseforstyrrelse, som for eksempel: «å forsøke å bli noen ved å bli ingenting», «å være svært opptatt av mat, men ikke spise den» (Skårderud, 2000, s.28). Spiseforstyrrelsen gir og tar, den kan være smertefull, men samtidig gi henne noe positivt, som for eksempel mestring. Ambivalente følelser er derfor ofte til stede ved en behandling. Vil hun virkelig bli frisk? Noe av det viktigste i behandlingsarbeidet er å fremme motivasjon (Skårderud, 2000, s.9).

Hun med spiseforstyrrelse kan ha tanker om alt eller ingenting, og hun spiser ikke fordi hun er redd for å miste kontrollen og da ende opp med å spise for mye. Alt eller ingenting tenkning kan også gjelde følelser. Om hun er sint holder hun følelsen inne i redsel for at hun skal eksplodere, for henne er det vanskelig å tenke at hun kan vise litt sinne (Skårderud, 2000, s.27).

Skammen i spiseforstyrrelsen blir både som årsak og virkning. Hun skammer seg fordi hun ikke klarer å spise, noe som burde være en selvfølge. Hun skammer seg fordi hun spiser, da er hun grådig. «Den dype skammen er smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli

elsket» (Skårderud, 2000, s. 39). Ifølge kvinnen som er sitert i folkehelseinstituttet (2009, s.13) kjenner hun på skam når noen kommenterer spiseforstyrrelsen hennes.

3.2.1. Anoreksien kommer ikke alene

Anoreksi kan komme med flere ulike negative følger både fysisk og psykisk.

Fysiske tegn på anoreksi som er synlige er at hun kan se blek, mager og knoklete ut og håret kan se livløst og pistrete ut. Huden hennes kan være nuppete og tørr. Mange fysiske tegn og symptomer er usynlige som muskulaturen som er redusert og slapp. Hun kan ha mistet menstruasjonen og livmoren kan være liten (Skårderud, 2000, s.140-141). Beinskjørhet og fertilitetsproblemer er også en negativ fysisk følge av anoreksi (Skårderud, 2000, s.60).

Omtrent seks prosent med anoreksi dør som følge av sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2009, s.5).

I tillegg til de fysiske følgene kommer anoreksien med andre psykiske symptomer. Det er ikke uvanlig at en med anoreksi kjenner på angst og depresjon. En høyere dødelighet er også forbundet med anoreksi. Forekomsten av selvmord blant de med anoreksi er høyere enn resten av befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2009, s.5). Skårderud (2000, ss. 219, 221, 224) trekker frem tilleggsdiagnoser eller smerteuttrykk som kan påvirke anoreksien, men som ikke er en følge av den, som personlighetsforstyrrelse, overgrep og selvskading.

3.3 Behandling

God hjelp forutsetter holdning og handling. Handling er konkrete råd og teknikker.

Holdninger er å anstrenge seg for å forstå. Hjelp handler om å skape trygghet for endring, og det handler om å fremme mot hos dem som har spiseforstyrrelse: Mot til et bedre liv. Så enkelt, så komplisert. (Skårderud, 2000, s.10)

Ifølge Skårderud (2000, s.94) er samtale den behandlingsformen som gir mest nytte. Det er noen elementer som er viktig å ha i behandling for at den skal være nyttig:

Behandleren må lage ett trygt nok behandlingsforhold slik at pasienten etter hvert kan våge å åpne seg og ta imot hjelpen som blir tilbudt. Behandleren må se hele personen og ikke bare symptomene (Skårderud, 2000, s.95). Enkelte har opplevd å bli stemplet som en anorektiker (Folkehelseinstituttet, 2009, s.13), men de er mer enn diagnosen sin. Behandleren som ensidig

ser symptomene og pasientens atferd har gått i samme felle som hun med anoreksien. Behandleren må hjelpe henne med å oversette språket fra mat og kropp til følelser og å bli kjent med seg selv og forholdene til andre mennesker. Selv om hun med spiseforstyrrelsen har et svart- hvitt bilde, må ikke behandleren ha det fordi ingen er bare sykdom. Behandleren må hjelpe henne å finne hennes sterke sider, slik at hun også kan hjelpe seg selv på veien mot tilfriskning (Skårderud, 2000, s.95).

Noen trenger behandling på en psykiatrisk sykehusavdeling. Man bør da få en behandlingskontrakt som er et verktøy for pasienten og for behandlerne. Den bør være utarbeidet i dialog med pasienten og det bør være tydelig på hva som gjelder i behandlingen (Skårderud, 2000, s.185). Kontrakten bør blant annet inneholde kostliste, struktur rundt måltidene og oversikt over tidspunkter pasienten skal snakke med behandleren igjen. Kontrakten bør også inkludere varighet for oppholdet. Skårderud (2000, s.185) anbefaler at varigheten på oppholdet i avdelingen er definert i tidsrom, ikke i hvor mye pasienten skal ha i vektøkning.

3.3.1 Motivasjon og hjelp

Motivasjon til bedring er viktig i behandlingen. For pasienter med spiseforstyrrelse kan det være en utfordring. Ambivalensen (jfr.kap. 3.2) er en sentral del av livet med anoreksi, også når det gjelder om hun ønsker å bli frisk. Motivasjonene kan være redusert om pasienten har forsøkt å bli frisk tidligere (Folkehelseinstituttet, 2009, s.14). Motivasjonene kommer ikke over natten, men det er en prosess (Skårderud, 2000, s.110) og den må komme innenfra (Folkehelseinstituttet, 2009, s.14). Skårderud (2000, s.30) mener det kan hjelpe på motivasjonen å lage et brev til min venn spiseforstyrrelsen, og et til min fiende spiseforstyrrelsen. Da vil hun muligens kunne se litt klarere hva hun må gi opp ved å gi avkall på anoreksien, men også hva hun kan vinne på å jobbe med å bli frisk igjen. Motivasjon er ikke en lineær prosess, og pasienten vil på veien kjenne på de ambivalente følelsene og pasienten kan bli redd/usikker og få tilbakefall. Behandleren må fortsette å motivere selv om pasienten får tilbakefall (Skårderud, 2000, s.110).

Kvinner som er sitert av Folkehelseinstituttet (2009, s.17) viser til at det å bli møtt, sett og respektert kan gi god effekt av behandlingen. Det å oppleve at behandleren er interessert i de

og søker å finne deres sterke side og spiller på lag med de er også ting som trekkes frem som positivt og kan fremme bedring.

For noen pasienter kan sykehusopphold hjelpe de til å slippe kontrollen, og da få mer nytte av behandling, samtidig er det viktig at pasienten kan føle at hun har kontroll over seg selv. Oppfølgingen hun får etter sykehusoppholdet er også avgjørende for om behandlingen fungerer (Folkehelseinstitutt, 2009, s.17).

4.0 Metode

«Det å være metodisk stiller ikke bare krav til oss om ærlighet og sannhet, men også til å tenke, og systematisere våre tanker» (Dalland, 2007, s. 49). Denne studien handler om fenomenet anoreksi og erfaringer rundt sykdommen. For å belyse fenomenet har jeg valgt å bruke biografier. For at forskningen skal kunne framstå som både ærlig og sann bør leserne få innsikt i prosessen rundt utvelgelsen av biografiene. Dette kapittelet starter med å beskrive utvalget og datainnsamlingen. Videre skal det redegjøres for begrunnelsen bak valg av metoden som er brukt i denne studien. Analysen som blir anvendt i denne studien er tematisk analyse, utviklet av Braun og Clark (2006). I dette kapittelet vil det gis en oversikt over hvordan analysemetoden ble brukt i det inkluderte datamaterialet. I slutten av kapittelet vil rollen min som forsker bli beskrevet, samt ett avsnitt om forskningsetiske vurderinger.

4.1 Utvalg og datainnsamling

Innenfor kvalitativ forskning blir ikke utvalg og datainnsamling hentet tilfeldig. I fenomenologiske studier bruker man gjerne et mindre datautvalg hvor prinsipper eller inklusjonskriterier gjerne styrer utvelgelsen (Polit & Beck, 2018, 202). I denne studien var inklusjonskriterium at selvbiografiene måtte si noe om fenomenet anoreksi og beskrive hvordan det var å leve med diagnosen.

I søken etter selvbiografier om anoreksi ble søkemonitorene Oria, Scopus og Google Scholar anvendt. Søkord som «erfaring*», «biografi*», «spiseforstyrrelse*» og «anorexia*» ble brukt i ulike kombinasjoner. Disse ordene ble benyttet både på engelsk og norsk. For å begrense omfanget av datamateriale til en håndterbar mengde innenfor de tidsmessige rammene for denne studien, ble inklusjonskriteriet 'skrevet på norsk' lagt til. Flere av selvbiografiene som er brukt i oppgaven er funnet via Oria. To av selvbiografiene hadde jeg fra før.

Ved første søk ble «*Anorektisk*» (2018) av Ingeborg Senneset funnet, dette var en av bøkene jeg hadde fra før. Oria har en søkemåte for å finne lignende bøker, og ved bruk av den, kom «*Solen som aldri sluttet å skinne*» (2014) av Tina Øvland opp. Ved bruk av andre søkeord på Oria, kom «*Vektløs: fra mine år med anorexia*» (2013) av Magni Iren Moan Grli og «*Så utrolig mye mer enn det du ser*» (2016) av Sofie Fossellie frem.

Boken «*Hvis jeg forsvinner ser du meg da?*» (2012) av Kristine Getz ble ikke funnet gjennom søk, men gjennom tidligere arbeidsplass. Forfatterne og bøkene blir kort presentert i tabell 1.

Ekskluderingskriterier var bøker med flere forfattere, biografier fra forfattere som har drevet med idrett, bøker eldre enn 2012, bøker om andre typer spiseforstyrrelser, samt bøker med samlede historier fra ulike pasienter. Skjønnlitteratur «*Evig søndag*» (2012) av Linnea Myhre ble ekskludert fordi hun forteller om livet, der anoreksien er en del av det, i motsetning til selvbiografiene som ble inkludert, der kvinnene beskriver livet med anoreksien.

Tabell 1 – en oversikt over bøkene i datautvalget¹

Forfatter	Tittel på bok	Sidetall	Om forfatteren	Innhold i boka
Kristine Getz	Hvis jeg forsvinner, ser du meg da? (2012)	s. 240	Kristine slet med spiseforstyrrelse i 10 år. For henne ble vendepunktet da hun satte ord på sine tanker og følelser i en blogg.	«Jeg mistet veldig mye mer enn bare fett. Jeg mistet meg selv». Kristine skriver om hvordan hun utviklet spiseforstyrrelse og forsvant fra den hun var.
Magni Iren Moan Grlj	Vektløs: fra mine år med anorexia (2013)	s.134	Magni har skrevet om sin egen sykdom, og hvordan hun kom seg ut av den. Når hun møtte kjærligheten, snudde tankene og følelsene hennes gradvis.	«Faktisk tjukkere enn sist, selv om vekta hadde gått ned» Magni skriver om hennes liv med anoreksi, og hvordan hun jaktet på å gå ned bare en kilo til.
Tina Øvland	Solen som aldri sluttet å skinne (2014)	s.173	Tina hadde drømmer om en karriere. Livet ble ikke slik hun hadde drømt om. Tina forteller om 20 år med spiseforstyrrelse, inn og ut av behandling.	«Jeg vet jeg er syk, men jeg er for syk til å skjønne det.» Tina skriver om fortvilelse, behandlinger som ikke fungerte og om

¹ Informasjonene i tabellen er hentet fra baksiden eller forord/etterord i bøkene.

				menneskene som aldri gav opp.
Sofie Fossellie	Så utrolig mye mer enn det du ser (2016)	s.57	Sofie skriver direkte og usminket om sin spiseforstyrrelse. Hun har skrevet boken for å vise hva spiseforstyrrelse er i praksis. Hun håper boken kan hjelpe noen andre.	I boken får man bli med Sofie i hennes kamp med og mot behandlingsapparatet, foreldrene og seg selv.
Ingeborg Senneset	Anorektisk (2018)	s.303	Ingeborg er journalist og sykepleier. Hun skriver om sin historie med sykdommen og sykehusinnleggelsene.	«Gjennom møter med noen av helsevesenets verste og beste sider, paradokser og konflikter på mellommenneskelige og personlige plan». Ingeborg skriver om sin kamp mot anoreksien, som ble både en livline og livsfarlig.

4.2 Begrunnelse av valg av metode

Metode eller metodikk kommer fra det greske ordet *methodos*, som betyr på vei mot, eller å produsere for å oppnå et mål (Delanty og Strydom, 2003, s. 4). Metoden kan hjelpe med å finne svar på spørsmål vi har om oss selv, verden og alle rundt oss. For å få det beste svaret på forskningsspørsmålet er valg av rett metode viktig (Cozby og Bates, 2015, s.3).

4.2.1 Kvalitativ metode, fenomenologi og hermeneutikk

4.2.1.1 Kvalitativ metode

«Kvalitativ metode er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud, 2021, s. 30). Materialet i kvalitativ metode er tekster, som for eksempel transkriberte intervjuer eller selvbiografier. Kvalitativ metode er blitt inspirert av ulike akademiske

disipliner, med hver sine særpreg (Malterud, 2021, s.36). Denne studien skal beskrive, analysere og fortolke fellestrekk ved livet med anoreksi, gjennom selvbiografiske tekster. Kvalitativ forskning vil studere hvordan mennesker oppfører seg. Forskerne ønsker å se dem i naturlig settinger, beskrivelsen av verden skal være med menneskenes egne ord (Cozby og Bates, 2015, s.118). I denne studien blir «observasjonen» i naturlig setting gjennom kvinnenes beskrivelse av seg selv.

4.2.1.2 Fenomenologi

Fenomenologien kommer fra filosofien. I psykologien er fenomenologi en beskrivende metode som ønsker å fange menneskets erfaringer uten at noe blir lagt til eller tatt bort (Wertz et al., 2011, kap. 5).

«Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer» (Thagaard, 2013, s.40). I denne studien skal fenomenet anoreksi utforskes, gjennom det skrevne ordet fra selvbiografier søkes det å utforske den subjektive opplevelsen av fenomenet.

