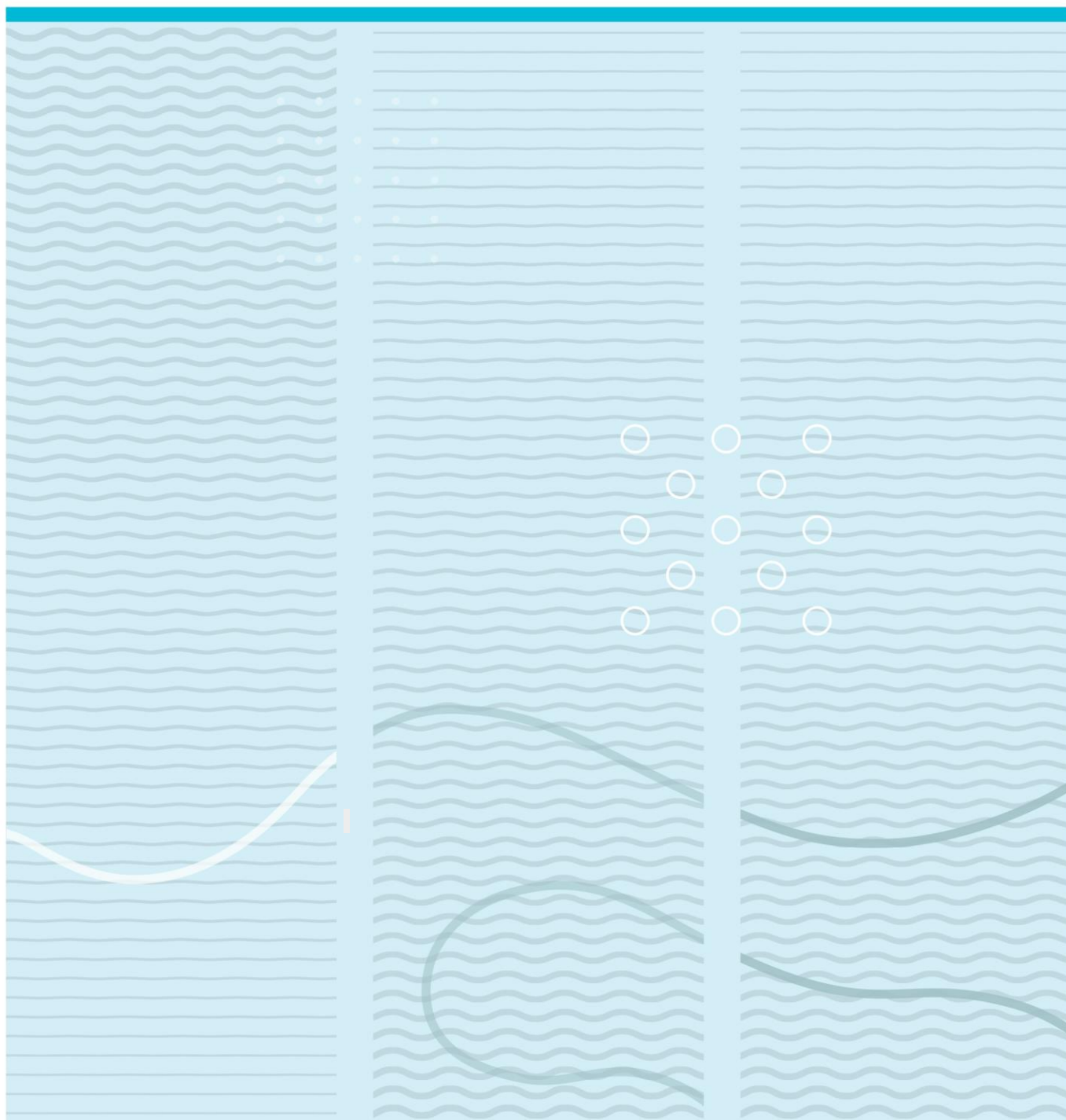


Fjola Veliqi og Ellen Benham Larsen

Ortoreksi

Så sunt at det er usunt. Rett og slett



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for Sosialfag
Institutt for helse- og sosialfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2018 Fjola Veliqi og Ellen Benham Larsen

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Stress, press og suksess.

Jeg syns at det er trist at over halvparten av matvarene i butikken er merket med «uten tilsatt sukker», «mer proteiner», «fettfri» og «mager».

Jeg syns at det er trist at så mange føler seg «skamfulle» og «mislykkede» fordi de har psykiske plager.

Jeg syns at det er trist at det i samfunnet har blitt et så enormt prestasjonspress.

Jeg syns at det er trist at det er så mange som går på en «smell» fordi det i hverdagen blir alt for mye stress.

Jeg syns at det er trist at det er så lite undervisning om spiseforstyrrelser på skoler, høyskoler og universiteter.

Jeg syns at det er trist at det blir sett på som «usunt» hvis man til lunsj spiser en kneippbrødskeive med smør, leverpostei og rødbeter.

Jeg syns at det er trist at det er så mange unge som lever med en frykt for å ikke lykkes og for å ikke klare å prestere.

Jeg syns at det er trist at vi som sliter med en liten tro på oss selv bare blir flere og flere.

Jeg syns at det er trist at det er så mange som føler at de ikke kan være seg selv hundre prosent i frykten for å ikke bli «godtatt» av de andre.

Jeg syns at det er trist at det er så mange som er misfornøyde med utseendet sitt og at de har så mye med seg selv som de ønsker å endre på og forandre.

Jeg syns at det er trist at samfunnet vårt har utviklet seg i denne retningen som det har...

Det er ikke greit når prestasjoner og utseendet absolutt alle tanker og all energi tar...

Jeg syns at det er helt ville tilstander nå om dagen...

Det virker jo nesten som om dette presset allerede starter når barna går i barnehagen...

Et liv er jo ikke bare «perfekt»...

Et liv skal jo ikke bare handle om trening, prestasjoner, «sunn» mat og vekt...?

Det er nok ikke så lett å se dette hvis du driver i ditt eget lille «kaos» med press fra alle sider og kanter...

Men, prøv å tenke at livet ikke er et treningssenter, gode karakterer og glitrende diamanter!

Jeg roper et høyt og rungende JA for at vi som er unge må lære oss til å gi litt mer F!

Vi må leve videre selv om vi ikke på bloggen, «Facebook» og «Instagram» får så himla mange treff!

Livet er så mye mer...

(Bratvold,S. [Dikt], 2018). (vedlegg 1)

Sammendrag

Avhandlingen har hatt som mål å belyse spiseproblematikken og fenomenet ortoreksi. I tillegg har vi ønsket å undersøke på hvilken måte en kan jobbe for å eventuelt forebygge spiseforstyrrelser, ikke i den tro at det kan utryddes helt, men i forståelsen av å sette inn tiltak så tidlig som mulig for å endre holdninger og atferd hos foreldre, helsepersonell, lærere og andre betydningsfulle personer i barnets liv. Studien har en fenomenologisk tilnærming. Med bakgrunn i dette har vår problemstillingen vært:

”Hvordan kan ortoreksi erfares? Og på hvilken måte kan ortoreksi fenomenet forklares, og om mulig forebygges?”

For å belyse problemstillingen ovenfor har vi ved kvalitative semistrukturerte intervjuer (spørreskjema for noen) fått ta del i 9 informanternes egne historier og erfaringer omkring det å ha spiseproblematikken ortoreksi alene, eller i kombinasjon med annen spiseforstyrrelse. I tillegg har vi intervjuet 4 helsepersonell, og fått kjennskap til noe av deres kunnskap omkring arbeidet med personer med spiseforstyrrelser, eller arbeid med barn og unge; og herunder deres fokus på psykisk helse.