4.2.2 Interpretive fenomenologi eller hermeneutikk

Heidegger studerte under Husserl, han er grunnleggeren av interpretativ fenomenologi eller hermeneutikk. Heideggers fokus var «å tolke og forstå» menneskers erfaringer, ikke å beskrive dem. Målet med hermeneutikken er å tre inn i en annens verden og å utvikle en forståelse der (Polit og Beck, 2018, s.188). Det kan oppnås ved å utforske et dypere meningsinnhold enn det en umiddelbart kan se (Thagaard, 2013, s.41).

Denne studien søker å «gå inn i» kvinnenes verden gjennom selvbiografien og forsøke å forstå deres erfaringer og forståelse av sykdommen anoreksi.

4.3 Litteraturstudie

I et litteraturstudium er forskningsspørsmålet viktig. Det er ut fra spørsmålet man finner litteraturen man skal bruke i studiet. Ved valg av kvalitativ metode innenfor litteraturstudier er utvalget ofte lite, fordi man skal ha en fordypende utforskning. I kvalitativ analyse av litteraturstudier analyseres ofte hele teksten (Aveyard, 2019, s.67).

4.4 Overførbarhet

I kvalitativ forskning er det viktig med en forståelse av fenomenet som skal studeres.

Thagaard (2013) skriver at det er fortolkningen som gir grunnlaget for overførbarhet, ikke beskrivelsen av mønstre (2013, s.210). Kan fortolkningen overføres til andre settinger?

Kvale og Brinkmann (2009, s.267, referert i Thagaard, 2013, s.211) sammenligner overførbarhet i forskning med rettspraksis. Bestemmelser i tidligere, lignende saker, har noe å si i avgjørelser av andre saker. Dette er den samme argumentasjonen som forskeren kan bruke for å overføre resultat i en studie til en lignende kontekst. Klarer studiet å fange opp sentrale trekk ved et fenomen kan en argumentere for at forståelsen, eller funnene som er utviklet kan overføres til lignende situasjoner (Thagaard, 2013, s.211). «Overførbarhet er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre» (Malterud, 2021, s.66-67). Denne studien kan være interessant som en del av en større sammenheng, for å få stemmen til de som har erfaring med anoreksi gjennom det levde liv, inn i forståelsen for hvordan anoreksi er, og hvordan det påvirker hverdagen, men også i behandlingen. Hva er viktig for dem som skal behandles?

4.5 Tematisk analyse

Det finnes ikke noen universelle regler for å analysere kvalitative data. Det er allikevel vanlig å finne et kodesystem (Polit og Beck, 2018, s. 277). I denne studien har jeg valgt tematisk analyse. For Braun og Clarke (2019, s.591) handler kvalitativ forskning om mening og meningsskaping. De skriver videre at dataanalysen handler om å fortelle «historier», om å tolke og skape.

Ifølge Braun og Clarke (2006, s.78) bør tematisk analyse være den første analysemetoden en kvalitativ forsker lærer. Den gir grunnleggende ferdigheter som kan være nyttig i andre former for kvalitativ analyse. Metoden er teoretisk uavhengig, som kan gi fleksibilitet, og dette kan igjen gi en rik og detaljert dataoversikt (Braun og Clarke, 2006, s. 78).

Analysen består av ulike valg. For eksempel hva som regnes som ulike koder, hva som regnes som et mønster og hvilke koder danner temaene. Temaene kan være til stede selv om ikke alle deltakerne sier noe om det. Hvilken størrelse bør temaene være? Forskeren må være fleksibel

i valgene. Temaene i studiet bør fange noe viktig i forhold til forskningsspørsmålet man har (Braun og Clarke, 2006, s. 82).

4.5.1 Induktiv tilnærming

Kvalitativ forskning har blitt karakterisert som induktiv.

Kvalitative forskere ser til den «empiriske verden» og hvilke spørsmål man bør søke svar på (Kvale og Brinkmann, 2015, s.224). I denne studien har blikket blitt rettet mot psykiatrien og diagnosen anoreksi. Spørsmålet som søkes svar på i studiet er; hvordan er livet med anoreksi diagnosen, svaret søkes hos dem som har kjent det på kroppen.

Med induktiv tilnærming, koder forskeren dataene uten at det skal passe inn i en eksisterende ramme eller forforståelse av analysen. Beskrivelsene av datamaterialet skal være rik (Braun og Clarke, 2006, s. 83). Forskeren koder dataene for å finne mønstret og mulige forklaringer på mønstret (Kvale og Brinkmann, 2015, s.224). Induktive prosesser går frem og tilbake mellom temaene og dataene, frem til jeg som forsker har etablert et sett av temaer (Creswell, 2014, s. 186).

I en analyse kan man utforske datamateriale på ulike nivåer. I denne studien utforskes datamaterialet på ett latent nivå. Det vil si at man utforsker det som ligger bak hva kvinnene skriver (Braun og Clark, 2006, s.84). Forskeren må bli godt kjent med datamaterialet, som i denne studien er selvbiografier, det gjøres ved å lese biografiene flere ganger, for etter hvert å finne mønstre av meninger. Analysen er ikke en lineær prosess, den utvikles ved å gå frem og tilbake mellom fasene i analysen (Braun og Clarke, 2006, s. 86).

4.5.2 Tematisk analyse- steg for steg (Braun og Clarke, 2006, s.86-93)

4.5.2.1 Bli kjent med selvbiografiene

I første fase av analysen skal forskeren bli godt kjent med dataene i studiet, altså selvbiografiene. Jeg startet med å lese gjennom alle biografiene en gang uten å tenke på analysen. Under andre gjennomlesning begynte jeg analysen, ved å lete etter meninger og mønstre. Jeg startet med å skrive ned noen sitater på post-it lapper som jeg festet i bøkene der sitatene var.

4.5.2.2 Lete etter koder i datamaterialet

Andre fase starter når forskeren har blitt kjent med dataene. I denne fasen leter man etter hva som er interessant med dataene. I denne fasen starter man å lete etter koder. Prosessen med koding er en del av analysen. Her begynner man å organisere dataene i grupper som kan gi mening. Så tidlig i analysen vet man ikke hva som kan være interessant senere. Man går ofte stort ut her, ved å kode så mange mønstre som mulig. Kodingen i denne fasen er grunnlaget for utvikling av temaer senere.

I denne fasen gikk jeg gjennom bøkene på nytt, med fokus på post-it lappene med sitater, fra forrige fase. Her skrev jeg sidetall og navn på forfatter på post-it lappene, før jeg festet dem på ett A3 ark. Øverst på arkene skrev jeg koden som kunne passe til sitatet på post-it lappen. Jeg startet med 59 koder.

4.5.2.3 Begynne å finne temaer

Man går over i fase 3 når all data har blitt samlet inn og kodet. I denne fasen skal kodene sorteres i temaer. Alt er åpent i denne fasen. Kan noen av kodene slås sammen, er det noen koder som ikke er like relevante som tidligere antatt? Hvilke koder danner temaer? Hva kan være hovedtemaer og hva er undertemaer? I denne fasen startet jeg med å se over alle kodene igjen, noen koder ble kuttet, andre ble slått sammen.

Tabell 2 – oversikt over foreløpige temaer og koder

Sulten som løsning	Mistet til sykdommen	Livet i smerte	Kampen om kroppen og livet	Behandlingen som hjelp og ikke hjelp
Løsningen - gjort	Identitet	Psykisk smerte	Anoreksiens kamp	Positivt
Mer enn mat og vekt	Savn	Fysisk smerte	Forfatterens kamp	Negativt
Fortjener ikke	Mistet håp og fremtidsplaner	Skam	Helvete	Tilfriskningsprosessen
Kontroll	Fysisk	Dårlig samvittighet	Farlig lek	Håp
Ikke føle	Ensom	Tomhet	Løgn?	Pårørende
		Selvfølelse	Flykte	Ambivalent
		Svak		
		Løgn?		
		Eksistere		
		Frykt		

4.5.2.4 Revurdere temaene

Denne fasen starter når man har noen kandidater til temaer. I denne fasen undersøker man temaene. Man vil som regel oppdage at noen av temakandidatene ikke er temaer, mens andre temaer kan slås sammen. Dataene innenfor temaene bør være meningsfulle og si noe om forskningsspørsmålet. På slutten av denne fasen skal man ha en ide om temaene, hvordan de passer sammen og hvilken historie de forteller om dataene. Det kan være lett å konstant revurdere og lete etter mer, men det er viktig å stoppe når det ser greit ut.

4.5.2.5 Definere temaene og gi dem navn

I denne fasen skal temaene defineres og gis navn. Man skal identifisere essensen av hva temaene handler om, hvordan de passer sammen med de andre temaene og hvordan de forholder seg til forskningsspørsmålet. På slutten av denne fasen skal man vite hva temaene er.

Tabell 3 – oversikten over hovedtemaene og undertemaene

Først som en redning, så ett mareritt	Kampen og smerten	Anoreksiens venner	På vei ut av helvete
Det startet som en løsning	Den indre kampen – kvinnene mot anoreksien	Inkonsekvente på symptomer	Ønsket om å bli frisk?
Fokus på mat for å ikke kjenne på følelser	Løgnene og skammen tar over	Et forsøk på å ha alt i orden	Helsevesenet på godt og vondt
Kontrollen som ble ukontrollert	Hvem er bak masken	Kroppen orker ikke anoreksien	Veien er lang og vond
	Anoreksi – den voldelige elskerinnen		Viktig å ha noen å gå med, selv om de ikke kjenner terrenget

4.5.2.6 Rapport skriving

Den siste fasen er å skrive rapporten, eller i dette tilfellet masteroppgaven. Braun og Clark (2006) anbefaler å skrive jevnlig underveis i analysen.

4.6 Min egen erfaring med anoreksi – forforståelsen og rolle som forsker

Forskeren bør være bevisst sin egen forskerrolle, og det er viktig å reflektere rundt denne og eventuelt på hvilke måter forforståelsen har påvirket studien (Creswell, 2014, s.187-188).

Forskeren må være åpen og vise vilje til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner (Malterud, 2021, s.19).

Jeg har vært nær pårørende til en person med anoreksi. I tillegg har flere i nær omgangskrets slitt i ulik grad med spiseforstyrrelse. Det var slik jeg først ble kjent med sykdommen. Første gang jeg møtte sykdommen som profesjonell var i praksis på sosionomstudiet, i sommerferien etter andre året på sosionomstudiet. Rett etter studiet begynte jeg å jobbe på en allmennpsykiatrisk avdeling med flere pasienter som hadde diagnosen anoreksi. Enheten ble i løpet av den tiden jeg jobbet der, spesialenhet for spiseforstyrrelse.

Ifølge Malterud (2021, s.19) er det ingen skam å være styrt av sine motiver. Jeg har jobbet med mange som har slitt med anoreksi, og jeg har noen ganger sett at deres stemme ikke har

nådd frem, når den kanskje burde. Jeg har derfor ønsket å rette lys på deres stemme i denne studien. Jeg mener at selv om vi ikke alltid kan følge pasientens stemme, skal vi som hjelpere alltid lytte til den. Jeg har mye erfaring med diagnosen anoreksi i rollen som hjelper og pårørende og dette vil være med inn i studiet, selv om jeg forsøker å distansere meg fra min bakgrunn og forhistorie.

I kvalitativ metode har forskeren en aktiv rolle. Det er forskeren som velger ut materialet. Teamene blir til fordi forskeren ser dem og trekker dem frem som temaer. Forforståelsen til forskeren vil være en del av forskningsprosessen (Braun og Clarke, 2006, s. 82). Jeg må være bevisst på min forforståelse for anoreksi.

4.7 Tanker rundt etiske dilemmaer og retningslinjer

«Etiske dilemmaer har en fremtredende plass innenfor kvalitative metoder» (Thagaard, 2013, s. 23). I studier der det er direkte kontakt mellom forsker og deltaker er det «utarbeidet særskilte etiske retningslinjer som definerer forskerens forhold til deltakerne» (Thagaard, 2013, s.23-24). I starten av denne studien var planene å intervju pasienter på DPS. Veilederen min på den tiden og jeg, snakket mye om etikken i det å intervju pasienter. I denne prosessen søkte jeg REK – regional etiske komité. Jeg fikk godkjenning på alle søknadene, også søknaden til sykehuset hvor jeg skulle rekruttere informanter. De trakk senere godkjenningen, med argument om at de pasientene de hadde på den tiden var for syke til å bli spurt om å være med på studiet.

Nå er datamaterialet mitt selvbiografier. Forfatteren har selv valgt å gi ut og dele sin historie med verden. Det er ikke de samme etiske dilemmaene som tidligere i prosessen. Det er ikke behov for å søke om etisk godkjenning for litteraturstudier, siden tekstene er publisert (Aveyard, 2019, s.21). Det er ikke det samme som å si at en ikke har etiske retningslinjer som skal bli fulgt i en litteraturstudie. «Å dele sine innerste, mest skammelige hemmeligheter krever mot for en som er vant til å gjemme seg. Jeg håper du leser med respekt» Getz (2012, s.4). Kvinnene fortjener at deres historie blir behandlet med respekt.

Litteraturstudiet er registrert på sidene til FEK på Universitetet i Agder.

5.0 Funn

Funn i dette studiet er basert på kvinnenes beskrivelse av deres liv og erfaring med anoreksi i de selvbiografiske tekstene som er inkludert.

Problemstillingen som søkes besvart i studiet er: *Hvordan beskriver kvinnene livet med anoreksi på godt og vondt, gjennom deres selvbiografier?* Hvordan er det for kvinnene å leve med en diagnose som mange utenfor ikke skjønner? Svaret vil bli belyst gjennom fire hovedtemaer:

- 1) *Først som en redning, så ett mareritt.*
- 2) *Kampen og smerten.*
- 3) *Anoreksiens venner.*
- 4) *På veien ut av helvete.*

Under disse fire hovedtemaene er det mellom 3 og 4 undertemaer og disse er med på å understreke hovedtemaene og gå mer i dyden på kvinnenes fortellinger om hvordan det er å leve med anoreksi. For å få frem kvinnene sin stemme og opplevelse vil sitater fra kvinnenes selvbiografier være inkludert i denne oppgaven. Det er en styrke at det ikke bare er mine ord, men også med kvinnenes egne beskrivelser og ord.