Dagens helsetrend viser til det å være sunn, slank og sterk blir ansett som et attraktivt mål for de fleste. Ved hjelp av Solheim (1998) reflekterer vi over hvordan kroppen anses som et kulturelt symbol, og på hvilken måte ortoreksi kan anses som en “trend” i dagens samfunn. Den siste Ung i Norge undersøkelsen viser at det er “in” å være sunn i flere ungdomsmiljøer (Bakken, 2017). Vi har i avhandlingen gått nærmere inn på hva våre informanter tenker og erfaringer omkring ulike risikofaktorer for utvikling av spiseutfordringen ortoreksi i moderne tid, og undersøkt på hvilken måte ortoreksi kan betraktes som baksiden av dagens helsetrend. Giddens sin strukturasjonsteori viser til at strukturen og aktørene kan betraktes for å være gjensidig avhengig av hverandre (Aakvaag, 2008). Våre informanter har fortalt om hvordan de opplever og tenker at barn og unge i dag vokser opp med ulike forventninger og press om å passe inn i strukturen. Samtidig forteller informantene om at de er rådgivere og formidlere til venner, familie eller gjennom sosiale medier, om den sunne livsstilen sin. Med *refleksivitet* i moderniteten må individet finne sin identitet gjennom de muligheter og strategier de abstrakte systemene rundt oss gir (Giddens, 1997). Aktørene jakter på egen identitet med påvirkning fra mange hold, men bakenforliggende ønske om å spise sunt og trene

mye for å forbedre *jeget*, møter vi i hovedsak ei jente som er sårbar og usikker på seg selv, hvor det lave selvbildet og selvfølelsen lettere lar seg påvirke av utenforstående faktorer. Ortoreksi fremstår ikke typisk som følger av traumatisk barndom eller lignende (Bratman, 2000), men mer som ett ønske om å spise sunt for å oppnå et stadig eskalerende behov for renhet, hvor matens kvalitet er det viktigste (Bratman, 2017). I denne forbindelsen blir behovet for å spise enda sunnere, eller trene enda mer etter hvert større. Så selv om en person med ortoreksi starter med å føle stolthet over sitt mat- og treningsprosjekt (Bratman, 2017), og at hun følger samfunnets ideelle fremstilling om “sunn og bra kropp”, vil regimet etter hvert ta mer og mer av hennes tid som går ut over andre sider av personens liv. I dette momentet vil det oppstå et ambivalent forhold hvor hun på en side føler hun har full kontroll over sin mat og trenings-besettelse, helt til dette går ut av kontroll og hun opplever negative følger hvor planlegging og rutiner tar mye plass. Det går ut over det sosiale med venner. Hun opplever tvang, angst, skam og frykt for å miste kontrollen, og oppleve seg selv som “skitten”. Spiseforstyrrelsen blir en del av identiteten hennes, som hun er redd for å miste for den fornemmes som en trygghet når andre deler av livet kan oppleves vanskelig, samtidig som hun ønsker å bli frisk og være “normal”. I søken etter sin identitet og hvordan en ønsker å føle seg som verdifulle individer, vil det oppstå ett behov for anerkjennelse fra andre mennesker. I denne sammenheng har vi anvendt Honneths anerkjennelsesteori i forståelsen av på hvilke områder i livet aktørene opplever, eller ikke erfarer gjensidig anerkjennelse (Honneth, 2008). De fleste av våre informanter har opplevd anerkjennelse i den private sfæren, mens de i mindre eller større grad opplevd krenkelse på det rettslige og solidariske området; de ønsker å bli “sett” av andre for den de er, ikke for sykdommen. Men i søken etter anerkjennelse handler det også mye om å verdsette seg selv.

Fra våre informanter har vi fått kjennskap til deres tanker og ideer omkring forebyggende tiltak. En av tingene flere av informantene har snakket om, er behovet for mer åpenhet om *psykisk helse*. De etterlyser at det i skolen kan snakkes om at det er vanlig å ha sitt å streve med, uten at det trenger å føre til for eksempel en besettelse hvor *sunt blir usunt* (Bratman, 2000).