5.1 Først som en redning, så et mareritt

Et standard spørsmål Senneset (2018) får er: «Hvordan startet det?» (s.203). Alle kvinnene i studiet har ulike grunner til at de søkte, fant, eller ramlet ut i anoreksi som en løsning på deres utfordringer. De gir i forskjellig grad innblikk i hvordan sykdomshistorien deres startet. Getz (2012) og Grlj (2013) skriver mest om dette. Begge forteller om flere ting som ledet til at anoreksien ble en løsning, og en redning. Senneset (2018) og Øvland (2014) gir innblikk i vonde hendelser fra barndommen uten å gå i detalj. «Redningen ble gitt meg av voksne som burde visst bedre. Mental mishandling. Fysisk overtramp. Det var juling, og det var flere personer, og det var flere anledninger som ikke var knyttet til hverandre» (Senneset, 2018, s.203). Hun søkte redningen, men endte opp med å betale dyrt. Fossellie (2016) forteller om overgangen fra barn til ungdom som ikke ble som hun trodde. Hun er perfektjonist og ble opptatt av alt skulle være perfekt, også hun. Hun begynte å tenke over hva hun spiste, trente mye og før hun visste det var hun fanget i tvangen rundt trening, mat og vekt.

5.1.1 Det startet som en løsning

Om ordene ikke skulle løse, begynner jeg gjerne der symptomene startet. De begynte med angst, uro, mareritt. Fortsatte med forsøk på å dempe dem. Selvskading.

Tvangshandlinger. Spising. Sult. Trening. Men dette var løsninger som avfødte nye problemer. En psykisk og fysisk inkasso på repet. For historien begynner ikke ved symptomene. Dette er starten som setter seg fast. (Senneset, 2018, s. 203)

Senneset (2018, s.59) trengte i barneskoleårene en måte å håndtere de vanskelige hendelsene i livet sitt og for å gjøre det mest mulig usynlig valgte hun mat. For Øvland (2014, s.13) ble spiseforstyrrelsen en overlevelsesstrategi. For Grlj (2013, s.67) var det en rekke årsaker til at hun utviklet anoreksi, det hun kaller mange småårsaker som hadde en farlig effekt på henne. Blant annet ønske om å slanke seg etter en kommentar fra kjæresten (s.14-15). Grlj (2013, s.17) følte seg sterk når hun klarte å stå over alle kaloriene de andre spiste, og hun kjente på en mestring. Getz (2012) hadde også ulike hendelser som for eksempel at moren flyttet fra familien og landet (s.5-6), at hun brakk ryggen og la på seg flere kilo (s.15), og i alt kaoset fant hun løsningen, anoreksi. Fossellie (2016) startet reisen inn i anoreksiens verden med en vanskelig overgang fra barneskolen til ungdomstrinnet (s.7). Hun søkte å være perfekt på alle områder og fokuset ble mat og vekt (s.9).

Anoreksien ble en løsning i starten. Men kvinnene beskriver også sykdommen som hjelp, støtte og løsning selv etter sykdommen viste sitt sanne ansikt. Spiseforstyrrelsen hjalp Senneset (2018, s.99) ved å elske og beskytte henne, den gav henne en rus og en glemsel hun trengte, men ikke uten å ta betalt ved å jule henne opp både fysisk og psykisk. For Øvland (2014, s. 37) ble overlevelsesstrategien den som kunne ende med å ta livet fra henne. Når sykdommen har grep om en, er det ikke bare å snu når den ikke føles som en løsning lengre. Øvland (2014, s.116) skriver: «hadde det vært så enkelt, hadde jeg vært frisk den dagen da maten ikke lengre fungerte som en overlevelsesstrategi for meg». Å se at anoreksi er problemet og ikke løsningen kan være vanskelig, i hvert fall tidsnok. Selv når den juler en opp, og nesten tar livet fra en. Getz (2012) beskriver det slik:

Til tross for at spiseforstyrrelsen hadde ødelagt, klarte jeg ikke å godta at heller enn å redde meg fra et ytre kaos, var det den, sykdommen, som kompliserte livet mitt. Fordi

jeg fortsatt trodde kontrollen fjernet angsten, føltet det som om den var løsningen på problemene ikke årsaken. (Getz, 2012, s.135)

5.1.2 Fokus på mat for å ikke kjenne på følelser

For jeg ville at hun- og alle andre- skulle forstå at min frykt for fett ikke er mer enn et symptom. Ikke problemet i seg selv. At det stakk så mye dypere enn vekt og kontroll. At alt var en avledningsmanøver fra skam, lav selvfølelse, usikkerhet, angst, frykt, ensomhet og selvforakt – at det var en midlertidig overlevelsesmekanisme, en falsk følelse av trygghet og mestring. At ingenting noensinne hadde handlet om utseende. (Getz, 2012, s. 195)

Redsel for fett, opptatthet av mat og vekt kan være spiseforstyrrelsen ansikt utad, men for kvinnen stikker det dypere. Fokuset på det konkrete er lettere enn det abstrakte, som følelser. Ifølge Øvland (2014, s.38) handler spiseforstyrrelse for de aller fleste om noe annet enn å «tulle med maten». Ønske om å løpe vekk, sulte vekk eller ha fokus på det magiske tallet er ett fokus for å ikke fokusere på følelsene. Kvinnene beskriver utfordringer med denne løsningen. De må stadig flytte det magiske tallet på vekten (Øvland, 2014, s.2), eller løpe lengre, spise mindre og lage mer rigide regler (Getz, 2012, s. 136) for å forsøke å holde følelsene på avstand. For Senneset (2018, s.201 og s.155) spiser spiseforstyrrelsen opp og døyver følelsene. Hun sultet seg til følelsene var «duse glimt langt inne bak skallet» (2018, s.148).

I et forsøk på å rømme fra følelsene ved å ha fokus på mat og vekt beskriver kvinnene å miste mer enn bare kontakt med de negative følelsene. Fossellie (2016, s.4) opplever spiseforstyrrelsen som ett ekstremt fokus på mat, trening og vekt, ingenting annet fikk plass hos henne. Hun opplever at sykdommen er styrt av tanker og følelser (Fossellie, 2016, s.5). Hun beskriver en sommer der hun gjorde mye gøy, men hun følte ingen glede. Fossellie (2016, s.14) skriver at hun ikke la merke til det morsomme for hennes tanker var hvordan hun skulle få tid til å trene, hvordan hun skulle veie seg uten å bli lagt merke til eller hvordan hun skulle slippe unna maten.

Å forsøke å sulte bort følelsene kan også skape vonde følelser. «Jeg følte meg ulykkelig og hadde hele tiden en klump i magen. Tankene kretset rundt vekta og kaloriene 24 timer i døgnet» (Grlj, 2013, s.23). Grlj (2013) er ikke alene med å beskrive vonde følelser når

tankene blir opptatt av vekt og mat, Øvland (2014) beskriver at hun blir sliten og trøtt, Senneset (2018, s.69) skriver hun føler hun hadde vært på tre døgn militærøvelsen etter et måltid.

Strategien ved å sulte seg, løpe fra følelsene og fokusere på det konkrete for å slippe å føle er ikke en varig strategi, noe kvinnene i studiet merket. Øvland (2014, s.37) lærte seg at det var følelsene og ikke hun som veide mest. Getz (2012, s. 227) fikk en positiv opplevelse når hun begynte å føle igjen, da ble ting bedre, å ikke føle var kaldt og ensomt. Senneset beskriver en smerte ved å kjenne på følelsene igjen ved å begynne å spise. Når hun spiser, kan hun kjenne at hun savner «følelsen av å ikke føle» (s.75). Kvinnene beskriver bruk av mat og vekt for å ikke føle. Men ingen av dem beskriver dette som en lett måte å ikke føle på. Selv om ønsket er å ikke kjenne på de vonde følelsene, blir vonde følelser beskrevet som en del av å sulte vekk følelsene.

Jeg trengte dopet for å sløve angsten. Trengte å få ut alle ordene, all dritten som har samlet seg i meg de siste ukene. Trengte å kaste det nettet maten kan være, ned i kroppen og dra det ut igjen med alle krypene som truer med å kvele meg, som krabber, kløner, klyper og bryter på baksiden av brystbeina, de støyende og skrikende vesenene bak pannen, monstrene andre kaller følelser, ut med dem, ut!» (Senneset, 2018, s.92)

5.1.3 Kontrollen som ble ukontrollert

Det som en gang var en søken etter tilfredsstillelse og følelsen av å ha kontroll over livet, er en fortid som jeg ikke kan huske når tok slutt. Søken etter magerheten har holdt på å koste meg livet opptil flere ganger. (Øvland, 2014, s. 35)

Mange kan kjenne igjen ønsket å ha kontroll over noe. Spesielt når en føler verden er ute av kontroll. Kvinnene beskriver ulike utfordringer og smerter i livet, og de søker og ønsker kontroll. I ett forsøk på å få kontroll i livet blir det kvinnene spiser nøye kontrollert. Tynn blir ett bilde på kontroll, tykk blir det samme som å miste kontrollen.

«Hvis jeg spiste, hadde jeg voldsomme samvittighetskvaler på grunn av dette. Jeg følte at jeg hadde mistet kontrollen og var i ferd med å bli tykk» (Grlj, 2013, s.31). Senneset (2018) skriver «...ser allerede konturen av tapt kontroll i utvannet fett» (s.102). Getz (2012, s.49) skriver hun visste at hun aldri ville få full kontroll over livet, andre mennesker vil ta

avgjørelse som ville påvirke henne. Det hun kan ha kontroll på er «...hva jeg tygget og svelget...» (Getz, 2012, s.49).

For å få mer kontroll- å vurdere avstanden mellom lårene var ikke konkret nok – kjøpte jeg en badevekt. En dommer i rustfritt stål som nådeløst avgjorde om jeg skulle få en effektiv og god dag eller om den skulle ødelegges allerede før den startet. Var tallet som blinket mot meg høyere enn gårsdagens, krevde det all viljestyrke å ikke bryte sammen i den håpløse overbevisningen om at jeg hadde mistet kontrollen over livet, at alt ville gå til helvete (Getz, 2012, s.73).

I sitatet over viser Getz (2012) hvordan hun søker mer kontroll med konkrete bevis som tallene på en badevekt kan gi henne. Kontrollen Getz (2012) søkte blir sårbar når hun føler hun har mistet kontrollen over om tallet på vekten er høyere enn gårsdagen. Øvland (2014) beskriver hvordan hun kjente mangel på selvkontroll ved endring av vekten etter at hun drakk vann: «1,1 kilo mer enn for 10 minutter siden, 700 gram mer enn før trening. Jeg er tilbake i helvete!» (s.25). Getz (2012, s.53) forsøkte å gjenvinne kontrollen hun følte hun hadde mistet ved å slutte å spise ting hun tidligere hadde spist, sluttet med sosiale sammenkomster og heller jogget en tur (s.53).

Kontroll er det kvinnene søker, men er det det de finner? Øvland (2014, s.49) beskriver hvordan hun vet at ved hennes behov for kontroll er behandlingsmessig destruktivt, men hun vil allikevel tenke at i hennes verden går det bra når hun har kontrollen over seg selv. Øvland (2014) har et så stort behov at hun «... heller død en uten kontroll over min egen kropp» (s.41).

For kvinnene er kontroll en stor del av dem og behovene deres. Senneset beskriver usikkerheten hun har når hun ikke har kontroll: «Jeg har gitt fra meg kontrollen. Hva er jeg da?» (2018, s. 230) og «Uten kontroll har jeg ingenting. Da er jeg ingenting» (2018, s.268).

Søken etter kontroll og behovet for kontroll, og troen på at de har kontroll betyr ikke at det er kvinnene som har kontroll. Fossellie (2016, s.5) skriver at tankene og følelser som styrer sykdommen, den er derfor vanskelig å kontrollere. Senneset (2018, s.235) skriver at hun har vært kontrollert av sykdommen. Øvland (2014, s.44) opplever at kroppen har tatt styringen, hennes vilje og kontroll kan gjøre lite mot kroppen.

5.2 Kampen og smerten

Gjennom selvbiografiene til kvinnene forteller de om kampen, dem - mot spiseforstyrrelsen. Historiene til kvinnene er fylt med fortellinger om smerte. Smerten som er årsaken til at anoreksien ble løsningen, smerten som kommer fra sykdommen og smerten som kommer fra deres kamp om å leve eller bare overleve.

«Jeg var fylt av noe ondt. Jeg hadde noe inni meg som ville at jeg skulle ha det vondt. Noe som ville at jeg skulle lide» (Fosselie, 2016, s.36). I kampens hete blir løgnene en del av hverdagen og skammen følger nært etter. En måte å overleve på er å sette på seg en maske i møte med mennesker rundt dem. I tillegg til den psykiske smerten er det også fysisk smerte.

5.2.1 Den indre kampen – kvinnene mot anoreksi

Alle kvinnene beskriver en kamp for livet. På den ene siden var kvinnene selv, på den andre siden er sykdommen, stemmene, tankene eller anoreksien. Kvinnene kaller spiseforstyrrelsen ved ulike navn. Den indre kampen kvinnene går gjennom oppleves som et helvete eller et fengsel. Grlj (2013, s.101) opplever at hennes liv har blitt et helvete, Øvland (2014, s.21) opplever å ha fanget seg selv i sin egen kropp. I tillegg kjenner hun på en manglende vilje til å komme seg ut av helvete (s.51). Kampen kvinnen kjemper er en åpen kamp mot en fiende som vet alle strategiene deres, Senneset (2018, s.54) beskriver deres kamp slik: «Du kan ikke lure spiseforstyrrelsen, for den har innblikk i tankene dine. Du må gå til kamp. Åpen kamp» (Senneset, 2018, s.54).

På den ene siden av kampen står anoreksien som har fått fotfeste i kvinnes liv og er redd for å miste taket.

Når man er så lav i vekt og så rotete mellom ørene og i kroppen, går det sterkt ut over det rasjonelle. Det irrasjonelle tar over. Man ønsker ikke å bli frisk. Man blir ett med sykdommen, har en kontrakt med sykdommen. Mer enn et ekteskap. Mer enn et søskenforhold. Sterkt. Min kontrakt er gammel og innarbeidet. Jeg har vært flink til å følge den. (Senneset, 2018, s.144)

Sykdommen gjør alt for å holde på kvinnene, og holde dem til kontrakten. Når anoreksien blir redd truer den med blant annet angst og tvang (Senneset, 2018, s.53). Anoreksien slår til når omgivelsene eller kvinnene selv gir den mulighet. Ett eksempel på det er prøveuke på sykehuset: «Du må ikke, de kan ikke foreta seg noe om du ikke spiser opp. Du gjør hva du vil, gjør det jeg vil. Du har gjort det før» (Senneset, 2018, s. 57-58). Anoreksien lokker og drar, Senneset (2018, s.164) beskriver den som «min voldelige elsker». Spiseforstyrrelsen som Øvland (2014, s.81) kaller tanken eller anoreksien har stor makt over henne. Hun kjenner at den river og sliter i henne hele tiden: «Jeg får ikke fred fra dens harde klør, ikke ett minutt. Jeg lurer på om den noen gang kommer til å bli fornøyd, eller om jeg må dø før den er tilfreds» (Øvland, 2014, s. 156). Getz (2012, s.155) merker også anoreksiens kamp når hun jobber for å bli bedre. Anoreksien er utspekulert, den forsøker å overbevise henne om at hun ikke vil håndtere livet som frisk. Spiseforstyrrelsen vil at Getz (2012) skal tro at hun trenger reglene, kontrollen og den falske tryggheten. Getz opplever at anoreksien blir «ekstra jævlige» (2012, s.155) for å slite henne ut, og skremme henne til å tro at sykdommen fremdeles var løsningen for henne. Grlj (2013, s.75) på sin side beskriver anoreksien som «et skrik om oppmerksomhet eller hjelp, en protest, et opprør».

På tross av anoreksiens harde kamp, og slue knep beskriver kvinnene hvordan de kjemper imot, kjemper for livet. Øvland beskriver kampen slik: «De mørke og herjede øynene gjenspeiler en desperat kamp. Kampen om å overleve, kampen om å vinne tilbake sitt eget liv» (Øvland, 2014, s.17). Fossellie (2016) er den yngste av kvinnene og hun fikk hjelp og klarte å komme seg ut av sykdommens klør uten å leve med den i så mange år som de andre. Hun rakk likevel å kjenne på kampen imot sykdommen: «Jeg har også hatt mange vanskelige kamper med mat og vekt. Men jeg har klart å kjempe meg videre, klart å gå på skolen, selv om jeg til tider har følt meg veldig utenfor og lite verdt» (Fossellie, 2016, s. 50). Senneset (2018) beskriver en spesiell natt hun gikk til nærkamp mot anoreksien. Vant hun kampen ville hun ta vekk ett av sykdommens viktigste middel mot henne, tapte hun ville hun tape livet:

Natten til 21. juni 2009, to dager før innleggelsen, gikk jeg i nærkamp med spiseforstyrrelsen. Om jeg kastet opp, visste jeg at det kunne belaste hjertet i den grad at det stanset. Jeg buret meg inne og brakk meg over 150 ganger. Slik ville jeg se hvem som overlevde: sykdommen eller meg. Det ble meg, og dermed hadde jeg stukket fingeren i halsen for aller siste gang i mitt liv. (Senneset, 2018, s. 115)

Hun overlevde og vant slaget, men kampen var ikke over. Kampene kvinnene kjemper går som kamper flest med opp- og nedture. I en av nedturene opplevde Senneset (2018, s.149) en håpløshet, fordi hun ønsker ikke at sykdommen skal eie kroppen hennes, og vurderer om den eneste måte hun kan unngå det på var å ta livet sitt. Senere viser Senneset (2018, s.184) at hun er klar til kamp, og hun skal vinne: «Det sier jeg nå. Fra hjertet. Jeg skal ha livet mitt tilbake. Begynne å leve. Jeg har så mye å leve for. Så mange jeg elsker. Derfor sier jeg at nå skal sykdommen dø. Det er mine ord» (Senneset, 2018, s.184). Senneset (2018) beskriver oppturer og nedture også etter dette sitatet hvor hun er nær ved å gi opp og la sykdommen ta over (s.196). Hun er ikke alene med en slik kamp mot spiseforstyrrelsen, også Øvland (2014, s.35) opplever å kjempe og tape, men hun reiser seg for å kjempe videre. «I så mange år har hun kjempet, og i like mange år har hun mislyktes. Nå har håpet og drømmene om en fremtid i ferd med å forsvinne» (Øvland, 2014, s.12), videre skriver Øvland (2014, s.12): «drømmene brast den dagen hun oppdaget at livet ikke var verdt å kjempe for». For å orke å kjempe må en ha noe å kjempe for. Øvland fortsatte å kjempe, selv når alt så håpløst ut, og hun lurte på om det var verdt det.

I slutten av boken har Getz kommet langt i kampen sin mot spiseforstyrrelsen. Hun skriver at hun har respekt for sykdommen, selv om en har så godt som vunnet kampen må en allikevel være noe på vakt, slik at sykdommen ikke skal overta kontrollen igjen:

Jeg har såpass respekt for sykdommen som har frastjålet meg så mye at jeg ikke tør stemple meg selv som «frisk – ferdig med det». I hvert fall ikke ennå. Jeg har ikke råd. Jeg tar meg ikke råd. For jeg vet hvor inn i hvelvete mye det kostet å bli bedre. Så heller enn å lukke dette kapitelet av livet og glemme, har jeg bestemt meg for å gjøre det motsatte. Jeg har bestemt meg for å eie anoreksien. For kun ved kontinuerlig å minne meg på at den er en del av meg, at jeg fortsatt har enkelte svakheter, vil jeg – og ikke den utspekulerte jævelen av en sykdom – sitte med kontrollen. (Getz, 2012, s.226)

«Jeg kjente tårene trille nedover kinnene. Det gikk opp for meg at jeg nesten hadde ødelagt livet mitt» (Fossellie, 2016, s.48). Sykdommen kjemper hardt. Men for å overleve må kvinnene kjempe enda hardere, og det er denne kampen Getz (2012), Grlj (2013), Øvland (2014), Fossellie (2012) og Senneset (2018) forteller gjennom selvbiografiene deres.

5.2.2 Løgnen og skammen tar over

Løgnen har preget hele min syke- og tilfriskningshistorie. Jeg har løyet om alt mulig. Justert sannheten selv om det ikke har gagnet meg på noe som helst vis – annet enn at det har gitt meg en følelse av kontroll. Å forholde seg til en person med anoreksi kan være som å famle rundt i en labyrint hvor den som ikke vil at du skal finne frem, er den som skal gi hint om veien. (Senneset, 2018, s.60-61)

Alle kvinnene beskriver hvordan løgnene og skammen ble en del av livene deres. Løgnen ble et middel for å kunne fortsette med sykdommens prosjekter. Fossellie (2016, s.24) lurte unna mat og trente i smug. Grlj (2013, s.30) opplevde at de rundt henne hadde tillit til henne selv om hun løy så mye at den kom automatisk og uten dårlig samvittighet. Getz (2012, s.113) beskriver hvordan hun brukte løgn for å slippe unna sosiale settinger: «Jeg løy meg gjennom sommeren, løy på meg den ene omgangssyken etter den andre og sa nei takk til hytteturer, grillfest, utepils, filmkveld og båttur». Senneset (2018, s.78) beskriver seg selv som løgner og jukse-maker. For Øvland (2012, s.36) har løgnene blitt så vanlig at hun gjør det uten å blunke. Selv om løgnene ble hverdagen og de ble fortalt uten noe tegn på anger er ikke kvinnene løgnere. Løgnen ble nødvendig i deres sykdom. Flere av kvinnene beskriver en smerte bak løgnene. «Så uærlig tror jeg aldri at jeg har vært, og jeg håpet at jeg slipper å oppleve det igjen» (Øvland, 2014, s.87). Grlj (2013, s.41) opplevde skam over løgnene når hun så hvor glad familien ble da de trodde på henne.

Løgnene henger også sammen med skammen. For Øvland (2014, s.38) kan skammen over løgnene bli så stor og smertefull at å velge bort livet ble ett alternativ. Skammen er godt kjent for flere av kvinnene. Senneset beskriver det i dette sitatet: «Tenke, skamme seg, ønske, skamme seg, ville, skamme seg, gjøre, skamme seg, ikke gjøre, skamme seg. En eller annen, meg eller andre, blir skuffet og sint uansett hva» (Senneset, 2018, s. 83). For Senneset (2018, s.204) har skammen hjulpet henne til å holde sykdommen i livet i tjue år. Skammen kommer ikke bare når Senneset (2018, s.229) ikke får til det hun føler hun burde, skammen er også til stede når hun gjør ting rett:

Å gjøre det riktig blir kun teoretisk mestring. Jeg vet at det er en seier. At jeg har tatt et lite skritt på veien mot å bli frisk. Jeg føler derimot at det er et nederlag. Et tap. En skam. (Senneset, 2018, s.261)

Øvland (2014, s.159) forteller om skammen over å ikke klare livet. Hun skriver at hun nå lever «med skammen over et tapt liv, som ingen kan klare å redde». Getz (2012, s.80) skammer seg over å ikke klare å være som andre, være normal. Når hun måtte slutte på studiene var skammen så stor at ingen andre enn noen få i familien fikk vite det (s. 185).

Ifølge Øvland (2014, s.38) har de med spiseforstyrrelse «skammen over hva maten gjør med oss» til felles. Getz (2012, s.198) fikk mailer da hun startet med bloggen sin. Flere av dem som skrev til henne beskrev skammen hun selv hadde følt på. Mange skrev «Ingen vet. Ingen må få vite» (Getz, 2012, s.199). Skammen kan ødelegge for at de som trenger hjelp tør å søke om det. For Grlj (2013, s.61) er skammen over seg selv og det at hun kjenner seg lat, vond å erfare. Senneset (2018) setter ord på det alle kvinnene beskriver skammen som: «Skammen svir» (s.136).

5.2.3 Hvem er bak masken

Likevel skulle jeg ønske de forstod, at de kunne levd inni hodet mitt i ti minutter, to minutter eller bare ti sekunder – lenge nok til å få et lite innblikk og fatte rekkevidden av kaoset jeg ikke klarte å beskrive. Kaoset jeg ikke forstod. Jeg ville at de skulle se at alle masker og «nei-takk»- er var et tegn på mer enn «en imponerende selvkontroll. (Getz, 2012, s.91)

Masken kvinnene setter på seg er tung å bære. De bærer disse maskene for at de rundt ikke skal se hvordan de har det. Grlj (2012, s.81) bruker mye energi på å vise utad at hun er glad og fornøyd. Bak masken har hun det tungt. Øvland (2014, s.49) spør seg selv om hvorfor hun ikke klarer å kaste masken sin: «Hvorfor skal jeg være så sterk hele tiden? Hvorfor våger jeg ikke å kaste den vonde og harde masken jeg bærer?» (Øvland, 2014, s.49). Det kan være skremmende for dem å skulle vise sårbarheten og smerten som er under masken. Senneset (2018, s.75) bruker ordet 'fake' ikke maske. Hun beskriver hvordan hun 'faker', i stede for å vise tristhet. Når hun 'faker' blir hun tristere, og da må hun 'fake' mer.

Hvem er de bak masken? Flere av kvinnene er usikker på dette selv, Getz (2012, s.55) leter etter verdi gjennom å bli noe, utdanne seg til noe, det er først da hun vil få verdi som menneske. Senneset (2018) spør seg selv hvem hun er?:

Hvem er du? Eller rettere sagt: Hvem er jeg? Ikke svar. Du vet det ikke heller. Når sykdommen har vært en del av meg så lenge som den har, vil den ha formet meg. Maten har styrt så mange av tankene mine. Handlingen mine. Hva så når sykdommen er borte, hva vil da være igjen? Hvem er jeg da? Hvordan er jeg da? Hvordan reagerer jeg på andre? Hvordan reagerer jeg på meg selv når jeg ikke vet hvem jeg er? (Senneset, 2018, s.209).

Når en har vært syk så lenge som Senneset har vært, er det vanskelig å vite hvem hun er uten sykdommen. Det samme gjelder Øvland (2014, s.149). Hun opplevde at hun ble en skuespiller i sitt eget liv. Jo lengre hun var i det spillet, jo mer mistet hun personen Tina (Øvland, 2014, s.130). Getz (2012, s.157) opplevde å få angst ved å tenke på å «finne seg selv», hun var redd for at hun hadde slettet seg selv. I tilfriskningsperioden ble Getz (2012, s. 192) opptatt av å bygge identitet. Hun likte ikke hvem hun hadde vært før hun ble syk, så hun ville ikke finne den hun var før sykdommen, men hun ønsket å finne seg selv.

5.2.4 Anoreksi – den voldelige elskereren

Jeg orker ikke mer, hulket jeg til meg selv, for meg selv. Jeg klarer ikke mer. Uten å forstå hva det var jeg ikke orket, hva det var jeg ikke klarte. Jeg er svak. Jeg gir opp. Ser dere ikke at jeg står på kanten av noe, at jeg snart faller, at dere må stanse meg, at dere må holde igjen, gråter jeg til det rennende vannet. (Getz, 2012, s.91)

Kvinnene gir ett innblikk i en ubeskrivelig smerte. Ingen som ikke har kjent den smerten på kroppen kan virkelig forstå hvordan den er (Øvland, 2014, s.38). Selv om en ikke kan forstå smerten, gir kvinnene med deres ulike beskrivelser ett innblikk i smerten de levde med hver dag. «Råtne rotter røsker roen ut av meg. De vil under huden min. Jeg er rotnenes rede» er en av beskrivelse Senneset (2018, s.285) bruker på smertene hun kjenner. Hun beskriver også smerten med ord som «ropene var desperate, hylene som dødsskrik. Ikke som dødsskrik. Det var dødsskrik» (Senneset, 2018, s.138). Getz (2012, s.119) beskriver smerten hennes som «rotet, skamfull og navnløs».

Som en desperat fange skriker jeg etter benådning. Mitt indre skriker etter forståelse for hva og hvem jeg er. Jeg ber om unnskyldning for at jeg i det hele tatt ble født, men

det var jo ikke jeg som valgte å se dagens lys. Nå vil jeg gjøre opp for meg. Jeg vil ikke lengre leve av andres tid og ressurser. (Øvland, 2014, s. 136)

Kvinnene beskriver også ett ønske om å komme seg vekk fra smertene. Senneset (2018) ber om å få slippe livet:

Men mest av alt gjør det vondt i hjertet. Jeg har sviktet alt og alle, igjen. Tapt verdighet, helse, selvtillit, og vunnet smerte og skam. Kan ikke skrive mer, må gjøre meg ferdig. Faen, la meg dø nå, så skal jeg ikke klage engang for dette er ikke noe liv. (Senneset, 2018, s.91)

Fossellie (2016, s.22-23) beskriver ett ønske å komme seg bort fra alt som har betydning, alt som var smerte, «Jeg ville langt vekk fra verden» (Fossellie, 2016, s.23). Grlj (2013, s.104) spør seg selv om hvorfor hun ble så fiksert på kiloene? Hva gav det henne? Hennes konklusjon var at: «Livet mitt var rett og slett et mareritt!».