Abstract

This thesis is aimed at highlighting the eating problem and the phenomenon Orthorexia. In addition, we wanted to investigate the way in which one can work to prevent eating disorders, not in the belief that it can be completely eradicated, but in understanding of introducing measures as early as possible to change the attitudes and behaviour of parents, healthcare professionals, teachers and other significant people in children's life. The study has a phenomenological approach. Based on this, our topic questions are:

"How can orthorexia be experienced? And in what way can the orthorexia phenomenon be explained, and if possible prevented?"

In order to highlight the questions above, we have used qualitative semi- structured interviews (questionnaire for some), to get to know 9 informants own stories and experiences about having the eating problem Orthorexia alone or in combination with other eating disorders. In addition, we interviewed 4 healthcare professionals, and gained understanding of some of their knowledge about the work of people with eating disorder, or work with children and adolescents; including their focus on mental health.

Today's health trend shows that healthy, slim and strong is considered an attractive goal for most people. Using Solheim (1998) we reflect on how the body is considered a cultural symbol and in what way Orthorexia can be considered a "trend" in today's society. The latest Young in Norway survey shows that it is "in" to be healthy in several youth environments (Bakken, 2017). In the dissertation we have studied what our informants think and experience about different risk factors for the development of the Orthorexia eating disorder in modern times, and investigated how Orthorexia can be considered as the backside of today's health trend. Giddens' structural theory shows that the structure and agents can be considered to be mutually dependent on each other (Aakvaag, 2008). Our informants have talked about how they perceive and think that children and young people today grow up with different expectations and pressures to fit into the structure. At the same time, the informants tell about their role as advisors and intermediaries to friends, family or through social media, about their healthy lifestyle. With *reflexivity* in modernity, the individual must find her identity through the opportunities and strategies that the abstract systems around us provide (Giddens,

1997). The informants pursue their own identity with the influence of many teams, but the underlying desire to eat healthy and exercise a lot to improve the *self*, we essentially find a girl who is vulnerable and insecure of herself, where the self-image and self-esteem are easier influence of outside factors. Orthorexia is usually not a result of traumatic childhood (Bratman, 2000), but more like a desire to eat healthy to achieve an ever-escalating need for purity, where the quality of food is the most important (Bratman, 2017). In this connection, the need to eat even healthier, or exercise even more gradually becomes larger. So, even if a person with orthorexia starts to feel proud of her food and fitness project (Bratman, 2017) and follows the community's ideal representation of "healthy and fit body," the regime will gradually take more of her time which goes beyond other aspects of the person's life. At this moment there will be an ambivalent relationship where she on one side feels she has full control over her food and training obsession until she is out of control and she experiences negative consequences where planning and routine takes a lot of space. It has consequences for social meetings with friends. She experiences compulsion, anxiety, shame and fear of losing control and experiencing herself as "dirty". Eating disorder becomes part of her identity as she is afraid of losing it as a security when other parts of life can be difficult, while she wants to be healthy and to be "normal". In search of their identity and how one wishes to feel like valuable individuals, there will be a need for recognition from other people. In this context, we have used Honneth's recognition theory in understanding what areas of life the informants experience or not experiencing mutual recognition (Honneth, 2008). Most of our informants have experienced recognition in the "private sphere", while they have, to a greater or lesser extent, experienced violations in the "legal sphere" and the "solidarity sphere"; They want to be "seen" by others for who they are, not for the disease. But in search of recognition, it is also a matter of appreciating themselves.

From our informants we have come to know their thoughts and ideas about preventive measures. One of the things the informants have talked about is the need for more openness about *mental health*. They like for the school to talk about that everybody has some troubles in their lives, without the need to lead to an obsession where *healthy becomes unhealthy* (Bratman, 2000).