Dårlig selvfølelse er noe alle kvinnene har til felles. «En stygg, uformelig klump av et menneske, sykdom, vilje og uvilje, motstridende ønsker og følelser. Hater meg selv. Skulle ønske jeg kunne vrenge av meg som en ubrukelig utslitt trøye» (Senneset, 2018, s.83). Senneset (2018) beskriver seg selv som «ingen»: «Ingen står det, ikke noe mer. Det er meg. Jeg er ingen» (s.293). Andre ord Senneset (2018) bruker for å beskrive seg er «ingenting» (s.294), verdiløs (s.94), hun skriver at hun ikke orker seg selv (s.285) og at hun hater den hun er (s.77). «Jeg er ingenting» (Getz, 2012, s.58). Getz (2012) beskriver sin verdi som mindre enn en spypose. «Jeg følte meg så grunnleggende verdiløs og ubrukelig at det gjorde vondt. Og det var som om angsten for mat fikk selskap av angsten for alt» (Getz, 2012, s.186-187). Også Øvland (2014) beskriver seg selv med liten verdi, eller som verdiløs (s.140) og «unik på en ond måte» (s.141). Hun opplever også at andre ser på henne som «håpløs og udugelig» (s.77).

Grlj (2013) opplevde seg selv som ei jente uten selvtillit og dømmekraft (s.14). For henne var det mye som gikk galt på samme tidspunkt, og hun tenker at hun ikke var utrustet nok med selvtillit, så måten hun håndterte problemene på var vekttap (s.85). Målet var å bli «vellykket, perfekt og sterk» (s.87), men resultatet ble at hun følte seg som «helt bønn i ræva», hun så på seg selv som «ei grå, lita mager mus, usikker, dum, kjedelig og nervøs» (s.77). Fossellie (2016, s.8) søkte etter hvordan hun kunne forandre seg for å få flere venner, hun følte seg ikke

god nok. «Jeg ville ikke at noen skulle se det stygge fjeset mitt, fjeset til den selvopptatte jenta uten venner, hun som bare ønsket å være perfekt! Jeg følte meg dum» (Fosselig, 2016, s.48).

Da jeg isolerte meg, kom all stimuli fra innsiden, og fordi tankene mine var gjennomsyret av sykdom og vrangforestillinger, ble jeg i stor grad et offer for meg selv. Uten input utenfra ble de paranoide «sannhetene mine» aldri konfrontert eller utfordret. Og jeg trengte feedback fra andre enn meg selv. (Getz, 2012, s.215)

Selvbildet blir ikke bedre når kvinnene får være alene med det dårlige selvbildet og nedlatende ordene fra sykdommen. Senneset (2018, s.92) mener hun er som et ustabil krek, hun har ikke noe å gjøre ute blant folk. Livet med anoreksi er ett ensomt liv. Mennesker forsvinner ut av livene da fokuset blir innover, på mat og vekt. Øvland (2012, s. 37) opplever at hun har like god kjemi med de som jobber på matbutikken hennes som hennes tidligere venner, Grlj (2013, s.37) ble glad da vennene trakk seg vekk, da slapp hun maset fra dem. Fosselie (2016, s.10) takket nei til bursdager fordi hun var redd for å spise, det førte til slutt til at hun fikk færre venner. Getz (2012, s. 144) følte en styrke når hun fikk distansert seg fra andre og den følelsen gjorde at det ble enklere for henne å trekke seg unna. Hver gang Getz (2012) sa nei vokste muren og terskelen for å være med neste gang ble høyere (s.80).

Lever eller eksisterer kvinnene? «Jeg bare eksisterer, uten å leve» (Fosselie, 2016, s. 29). Øvland (2014, s.89) opplever at hun ikke engang eksisterer lengre, hun bare er. Senneset (2018, s.169) er redd for å forsvinne. Hennes bror blir redningen, han finner henne før hun forsvinner. Etter at hun overlevde suicidnatten, hun spør seg selv: «Har jeg begynt å leve ennå?» (Senneset, 2018, s.288).

5.3 Anoreksiens venner

Kvinnene beskriver ikke bare anoreksien, men de belyser også ulike andre utfordringer og symptomer, som for eksempel tvang, angst og fysisk smerte.

5.3.1 Inkonsekvent på symptomer

Kan være komisk inkonsekvent på symptomer. Får jeg ikke trene, spiser jeg ikke. Får jeg ikke la være å spise, vasker jeg. Får jeg ikke vaske teller jeg. Med et barskap fullt

av symptomer er det bare å shotte den flasken det fortsatt er noe igjen i. Ruset blir en uansett. (Senneset, 2018, s.67)

Senneset (2018) er ikke alene med å ha flere og ulike symptomer sammen med anoreksien. Flere av symptomene kan være direkte konsekvens av spiseforstyrrelsens underernæring og undervekt (Getz, 2012, s.137), som for eksempel «depresjon, angst, tvangstanker, isolasjon og frykt» (Getz, 2012, s.137). Getz (2012, s.101-102) beskriver en angst for maten hun ikke spiste, men var redd hun hadde fortrenget at hun hadde spist. Hun vet hun har løyet om måltidet, men panikken slå henne likevel når hun finner kvitteringen, det hjelper ikke. Hun forsøker å kaste opp maten hun aldri spiste. En måte Senneset (2018, s.238) kan dempe angsten hun kjenner på er å gjøre feil. Grlj (2013, s.40) bruker det hun kaller «ryddemani». Hun kunne rydde og organisere kjøkkenet flere ganger. Alt skulle være rett og ryddig, det skulle være perfekt på samme måte som hun skulle ønske at hun var perfekt.

Angsten kjenner ingen grenser og sliter i hele meg. Jeg føler det som om jeg sitter naken i et lite glasshus. Tårene renner. Jeg er redd. Redd for redselen og dens uovervinnelige maktesløshet. (Øvland, 2014, s.142)

Øvland (2014, s.19) klarer ifølge hennes behandler å dissosiere bort virkeligheten bedre enn mange andre.

5.3.2 Ett forsøk på å ha alt i orden

Getz (2012, s.90) beskriver viktigheten for henne med rutiner. Hun følte hun ikke fungerte i Oslo fordi hun ikke hadde rutinene sine, men hun tenkte hun fungerer bra i Dublin på grunn av rutinene hun hadde der, rutiner som ingen kunne blande seg inni. Rutiner rundt måltider er viktig for Grlj (2013, s.39-40). De må inntas akkurat på samme tid og sted. Grlj (2013, s.96) forteller om hvordan besøk fra en kamerat opplevdes som irriterende og forstyrrende for rutinene hennes.

Fossellie (2016, s.39) beskriver hennes tvangstanker som forteller henne hva hun skal gjøre. Tvangstanker kan også være ett forsøk på å få orden i livet slik som rutiner kan gjøre. Senneset (2018, s.238) skriver om tvangshandlinger, som trening og vasking av hendene før måltider (s.150).

5.3.3 Kroppen orker ikke anoreksien

Kroppen blir påvirket av sykdommen. Hode sliter med å følge med. Indre organer blir påvirket, og beinskjørhet er en del av sykdommen. Det innvendige er ikke lett å merke med det første, men kvinnene beskriver noe av det fysiske som skjer med dem.

At konsentrasjonene blir dårligere merket flere av kvinnene. Grlj (2013, s.27) beskriver at studiene hennes ble mer krevende og konsentrasjonene ble dårligere.

Menstruasjonen hadde jeg mistet for lenge siden, jeg frøs alltid, til tross for tykke gensere, håret mitt, den en gang tykke blanke manken, var blitt tynnere og mer livløst, og de fra før store øynene mine var nå enda større, tristere og mer bunnløse. (Grlj, 2013, s.31)

Det mest alvorlige som kan skje er at hjertet stopper, det er bare en muskel og ved underernæring blir musklene svakere og mindre (Grlj, 2013, s.39). Kroppens utvikling stopper også. Underlivet til Grlj (2013, s.117) hadde stoppet å utvikle seg. Øvland (2014, s.19) sin kropp fungerer som en døendes kropp. Getz (2012, s.121) beskriver en smerte ved å ligge i sengen og hun kunne begynne å gråte av hvor slitsomt og vanskelig det var å komme seg ut på badet, vannet i dusjen gav smerter på kroppen. Senneset (2012, s.96) forteller at hun har blitt benskjør. Senneset liker kroppen enda mindre når den sier ifra:

Jeg liker ikke kroppen min når den ikke gjør det jeg vil den skal. Ting jeg vet den kan. Når den er «sliten». Da syter den. Kroppen suter over hvilen den ikke får, maten den nektes. Jeg vil ikke ha en sutrekopp» (Senneset, 2012, s.127).

5.4 På vei ut av helvete

Kvinnene sin fortelling om livet med anoreksien omhandler også veien ut av sykdommen. Ved bøkens ende er det ulikt hvor i tilfriskningsprosessen kvinnene er i. Er de kommet seg ut og er godt på vei i livet, eller kjemper de fremdeles? Uansett beskriver alle prosessen det er å komme seg ut av helvete - anoreksien.

5.4.1 Ønsket om å bli frisk?

Ambivalente følelser rundt det å bli frisk er til stede i kvinnenens historie.

Jeg ønsket alt, samtidig som jeg ikke ønsker noe. Jeg vil alt, men vil ingenting. Livet føles så smertefullt og vondt, livet har så uendelig mye godt å gi. Hodet føles fullt, samtidig som det er tomt. Jeg ønsker å bli holdt rundt, men skyver alle som tilbyr meg en skulder å gråte på, vekk. Livet er blitt til enten- eller. Det sluttet å være både- og den dagen jeg tok valget om å prøve å oppnå total selvutslettelse. (Øvland, 2014, s.35-36)

Øvland (2014) beskriver ambivalente følelser ovenfor mye av livet sitt i sitatet ovenfor. Hun er også ambivalent for om hun ønsker å bli frisk (s.79). Øvland (2014) er ikke alene om å være usikker på om hun vil bli frisk. Getz (2012, s.145) var ambivalent, kjente på frykt og tvil for å bli bedre. Behandleren til Getz (2012, s.155) mente at ambivalensen økte fordi spiseforstyrrelsen var redd og gjorde motstand.

Natten Senneset (2018, s.115) overlevde nærkampen mot spiseforstyrrelsen ved å brette seg, beskriver hun: «Ett hundre og femti ganger fryktet jeg for mitt eget liv, samtidig som jeg ikke virkelig ønsket å leve» (Senneset, 2018, s.132).

Jeg har to drømmer som er så motstridende som overhodet mulig. Den ene er helt urealistisk, siden jeg har sluttet å tro på mirakler, men det er å kunne våkne opp neste morgen og være «frisk» som folk flest. Den andre drømmen som ikke er langt fra å gå i oppfyllelse, er å legge meg for natten og aldri våkne opp igjen. Jeg er på en evig jakt etter fred og ro i mitt indre, men jeg finner ikke oppskriften på hvordan jeg skal klare det. Jeg bare fortsetter å spinne meg inn i mitt eget spindellev. (Øvland, 2014, s.36)

Usikkerhet på om de ønsker å bli frisk, og da usikkerhet på om de ønsker å leve gjør at flere av kvinnene beskriver hendelser i livet med anoreksien der livet kunne endt. Selv om usikkerhet var der, og kampen var tung kjempet kvinnene seg videre i livet og mot livet uten sykdommen.

Senneset (2018) beskriver også hvordan hun ikke klarer å vise primærkontakten at hun er takknemlig for at kontakten var hos henne, fordi sykdommen hatet henne. Selv om sykdommen kjempet imot, ønsker Senneset behandlingen (s.184).

5.4.2 Helsevesenet på godt og vondt

Alle kvinnene hadde kontakt med helsevesenet i ulik grad. De har i ulik grad fokusert på dette i deres selvbiografier. De forteller om positive og negative opplevelser i møte med helsevesenet. Positive opplevelser kan være med å fremme tilfriskningsprosessen, mens de negative kan hemme en slik prosess.

«Jeg har nå signert en skriftlig avtale som forplikter meg til å følge noen andre enn sykdommen. Det gjør vondt, men det er riktig» (Senneset, 2018, s.144). Senneset beskriver viktigheten for henne med en slik forpliktelse som en skriftlig avtale gir. I prøveuken der hun ikke har noen avtale utfordret spiseforstyrrelsen henne om å ikke følge planene. Hun opplever en skriftlig avtale som en alliert i kampen mot sykdommen (s.142). For Senneset (2018) var det nødvendig med en langvarig behandling der personalet er noen hun kan støtte seg på, hun beskriver det slik:

Mange av oss trenger nettopp noen som styrer, trenger å føle at noen har kontroll, at vi har et anker som holder oss igjen, eller et fyrtårn å finne tilbake til når tankene tar vendinger vi ikke er helt rustet for ennå. (Senneset, 2018, s.298)

Senneset (2018, s.74) beskriver at hun er trygg under behandlingen med regler og rammer hun kan forholde seg til. Øvland (2014, s.66) opplevde et godt behandlingstilbud i Sverige, opplegget ble lagt til rette for hver og en av dem. Hun legger til at det er synd at hun ikke kommer til å bruke det gode behandlingsteamet rundt henne for de ville nok kunnet hjelpe henne (s.117). Både Øvland (2014, s.85) og Senneset (2012, s.145) beskriver viktigheten av å føle at behandlerne hører på dem.

Motivasjonen trenger støtte for ikke å sultes vekk. Viljen behøver å underbygge for ikke å skylles ned i do. Innstillingen er avhengig av hjelpen for ikke å tvinges vekk. Uten støtte slår motivasjonen sprekker. Uten hjelp halter viljen. Uten underbyggelse blir knivseggen skarpere. Mitt ønske om å bli frisk står alene igjen. Ønsket kan ikke

stå alene. Ønsket har stått alene igjen. Det har ikke vært nok til å bli frisk. Om ønsket kunne vært nok, kun i kraft av seg selv, hadde jeg vært frisk. (Senneset, 2018, s. 195)

Øvland (2014, s.155) roser ett av behandlingsstedene hun har vært på for deres modell. Straff er ikke en del av den modellen.