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract	6
Innholdsfortegnelse	8
Forord	10
1. Innledning	11
1.1 Problemstilling	13
1.1.1 Avklaring av problemstilling	14
1.2 Avgrensning	16
1.3 Avsluttende kommentar	17
1.4 Leseveiledning	17
2. Relevant forskning og teori	20
2.1 Sunnhet før og nå	20
2.2 Ortoreksi	22
2.3 Ortoreksi og andre spiseforstyrrelser	26
2.3.1 Anoreksia (Anorexia Nervosa)	27
2.3.2 Bulimi (Bulimia Nervosa).....	27
2.3.3 Overspisingslidelse (engelsk: binge eating disorder (BED))	27
2.3.4 Megareksi.....	28
2.4 Sosial konstruktivisme	28
2.5 Kultur og identitet	29
2.5.1 Ortoreksi som kulturell sykdom?.....	31
2.6 Aktør-struktur	32
2.7 Strukturasjonsteori og Giddens	33
2.8 Anerkjennelsesteori og Axel Honneth	35
2.9 Feministisk teori og Solheim	36
2.10 Avsluttende kommentarer	37
3. Metode	39
3.1 Valg av metode	39
3.2 Fenomenologisk tilnærming	41
3.3 Forskningsintervju	41
3.3.1 Intervjuguide	44
3.3.2 Semistrukturert intervju	44
3.3.3 Datainnsamling	45
3.3.4 Utfordringer knyttet til intervjuene	47
3.4 Fordeler og ulemper ved metodevalg	47
3.5 Analyse og bearbeiding av datamaterialet	48
3.6 Etske vurderinger og betraktninger.....	49
3.7 Forskningens kvalitet	51
3.7.1 Intersubjektivitet	51
3.7.2 Reliabilitet.....	52
3.7.3 Validitet.....	53
3.8 Avsluttende kommentar	54
4. “...Det med den tida vi lever i nå, at vi skal prestere på alle områder” (Line).....	55
4.1 Et tilbakeblikk på kvinnekroppen gjennom historien	55
4.2 Den ideelle vestlige kvinnekroppen i dag	56
4.3 Kroppsbilde.....	60
4.4 Kroppens symbolikk og ortoreksi som en “trend” i kulturen	62
4.5 Selvbilde og selvfølelse	67
4.6 ”Generasjon perfekt” og ”flinkpike”	69

4.7 Sosiale mediers rolle	73
4.7.1 Rådgiveren og inspiratoren i sosiale medier	76
4.7.2 Å "følge" andre personer i sosiale medier	78
4.8 Familiens rolle.....	82
4.9 Avsluttende kommentar	87
5. "Så den ambivalensen der altså..." (Guro).....	88
5.1 Refleksiv kontroll ute av kontroll	88
5.2 "Vennen"	91
5.2.1 Kontroll på mat og kropp	92
5.2.2 Trening	96
5.2.3 Rusfølelsen.....	98
5.2.4 Identitet	100
5.3 "Fienden"	101
5.3.1 Zombie tilstand og "demoner" som snakker	101
5.3.2 Det sosiale	103
5.3.3 Tvang	104
5.3.4 Frykt/ Angst	108
5.3.5 Skam og løgn	114
5.4 Avsluttende kommentarer	117
6. "For meg er det viktig å bli godtatt" (Sandra)	118
6.1 Sosialisering	119
6.2 Dannelse	120
6.3 Identitet	121
6.4 Axel Honneths teori om anerkjennelse	121
6.4.1 Den private sfæren	123
6.4.2 Den rettslige sfæren	134
6.4.3 Den solidariske sfæren	149
6.5 Avsluttende kommentar	158
7. Konklusjon	159
Referanser/litteraturliste	162
Vedlegg	172

Forord

Vi ønsker først og fremst å takke alle våre informanter som har vært så villige til å dele av seg og sine erfaringer. Uten deres subjektive fortellinger hadde ikke denne avhandlingen vært mulig. Det er med stor ydmykhet vi har fått ta del i deres hverdag og utfordringer, for å hjelpe oss i en bedre forståelse av avhandlingens tematikk.