På andre sider er de negative opplevelsene kvinnene møtte i helsevesenet. Dessverre har kvinnene en del negative opplevelser med seg fra helsevesenet. Senneset (2018, s.233) forteller om noen hjelpere, spesielt en som har en nedlatende tone mot henne og andre medpasienter.

Sykepleieren som hadde ansvar for meg, var den samme som ba meg ta alt personlig ut av rommet mitt. Som dyttet i meg med foten da jeg gråt på gulvet. Nå var alle mine faste kontakter borte, og legen på vakt var en ung fyr som hørte på henne. Og hun hadde bestemt seg. En differanse på hundre gram var mer enn nok til at jeg skulle få en tenkeuke. Hundre gram! «Det er reglene, vet du!» (Senneset, 2018, s.246)

Senneset (2018) ønsket å bli men hun ble ikke hørt. Sykepleieren fnøs bare og lurte på hva hun ønsket å oppnå. «Jeg ga opp å forsøke å overleve» (Senneset 2018, s.246). Senneset (2018, s.193) opplever forskjellsbehandling på fysisk og psykisk sykdom. Hun spør om en med brukket fot får bruke tiden til han kan gå normalt. Det er ingen som dytter han slik at han faller, eller trækker på det brukne beinet.

I behandlingen er motivasjon ofte brukt. Øvland (2014, s.31) forteller at hun ble kastet ut fordi hun ikke var motivert, og siden hun skulle komme tilbake når hun ble det, kom hun aldri tilbake. Hun opplevde også under et opphold å få nei på forespørselene sine og miste den ene gulroten etter den andre (Øvland, 2014, s.93), det hjelper ikke på motivasjon til å gjennomføre behandlingen.

Vektkravet under behandling er noe Senneset (2018) trekker frem som vanskelig og utfordrende og mulig ødeleggende. «Det som er mer stress, er at om du ikke klarer vektkravet ditt, blir det flyttet til neste uke og lagt i tillegg til den ukens krav» (Senneset, 2018, s.137).

Jeg ble innlagt fordi jeg ikke klarer å gå opp i vekt på egen hånd. Jeg får ikke komme inn fordi jeg ikke klarer å gå opp i vekt på egen hånd. Årsaken til at jeg trenger innleggelsen, blir dermed synonymt med årsaken til at jeg ikke får den. Forstå det den som kan. (Senneset, 2018, s.217)

Senneset (2018, s.116) opplevde at personalet begrenset det friske. Hun (2018) opplever at behandlingen spilte på lag med det syke i henne, ikke det friske, de stolte ikke på det hun sa. Senneset (2018) ønsket å bruke gåturen sin på noe normalt, da ville turen bli litt lengre, men hun fikk nei på det og hun stiller da spørsmålet «hvorfor skal det være så vanskelig å gjøre noe friskt på dette sykehuset?» (Senneset, 2018, s.152).

Senneset (2018, s.287) og Fosselie (2016, s.43) beskriver helsepersonell som ikke hjelper, men som trykker pasienten ned. Senneset (2018) møter en sykepleier som får henne til å føle seg som ett insekt i veien for det perfekte. Fosselie (2016) beskriver personell som slår og er mer hardhendt enn nødvendig. Hun blir ikke trodd når hun tar kontakt for å få hjelp. Grlj (2013, s.103) opplever at legene ikke forstår alvoret. Hun hadde valgt å gi seg fullstendig over til legene fordi hun ikke klarte det selv, uten å få den hjelpen hun trengte. Vektøkning er jo ikke ensbetydende med helbredelse (Grlj, 2013, s.38).

5.4.3 Veien er lang og vond

Men det bor mye rasjonelt i meg i tillegg. Jeg vet at jeg må bli friskere for å ønske å bli frisk. Akkurat nå ønsker jeg å ønske. Og med en skriftlig avtale, svart på hvitt, må kroppen komme mer på stell. Da vil hode følge etter. (Senneset, 2018, s.144)

Kvinnene beskriver flere ulike steg på veien ut av anoreksien. Kvinnene har også kommet ulikt når deres historie avsluttes i bøkene. Senneset (2018) beskriver i sitatet ovenfor ett av stegene, det å ønske å bli frisk. Øvland (2014, s.153-154) ser etter hvert at hun må ha en viss vekt for å være mottakelig for behandling. Getz (2012, s.229) beskriver at hun fikk «banket inn i hodet» av behandleren sin at hun ikke valgte å bli syk, men det er hennes valg og ansvar for å bli frisk. Grlj (2013, s.129) trekker frem motivasjon som en viktig faktor i behandlingen, og at behandlerne må respektere pasientenes målsetning. Hun opplever at å snu sykdomstilstanden er det viktig at pasienten tar avgjørelsen. Grlj (2013, s.38) og Getz (2012, s. 145) opplever det å innse at en har diagnosen som ett viktig steg i prosessen mot å bli frisk.

Å bli frisk kan være skremmende. Slik som Senneset (2018, s.268) beskriver: «Jeg mestrer det å være syk. Det kan jeg. Å bli frisk, derimot».

Økt vekt betyr ikke frisk (Senneset, 2018, s. 295). Hun opplever at når hun ikke lengre ser ut som en straffange gjør at det føles bedre. Øvland (2014, s.155) opplever at hun kanskje ser bedre ut, men hun har aldri hatt det vanskeligere enn nå.

Senneset (2018, s.232) opplever å ha funnet løsningen på hvordan bli frisk. Det er så en enkel men så vanskelig:

FØL DET DU IKKE VIL FØLE. TENK DET DU IKKE VIL TENKE. SE DET DU IKKE VIL SE. SKRIV DET DU IKKE VIL SKRIVE. SI DET DU IKKE VIL SI. SI DET. Dette innebærer dykk i eget sinn og kropp. Jeg vil ikke dit, men jeg er klar for å prøve. (Senneset, 2018, s.232)

Øvland (2014, s.167 og 170) beskriver viktigheten for hennes prosess mot bedring å ha en person som hadde tro på henne, lyttet til henne og så henne som mer enn en diagnose. Hun kan føle at fokuset er på redningsaksjonene og at en glemmer den som skal reddes (Øvland, 2014, s. 136). Getz (2012, s.164) måtte koble hode og kroppen sammen igjen, hun måtte bli hel igjen for å gå videre i tilfriskningsprosessen. Når Getz (2012, s.206) var kommet godt inn i tilfriskningsprosessen beskriver hun en endring i tankemåten. Hun opplever at tankene bryter seg ut av et rigid fengsel. Getz (2012) beskriver at hun plutselig kan tenke abstrakt, forstå ironi og se to sider av en sak. Grlj (2013, s.126) beskriver hvordan hun fant lykken, og derfor gav opp vektkontrollen, hun trengte det ikke lengre.

5.4.4 Viktig å ha noen å gå med, selv om de ikke kjenner terrenget

Selv om flere av dem beskriver tap av vennskap på veien, beskriver alle om noen i livet som er viktig for dem og som har betydd noe for veien de går. Flere av kvinnene beskriver også om redselen for når de har fått nok, når vil de forsvinne?

Jeg er så redd. Når har de fått nok av meg, nok av denne oppgave? Det slitsomme arbeidet med å følge med på at en til tider lite samarbeidsvillig anorektiker spiser. Står

opp grytidlig for å åpne det låste badet. Overse humørsvingningene til den mektig irriterende bipolare. Jeg er livredd for at de skal bli lei. Drittlei av meg. Drittlei av hele opplegget. Eller enda verre, om rollene som bror, venn eller venninne glir over i rollen som barnevakt og fangevokter for alltid. Jeg er redd de vil se meg som sin pasient, og seg selv som behandler. (Senneset, 2018, s.143)

Familiene blir påvirket av sykdommen, Øvland (2014, s. 38) kjenner på skam og skyldfølelse ovenfor familien. Det de har vært gjennom på grunn av hennes sykdom. Øvland (2014, s.37) beskriver hvordan hennes sosiale omgangskrets har blitt «slankere», men foreldrene beskrives gjennom hele boken hennes som viktige for henne. Bak i boken hennes deler hun ut dedikasjoner, der hennes to søsken får hver sin for den støtten de har vært, faren får en dedikasjon for at han alltid har forsøkt å snakke henne til fornuft og hennes mor får to dedikasjoner for at hun aldri har sviktet og fordi hun aldri gav Øvland (2014) opp (s.172-173). Getz (2012) beskriver at hun satte opp beskyttelse og avstand til familien (s. 90 og 104), men familien hennes var der når hun var klar for dem, familien til kjæresten (s.224) og kjæresten var der hele veien, selv med utfordringer (s.222). Getz (2012, s.218) beskriver også venner som stå klare for å ta imot henne når hun igjen var klar for det. Grlj (2013, s.88) beskriver hvor vanskelig det er for de pårørende, med mange følelser for dem også, hun beskriver også hvordan pårørende kan ta på seg skylden for at hun er syk (s.84). Grlj (2013) har hele veien familien med seg, og noen venner. Hun forteller også hvordan kjærligheten til kjæresten ble viktigere en sykdommen og hjalp henne på vei til å bli frisk (s.124). Fossellie (2016, s.24) beskriver hvordan hun kjempet mot foreldrene, hatet dem som tvang henne til å følge kostliste, og til å være i behandling. Men gjennom tvangen, og hatet viser også hennes historie viktigheten å ha mennesker som er glad i henne rundt seg for å bli frisk og ikke minst være der når en er på vei ut. Fossellie (2016, s.21) beskriver også ei venninne hun ikke ønsker å skuffe, og ønsker å gjøre det rette for.

5.5 Oppsummering

Funnene i denne studien søker å svare på spørsmålet «*Hvordan beskriver kvinnene livet med anoreksi på godt og vondt, gjennom deres selvbiografier?*»

Gjennom analysen og funnene ser en beskrivelser om smerte. Smerte som startet før anoreksien, men også smerte som kom med anoreksien. De har alle ulike bakgrunner, men anoreksien ble en løsning på noe, når den ikke lengre løste problemene for kvinnene var de

låst eller fanget i sykdommen. Smerten kvinnene beskriver kommer av stemmen/spiseforstyrrelsen/tankene som tvinger dem inn i løgn, skam og psykisk og fysisk smerte. Alle kvinnene beskriver også kamp mot sykdommen, kamp for å overleve eller å få livet tilbake. I tilfriskningsprosessen og i behandling beskriver kvinnene kampen mot ambivalensen, ønsker jeg egentlig å bli frisk? Noen av kvinnene beskriver også kampen mot deler av helsevesnet. Selv om livet med anoreksi er ensom, og de velger å trekke seg vekk fra andre eller mister relasjoner på veien beskriver alle kvinnene viktige relasjoner som er der når de er klare for dem, eller som alltid er der uansett hva kvinnene gjør i sin desperasjon i sykdommen, i sin kamp for å overleve.

6.0 Diskusjon

Funnene i analysen av selvbiografiene beskriver livet med anoreksien som et liv med smerter og kamp, men også håp. Smertene kommer ikke bare av sykdommen, men sykdommen kan også være et symptom på en smerte og et problem i livet. Første del av diskusjonen omhandler hvordan livet med anoreksien oppleves gjennom teori, funnene gjort i denne studien og forskning fra kapitlet 2.0 tidligere forskning.

Andre delen av diskusjonen vil omhandle behandling av pasienter med anoreksi.

Behandlingen ble omtalt i store deler av to av biografiene, Senneset (2018) og Øvland (2014), i litt mindre grad i biografien til Getz (2012). Fossellie (2016) og Grlj (2013) nevner behandlingen de gikk gjennom, men har ikke mye fokus på det. Behandling av anoreksi er et stort tema med mange elementer, så i denne studien vil kun noen områder av behandlingen bli nevnt.

Gjennom analysen av selvbiografiene så jeg at Fossellie (2016) sin bok skilte seg noe ut fra de andre. Hennes historie og beskrivelse skilte seg ut fra de slik jeg opplevde det, fordi hun er en del år yngre enn dem. Hun har også en kortere sykdomsperiode, og var heldig som fikk hjelp som muliggjorde for henne å komme seg ut av sykdommens klør raskere enn de andre kvinnene som har en betydelig lengre sykdomsperiode. Når Fossellie (2016) avslutter sin historie er tilfriskningen ganske ny for henne, men hun viser håp for fremtiden. To av selvbiografiene, Senneset (2018) og Øvland (2014) blir avsluttet før kvinnene var ute av sykdommen, så vi vet ikke om de noen gang ble frisk. Getz (2012) og Grlj (2013) er de to som har med seg hele historien om livet med spiseforstyrrelsen, helt fra hvordan det startet til de hadde vært i tilfriskningsperioden en stund.

6.1 Hvordan er livet med anoreksien?

Funnene i analysen av selvbiografiene viser at anoreksien er en vanskelig sykdom. Det er en sykdom, men det er også ett symptom, en hjelper og en som vil ødelegge. Sykdommen holder kvinnene fanget i sitt eget fengsel. I denne delen av diskusjonskapittelet skal jeg gå mer inn på beskrivelsene om hvordan livet med anoreksien er. Gjennom funnene i analysen, forskningen fra kapitlet 2.0 tidligere forskning og teorien fra Skårderud (2000), folkehelseinstituttet (2009) og forordet til «Anorektisk» (2018), skrevet av Skårderud skal vi se på hvordan livet med anoreksien er i tre deler; årsaken – det som ligger bak, hvordan

anoreksien kan hjelpe, som en venn og hvordan den som en fiende ødelegger og kommer med smerte. Til slutt skal vi se litt nærmere på ambivalensen i spiseforstyrrelsen. Disse punktene er viktig om man søker å forstå hvordan livet med anoreksien er. Men punktene dekker ikke alle deler av livet med anoreksi. Som nevnt tidligere (jmf. 3.1) er anoreksien sammensatt. Det er flere aspekter i sykdommen en kunne tatt med i denne delen av studiet.

6.1.1 Hvordan startet det?

«Årsakssammenhengene bak spiseforstyrrelser er komplekse og sammensatte, det er ikke genes or jeans, men begge deler og mye mer til» (Skårderud, 2018, s.30).

Ifølge Skårderud (2000, s.74) og Folkehelseinstituttet (2009, s.4) er det tre ulike nivåer av faktorer for å utvikle anoreksi: disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer.

Kvinnene i denne studien hadde i varierende grad fokus på det Skårderud (2000) og Folkehelseinstituttet (2009) kaller disponerende og utløsende faktorer. Disse faktorene er en del av bilde om hvordan livet med anoreksi er. For å kunne forstå sykdommen, men også sykdommen som et symptom må en søke å forstå faktorer som kan lede til sykdommen. Fossellie (2016) og Grlj (2013) forteller om lav selvfølelse, «redningen ble gitt meg av voksne som burde vist bedre» (Senneset, 2018, s.203). Sitatet til Senneset viser til vanskelige opplevelser i barndommen, men også Øvland (2014) viser til at opplevelser i yngre alder er noe av årsaken til at hun utviklet anoreksi. Getz (2012) beskriver en vanskelig familiedynamikk. Dette er bare noen av faktorene kvinnene er innpå. Flere disponerende og utløsende kan være til stede samtidig. I Tozzi et al. (2002, s.147) sin forskning blir kvinnene spurt om hva de tenker er årsaken til deres anoreksi. Noe av det de svarer er selvfølelse, negativ familiedynamikk, slanking og seksuelle overgrep. Deltakerne i Cummings et al. (2023) sin forskning peker på årsaker som sårbarhet, traumer, og å være i miljøer der fokuset har vært på slanking.

Faktorer som kan være med på å vedlikeholde sykdommen kan være en følelse av at spiseforstyrrelsen redder en fra noe, for eksempel kaos som Getz (2012) beskriver eller som Øvland (2014) opplevde det, sykdommen hjalp henne å overleve. 6 deltakerne i Cummings et al. (2023) identifiserte COVID-19 som en faktor som var med på å opprettholde sykdommen for dem.

6.1.2. Løsningen ble vennen anoreksi

Serpell et al. (1999) mener det er en fordel å forsøke å forstå hvorfor pasienter med anoreksi kan oppleve fordeler med å vedlikeholde sykdommen. Dersom de som er rundt bare ser de ytre symptomene, og det som er negativt med sykdommen mister man viktig informasjon og deler av forståelsen av livet med anoreksi. Skal man hjelpe må man være åpen for alle opplevelsene kvinnene med anoreksi har, også de som oppleves som positive.

«Smerten noen påfører seg selv kan være deres ene lindring for et sår andre ikke kan se» (Senneset, 2018, s.204). Kvinnen i denne studien beskriver anoreksien som en løsning på deres livssituasjon. «Mange velger ikke mellom syk og frisk, men de velger mellom å overleve eller ikke» (Senneset, 2018, s.49). Det er ikke bare i starten anoreksien kan oppleves som en løsning, for den kan gi kvinnene en følelse av at den hjelper dem, selv etter at kvinnene også har blitt kjent med smerten og de negative sidene. Senneset (2018) beskriver at sykdommen elsket og beskyttet henne, gav henne rus og glemsel. Deltakerne i Serpell et al. (1999) skrev brev til anoreksien deres venn. I brevene beskriver noen av deltakerne det samme som Senneset, nemlig at anoreksien beskytter dem. De opplever at anoreksien ser dem, holder dem trygge og alltid er der for dem. Andre beskrivelser av anoreksien som en venn var blant annet at deltakerne opplevde seg attraktiv med den, de kjente på en kontroll og de fikk til noe andre ikke klarte (Serpell et al., 1999, s. 180). Deltakere i Cummings et al. (2023) beskriver opplevelsen av kontroll som en positiv side av anoreksien, også i denne studien blir kontroll sett på som en positiv side. Deltakerne i denne studien og i Cummings et al. (2023) sin studie trekker frem at anoreksien hjelper dem å unngå vanskelige følelser. Gljr (2013) og Getz (2012) beskriver hvordan de sultet bort følelsene sine. Skårderud (2000, s.30) viser til et eksempel der en gruppe pasienter fikk i oppgave å skrive brev til spiseforstyrrelsen.² En av kvinnene skrev at hun opplevde at anoreksien gjorde henne unik (Skårderud, 2000, s.32), noen av deltakerne til Serpell et al. (1999) beskriver det samme. Sulten som hun med anoreksien kjenner på kan bli beskrevet som en rus, og mange beskriver «en særegen fitfølelse, en blanding av sløvhet og en euforisk skjerpethet» (Skårderud, 2000, s.35).

² Gruppen Skårderud viser til besto av pasienter med anoreksi, bulimi og overspising. Kun svarene som er fra pasienter med anoreksi har blitt inkludert som eksempler i denne studien.

Ifølge Skårderud (2000, s. 30-31) kan det å skrive brev til anoreksien som en venn hjelpe til å bli motivert for behandling. Da det blir tydelig hva hun må gi opp. Det er lettere å jobbe med det som er åpent for både hun og behandleren.

Teorien som er beskrevet i kapitlet 3.2 å leve med anoreksi har mest fokus på de negative sidene. Det blir nevnt at det kan oppleves som en løsning uten at Skårderud utdyper dette mer. Det er viktig ikke romantisere sykdommen, for selv det som er opplevd som hjelp og beskyttelse, kan ødelegge den mer. Men at det opplevd positive med anoreksien blir sagt høyt er med som del av behandlingssamtalen og teori er nok viktig. Ifølge Skårderud (2000, s. 30-31) kan det å skrive brev til anoreksien som en venn hjelpe til å bli motivert for behandling. Da det blir tydelig hva hun må gi opp. Det er lettere å jobbe med det som er åpent for både hun og behandleren.

6.1.3 Fienden kom med smerten

Anoreksien kan beskytte, elske og hjelpe. Men det kommer ikke uten en pris. Senneset (2018, s.99) beskriver det med at sykdommen tok betalt ved å jule henne opp både fysisk og psykisk. Kvinnene i denne studien beskriver hvordan de ble fanget i en kamp og en smerte av løgner, skam, dårlig samvittighet og fysisk og psykisk smerte.

Deltakerne i Cummings et al. (2023) beskriver flere fysiske konsekvenser, der 5 av deltakerne har hatt nær død opplevelse og psykiske konsekvenser som blant annet suicidalitet, angst, skam.

I brevene til anoreksien som fiende trekker deltakerne frem opplevelser av at sykdommen jukser, lurar dem, og at den tar fra dem venner, familie, et sosialt liv og helsen deres. Noen av deltakerne opplever at sykdommen kveler dem med følelser eller tar fra dem alle følelsene (Serpell, et al., 1999). Skårderud (2000, s.36) viser til gruppen av pasienter som fikk i oppgave å skrive brev til venn og fiende. Noen av pasientene sa at det var for mange mer aktuelt å beskrive spiseforstyrrelsen som «vennen som svek» enn å beskrive spiseforstyrrelsen som en fiende. En annen av pasientene beskrev det slik: «Jeg har ingen fiender, men jeg har en venn som gjør meg vondt» (Skårderud, 2000, s.36). Senneset (2018, s.164) beskriver anoreksien som hennes voldelige elsker.

Deltakerne i O'Shaghnessy et al. (2013) beskriver livet med anoreksi blant annet med opplevelse av frykt og redsel. O'Shaghnessy et al. (2013) viser til at frykten ikke alltid er ekte, men det er likevel smerte i å kjenne på frykt. Frykten til kvinnene kommer av opplevelser de har hatt tidligere. Deltakerne forteller om isolasjon og de rømmer inn i ensomheten fra en skummel verden. Det å isolere seg beskrev også kvinnene i denne studien og deltakerne i Serpell, et al. (1999) sin forskning. Skårderud (2000, s.38) beskriver det ganske bra i sitatet: «Først følte jeg meg ensom. Så ble jeg ensom».

Deltakerne i Cummings et al. (2023) forskning har en langvarig sykdomshistorie. De opplever at de blir pakket på med informasjon om de negative utfordringene til anoreksi, men det er ikke noe nytt for dem, for de har levd med de negative konsekvensene i mange år. Forskning viser at informasjon om sykdommen er viktig, men det gjelder kanskje mer de som nylig har blitt syke (Cummings et al., 2023).

6.1.4 Ambivalent – dobbeltheten som blir uforståelig eller forståelig

Ambivalente følelser er et sentralt trekk i spiseforstyrrelsen. Dens dobbelthet kan føles som et kaos (Skårderud, 2000, s.9). For å forsøke å gjøre det lettere å forstå ambivalensen foreslår Skårderud (2000, s.9) å tenke på spiseforstyrrelsen som et tydelig tegn forvirring (jmf. kapittel 3.2). Ambivalensen er ikke bare knyttet til spørsmålet om hun ønsker å bli frisk eller ikke. Den vises i flere aspekter i anoreksien.

Ifølge Skårderud (2018, s.28) er ambivalens en av de fremtredende følelsene for mange med spiseforstyrrelse. Tittelen på Getz (2012) sin bok viser til en av dobbelthetene som spiseforstyrrelsen kan komme med «Hvis jeg forsvinner, ser du meg da?». En med anoreksi kan ha ett ønske om å forsvinne samtidig som hun vil bli sett. Deltakerne i Cummings et al. (2023) og O'Shaghnessy et al. (2013) beskriver ambivalente tanker. Deltakerne i Cummings et al. (2023) beskriver dette rundt behandling. Deltakerne i O'Shaghnessy et al. (2013) beskriver dobbeltheten i ønske om nærhet, men redsel for nærhet, derfor skyver de vekk hjelp og omsorg de blir tilbudt. Kvinnene i denne studien viser også ambivalens og dobbelthet, som Øvland (2014, s.35) i sitatet: «Jeg ønsker alt, samtidig som jeg ikke ønsker noe».

Skårderud (2018, s.29) beskriver ambivalente følelser i anoreksien slik: «Når man er usikker på hvem man er, er det vanskelig å vite noe sikkert». For å forstå anoreksien og ambivalensen

må en søke å forstå hva hun med anoreksien er redd for å miste, først da kan en kanskje forstå hvorfor det er vanskelig å bli frisk (Skårderud, 2018, s. 30).

6.2 Behandling på godt og vondt

«...jeg valgte ikke å bli syk. Men det er likevel mitt valg og mitt ansvar å prøve å bli frisk» (Getz, 2012, s.229). Skårderud beskriver veien ut av spiseforstyrrelsen som en reise (Skårderud, 2000, s. 232). Et av de første stegene er å erkjenne at en er syk, det kan ofte være vanskelig for hun med anoreksi, da hun kan ha en opplevelse av at anoreksien hjelper henne (jmf. kap. 6.1.2). Det er viktig å høre på opplevelsene hennes og ta de på alvor, men også hjelpe henne ut av sykdommen (Skårderud, 2000, s.235).

6.2.1 Livbøyen

I en behandling har man som mål å bli bedre eller frisk. Anoreksien skal miste taket. Anoreksien har gitt mye smerte og vært ødeleggende, så det er fornuftig å jobbe mot å bli kvitt sykdommen. I en behandling må en ha med seg at ved å fjerne anoreksien, fjerner man også livbøyen fra henne:

Ikke bare å ta fra folk det ene de har, selv om det på utsiden virker fornuftig, ja til og med omsorgsfullt, å hjelpe noen ved å ta fra dem symptomer eller sykdom. Husk at det er livbøyen sin de mister. Gi dem en ny, eller vent på at de griper den gamle- eller synker. (Senneset, 2018, s.49)

Helsedirektoratet (2017, s.21) trekker frem viktigheten av samarbeid mellom spesialhelsetjenesten og primærhelsetjenesten etter endt behandling fordi tilbakefallene er størst rett etter behandlingsavslutning og frem til det har gått rundt 1,5 år (Berends et al., 2016 i Helsedirektoratet, 2017, s.21). Det er absolutt viktig med samarbeid, men kan tilbakefallene også være på grunn av det Senneset (2018) viser til i sitatet ovenfor? Kvinnene i denne studien beskriver at de mistet muligheten for trening, mistet muligheten til å bevege seg ute og ble stengt inne i forbindelse med å hjelpe dem i behandlingen. Øvland (2014) beskriver at hun mistet alle gulrøttene hun hadde under behandlingen. Men fikk de andre måter å håndtere de vanskelige følelsene? De beskriver å flytte fokuset fra en destruktiv ting til en annen når behandlingen gikk inn og forsøkte å kontrollere elementer i livene deres. De sier lite om at de fikk hjelpe til å finne konstruktive midler mot angsten og uroligheten. Getz (2012) fikk hjelp

til å finne noe annet, hun begynte å skrive og det opplevdes positivt for henne. Å hjelpe pasienter til å finne konstruktive måter å håndtere vanskelige følelser er en viktig kombinasjon når en skal få pasientene ut av de destruktive mønstrene deres. Å finne nye mestringsmåter bør bli en del av behandlingen. Ifølge Skårderud (2000, s.160) kan fysisk aktivitet og trening være en del av behandlingen, så lenge det er somatisk forsvarlig. Da er det viktig å jobbe med pasienten, så fysisk aktivitet blir konstruktiv og lystbetont og ikke tvangspregget. Ved å bruke kroppen på en god måte kan man hjelpe henne med å ikke tenke så mye på kropp. Fysisk aktivitet i behandlingen kan gi noe til pasienten, og hun kan få opplevelsen av å få noe som igjen kan fremme samarbeidet (Skårderud, 2000, s.160).

6.2.2 Bli sett, møtt og trodd

Ranveig som er sitert i folkehelseinstituttbrosjyren (2009, s.17) sier: «Der blir jeg møtt som Ranveig, og det har vært veldig godt». Å bli møtt med respekt og å bli sett er viktig i behandlingen. Det burde kanskje vært selvfølge, men Elin som er sitert under opplever ikke å bli sett og møtt:

Det å ikke kunne gå ut, alle de tingene som jeg ikke fikk lov til fordi jeg hadde anoreksi. Hadde jeg hatt en annen diagnose, så hadde jeg fått lov til en del ting, men en anorektiker skal ikke få de tingene. (Folkehelseinstituttet, 2009, s.15)

Kan det stemme at noen av restriksjonene anorektikerne får er på grunn av deres sykdom? Man kan dessverre begynne å lure, i hvert fall om man ser det sammen med opplevelsen Birgit forteller om. Hun opplevde å bli mistrodd og tillagt egenskaper hun ikke kjente seg igjen i fordi helsepersonellet tenkte at «alle med anoreksi gjør det...» (Folkehelseinstituttet, 2009, s.15). Uansett om det skulle stemme eller ikke så er det noe å være obs på, fordi opplevelsen kommer fra ett sted. Når begrensninger må bli satt, snakk om det, vær åpen om hvorfor. Behandlerne må aldri tenke at alle med en diagnose gjør det samme.

Kvinnene i denne studien forteller hvordan løgn ble en del av deres liv sammen med sykdommen. Selv om man vet at løgn ofte kan være en del av anoreksien så må ikke behandlerne havne i fellen med å tenke at alt kvinnene sier er løgn. Kvinnene må bli møtt med tillit og respekt. Om og når en pasient eventuelt skulle lyve, så må det snakkes om, for løgnene er et redskap anoreksien bruker. Ved mistro og mistillit kan behandlingen bli hemmet.

Deltakerne i Cummings et al. (2023) beskriver blant annet god behandling der behandlingsteamet møter ambivalensen og håpløsheten med omsorg. Øvland (2014, s.155) roser et behandlingssted for deres modell, der hun trekker frem at straff ikke er en del av modellen deres. Å straffe pasienter er ikke å møte dem med omsorg. Hva som føles som straff er forskjellig, og om det er ment som straff er ikke sikkert. Da blir en åpen dialog viktig for å unngå at pasienten sitter igjen med følelsen av å bli straffet for noe. Et annet moment som blir trukket frem som viktig i behandlingen er samarbeid (Cummings et al., 2023).

Helsedirektoratet (2017) trekker frem viktigheten av at de rundt pasientene samarbeider, men det er like viktig å samarbeide med pasienten. Ifølge Skårderud (2018, s.35) skal ikke terapeuten være en som vet bedre, men en som forsøker å omforme en positiv nysgjerrighet til å fremme pasienten.

6.2.3 Blir behandlingen like rigid som pasienten?

Senneset (2018) beskriver hvordan det å skrive kontrakt i behandlingen hjelper henne. Skårderud (2000, s.185) anbefaler å skrive kontrakt ved sykehusinnleggelser. Kontrakten kan hjelpe pasienter til å forplikte seg til noe utenom sykdommen. Men den må ikke bli for rigid. Om behandling møter pasienten like rigidt som pasienten og sykdommen er vil det kunne ødelegge. Senneset (2018) ble innlagt og utskrevet på samme grunnlag, hun klarte ikke å gå opp i vekt. Vektkravet ble for strengt. Ved en av utskrivelsen var hun 100 gram unna kravet, men ble allikevel sendt hjem fordi hun ikke nådd målet. Da blir behandlingen for rigid. Senneset klagde på den ene utskrivelsen hun opplevde og den fikk hun medhold på. Skårderud (2000, s.185) anbefaler tidsavgrensede kontrakter, i stedet for vektavhengige. Senneset (2018, s.303) avslutter boken sin med: «Vekt var alt, og ingenting». Behandlingen må ikke komme dit.

Deltakere i Cummings et al. (2023) sin forskning forteller også om møter med behandlingsteam som møtte lidelse preget av rigiditet med like stive behandlingsprotokoller. Det vil med stor sannsynlighet ha vansker med å fremme det friske.

6.2.4 Små ting kan bety mye

Kvinnene i denne studien beskrev noen ting som behandlere gjorde som kanskje ikke blir registret som store, betydningsfulle ting for dem som gjorde det, men kan likevel bety mye for den andre.

«Et kort med en hilsen og en gratulasjon med navnedagen min lå på pulten min i dag» (Senneset, 2018, 296). Øvland (2014, s.117) beskriver hvordan det at behandler er tydelig og ikke forandrer mening er viktig og gir henne trygghet.

Deltakerne i Tozzi et al. (2002) beskriver hvordan støtte fra andre pasienter og behandlere som hører og forstår var en del av det som hjalp dem til å bli friske. Både Senneset (2018, s.211) og Øvland (2014, s.167) beskriver betydningen av å ha behandlere som trodde og kjempet for dem, og så dem for mer enn en diagnose.

6.2.5 Hjelperen som ikke hjalp

Senneset (2018, s.233) forteller om flere opplevelse rundt en sykepleier som var nedlatende mot henne og andre pasienter, «Sykepleieren som hadde ansvar for meg, var den samme som ba meg ta alt personlig ut av rommet mitt. Som dyttet i meg med foten da jeg gråt på gulvet». Øvland (2014, s.115) beskriver at hun blir behandlet som en gjenstand, eller en diagnose. Øvland (2014, s.122) og Fossellie (2016, s.38) beskriver hendelser der de blir holdt, slått, vridd armen og slengt i sengen. Det kan være at opplevelsen av hendelsen var mer voldsom enn den var, men pasienter må ikke avfeies om de forteller om slike hendelser. Det opplevde Fossellie (2016) at hun ble. I tvangssituasjoner kan ting bli voldsomme og en bør i hvert fall søke å snakke med pasienter etter slike hendelser.

Når behandlerne mister håpet eller troen på at man kan bli bedre eller frisk, mistet deltakerne i Cummings et al. (2023) selv håpet. Behandlerne må hjelpe pasientene til å håpe på en bedring. Behandling som ser på håpløshet og ambivalens som symptomer, viser seg å ha en mer effektiv vei til bedring (Cummings et al., 2023).

6.3 Validitet

«Ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål» (Malterud, 2021, s.23). Forskeren skal si noe om validiteten av studie sier noe om og om hvilken overføringsbarhet funnene kan ha (Malterud, 2021, s.23).

Målet med denne studien var å finne ut hvordan det er å leve med anoreksi, gjennom skriftlige tekster. Metoden som er brukt er kvalitativ metode. Strategien i kvalitativ metode kan være å beskrive karaktertrekk ved fenomenet som skal studeres, materialet består av tekster, og den kan presenterer subjektive erfaringer (Malterud, 2021, s.30), ut fra denne beskrivelsen av kvalitativ metode vil jeg mene at det er blitt brukt riktig metode i forhold til hva som er målet med denne studien. Om tematisk analyse er den beste analyse metoden, skal jeg ikke være helt sikker på da jeg ikke har satt meg inn i alle analysemetoder godt nok. Ifølge Braun og Clarke (2006) er tematisk analyse en god analyse metode for uerfarne forskere. Jeg vurderer derfor at analysemetoden er god å bruke da jeg er ny i forskerrollen. Om jeg har fanget opp alle nyanser i materialet vet jeg ikke, det kan nok være at en mer erfarne forskere ville gjort og sett ting annerledes.

6.3.1 Studiets relevans

Formålet med denne studien var å få frem stemmene til kvinner med anoreksi om hvordan det er å leve med anoreksi og gjennom det få en bedre forståelse av fenomenet anoreksi.

Beskrivelsen til kvinnene gjelder ikke alle som har anoreksi, det var heller ikke ett målet.

Elementer av det kvinnen beskriver i tekstene tenker jeg kan ha relevans for hvordan forstå anoreksi.

Overførbarhet har jeg nevnt i kapitel 4.4 «Overførbarhet».

7.0 Avsluttende kommentarer

Denne studien har søkt en bedre forståelse av diagnosen anoreksi gjennom å få frem stemmene til kvinner med diagnosen. Studiet har hatt en fenomenologisk tilnærming til tekstene i selvbiografiene for å fange kvinnenens stemmer uten å legge til noe. Det er ett ønske om å forstå kvinnens erfaring med anoreksi. Gjennom tematisk analyse har kvinnenens historie blitt satt inn i en vitenskapelig sammenheng. Ved å analysere tekstene som er skrevet av kvinnene har jeg identifisert fire temaer som både danner ett bilde av hvordan det er å leve med anoreksi, og svarer på problemstillingen.

Gjennom denne studien har man fått en forståelse om hvordan det er å leve med anoreksi. Noen har disponerende faktorer i form av for eksempel psykiske eller fysiske sårbarheter. Når disse kvinnene møter på utløsende faktorer, kan de utvikle anoreksi. For kvinnene kan det føles som en løsning på problemet, noe som kan være en vedlikeholdende faktor. Når anoreksien enten ikke hjelper lenger, eller en finner ut at det ikke er en god løsning, er man ofte allerede fanget i lidelsen. Andre vedlikeholdende faktorer kan være at kvinnen opplever at anoreksien beskytter eller hjelper henne på andre måter. Anoreksien kommer med en høy pris. Kvinnene beskriver en enorm smerte, som er ubegripelig for dem som ikke har kjent den på kroppen. Smerten kan blant annet komme fra skammen, løgnene, ensomheten, selvfølelsen, for å nevne noen. Det er kanskje derfor at selvmordstallet blant dem med anoreksi er høyere enn i resten av befolkningen. Det er ikke bare selvmord som er årsaken til død med anoreksi. Noen dør av selve sykdommen, for selv om det er en psykisk sykdom, tærer den på den fysiske helsen også. Om en først har kommet i anoreksiens klør er det en hard kamp å kjempe for å komme seg ut og tilbake til livet. Kvinnene må kjempe mot spiseforstyrrelsen, men de må også kjempe mot seg selv. Ambivalente er til stede i kvinnenens liv, mange er usikker på om de vil bli friske. Anoreksien tar mye fra kvinnen, og i verste fall tar den livet deres.

Anoreksien er kompleks og vanskelig å forstå. Det er ulike modeller som forklarer spiseforstyrrelse, ved å bruke flere får man et større mangfold for å forstå spiseforstyrrelsen. Selv om det ikke er mulig å forstå alt ved anoreksien er det mulig å forstå mye. Det er viktig å søke forståelse for å kunne hjelpe best mulig. En viktig ting å ha med seg i møte med en som har anoreksi er å se hele menneske, ikke bare symptomene, for hun er ikke anorektisk, hun har anoreksi.

8.0 Forslag til videre forskning

I denne studien har stemmene til kvinnene kommet gjennom skriftlige tekster, videre forskning kan involvere intervju av pasienter, eller kvinner som tidligere har hatt anoreksi for å få deres stemme tydelig inn i forståelsen og behandlingen av anoreksi.

Anoreksi er en av flere spiseforstyrrelser, at det finnes noen likheter mellom spiseforstyrrelsene er nok sannsynlig, men hver spiseforstyrrelse har sine egenheter. Å få frem stemmene til de med bulimi og overspising er viktig.

I denne studien har jeg hele tiden brukt kvinnen, hun/henne, det er ikke fordi anoreksi er en kvinnesykdom, men fordi alle selvbiografiene er skrevet av kvinner, og tidligere forskningsartiklene er om kvinner, så for å forenkle det, har jeg brukt ordet kvinne. Men å få stemmene til menn som har anoreksi er etter min mening viktig og nødvendig. Når jeg søkte etter biografier lette jeg ikke etter bøker av kvinner, det var bare de som kom opp. Det kom opp, om jeg ikke husker helt feil, en forskningsartikkel om menn når jeg søkte etter forskning allerede er gjort. Det kan være at menn var inkludert i flere uten at jeg fanget det opp.

Avslutter denne studien med ett dikt Tina Øvland (2014, s.58) har skrevet boken sin:

Hva om?
Hva om de går lei!
Hva om de ikke ser noe håp!
Hva om de føler at jeg motarbeider dem!
Hva om jeg ikke viser nok fremgang!
Hva om jeg krever for mye!
Hva om jeg feiler!
Hva om jeg spør for mye!
Hva om jeg vet for lite!
Hva om jeg er uinteressant og kjedelig!
Hva om spørsmål og svar ikke fantes!
Kunne jeg da klare å slappe av?

Litteraturliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4.utg.). Open University Press
- Braun, V. & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clark, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11 (4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Cozby, P.C. & Bates. S.C. (2015). *Methods in Behavioral Research* (12.utg.). McGraw-Hill Education.
- Creswell, J.W. (2014). *Research design: Qualitative, Quantitative & Mixed Methods Approaches* (4.utg.). SAGE Publications, Inc.
- Cummings, M.P., Boswell, R.G. & Alexander, R.K. (2023). “Ordinary days would be extraordinary”: The lived experiences of severe and enduring anorexia nervosa. *International Journal of Eating disorders*, 56 (12), 2273-2282. <https://doi.org/10.1002/eat.24058>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgave-skriving for studenter* (4.utg.). Gyldendal akademisk.
- Delanty, G. & Strydom, P. (2003). Introduction. I G. Delanty & P. Strydom (Red.), *Philosophies of Social Science: The classic and contemporary readings* (s.1-12). Open University Press.
- Fossellie, S. (2016). *Så utrolig mye mer enn det du ser*. Abup forlag.
- Getz, K. (2012). *Hvis jeg forsvinner, ser du meg da?* H.Aschehoug & Co.

- Grlj, M.I.M. (2013). *Vektløs: Fra mine år med anorexia*. Commentum Forlag.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser* [nettdokument]. Helsedirektoratet. Hentet 12. mai 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Nasjonalt folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med anoreksi, erfaringer fra mennesker med diagnosen* [Brosjyre].
- O'Shaghnessy, R., Dallos, R., & Gough, A. (2013). A narrative study of the lives of women who experience anorexia nervosa. *Qualitative Research in Psychology*, 10, 42-62. <https://doi.org/10.1080/14780887.2011.586100>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research – Appraising evidence for nursing practice* (9.utg.). Wolters Kluwer.
- Senneset, I. (2018). *Anorektisk*. Cappelen Damm AS.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdal, J. & Sullivan, V. (1998). Anorexia Nervosa: Friend or Foe? *International Journal of Eating disorders*, 25 (2), 177-186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)
- Skre, I. B. (2024,15. februar). Finn Skårderud. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 12. mai 2024 fra https://snl.no/Finn_Skårderud
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/svak: Håndbok om spiseforstyrrelser*. H.Aschehoug & Co

- Skårderud, F. (2018). Sult/besatt: Rapport fra et konkret helvete. I I. Senneset. *Anorektisk* (s.7-47). Cappelen Damm AS.
- Thagaard, T. (2013) *Systematisk og innlevelse: En innflring i kvalitativ metode* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Mckenzie, J. & Bulik, C.M. (2002). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating disorders*, 33 (2), 143-154. <https://doi.org/10.1002/eat.10120>
- Øvland, T. (2014). *Solen som sluttet å skinne*. Portal forlag AS.
- Wertz, F.J., Charmaz, K., McMullen, L.M., Josselson, R., Anderson, R. & McSadden, E. (2001). *Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research and Intuitive Inquiry*. The Guilford Press.