Et stort takk til mann og barn som har måtte vise en god dose forståelse og tålmodighet når “mamma skal bare...”, eller lyset på telefonen gjenspeiler oppgavens engasjement langt utover natt.

Det rettes en takk til vår veileder Halvard Vike for konstruktive tilbakemeldinger, tips og råd, i avhandlingens mange faser mot det ferdige resultatet.

Ikke minst ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid. Det har vært en stor og begivenhetsrik læringsprosess å skulle skrive en slik avhandling. I en slik periode har det vært flott med en samarbeidspartner som en har kunnet drøftet faglige spørsmål med, samt en som har vist stor forståelse for hverdagens mange krav og forventninger.

Porsgrunn/ Tønsberg, 01.05.2018

Fjola Veliqi og Ellen Benham Larsen

1. Innledning

“Men det er noe med det å få hele verden til å endre seg å. Det er store tiltak. Men de små tiltaka er i hvert fall at det ikke settes det store presset, men heller tenke at vi er som vi er” (Guro).

Utgangspunktet for oppgave- prosjektet vårt er en interesse for hvordan fokus på kropp og sunnhet i dagens samfunn kan føre til spiseutfordringen Ortoreksi. Hvilke kroppsforestillinger, idealer og normer forholder unge jenter seg til i dag? Kulturens sterke føringer for hvordan den ”ideelle” kroppen skal formes, og økt kroppsmisnøye blant unge jenter, er viktige referansepunkt for oppgavens tema.

Det å leve sunt, være fysisk aktiv og ta vare på helsa, er positivt både for seg selv og for samfunnet. På skolen lærer unge om sunt kosthold, men også om at man må spise nok mat, og at det er lov å tillate seg å kose seg med mat. Det å ha et bevisst forhold til kosthold og trening blir sett på som riktig og viktig. Overvekt er et stort personlig og samfunnsmessig problem for stadig flere (Helsedepartementet, 2003 s. 171). I tillegg til utfordringene knyttet til fysisk helse og livsstil, er psykiske lidelser og psykiske problemer et av de store helseutfordringen i Norge og andre vestlige land (Helsedepartementet, 2003, s. 22).

Det å spise sunt og trene er et viktig mål for mange unge (Villa Sult, 2015). Spiseforstyrrelser defineres som ”når tanker og atferd i forhold til mat begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten” (Skårderud, 2004, s. 11). Ortoreksi blir betegnet som å ha en ”usunn besettelse på sunn mat” (Bratman, 2000, s. 2). I et samfunn hvor fokuset på sunnhet er stort, er det vanskelig for en med ortoreksi å se at hun har et problem (Lein, 2015). Media og omgivelsene rundt gir de unge en mengde impulser til å forme kropp og utseende etter gitte standarder (Kvalem, 2007).

Spiseforstyrrelser kan sees i sammenheng med sunnhet og slankepresset som formidles gjennom media og reklame. Fokuset på sunnhet og en idealkropp som vises i reklame og media, legger føringer for hvordan de unge ønsker å fremstå (Skårderud, 2013).

Sosiale medier og nyhetssaker har i den siste tiden flørert av ulike saker knyttet opp mot sunnhetsfokuset. Vi har i fascinasjon og bekymring fått kjennskap til mødre som går på ulike shakedietter for å gå ned i vekt, og som viderefører dette til sine barn hvor barna fikk lov å prøve disse shakene, med en ”unnskyldning” om at det ikke er helseskadelig. Videre ble vi i august 2017 oppmerksom på en nyhetssak om en dagbok for barn;

”Prinsessehemmeligheter”, hvor det var et sterkt kostholdsfokus. I dagboka kunne en blant annet lese: *”Et sunt kosthold hjelper deg til å se like bra ut som en Disney-prinsesse”* (Johansen & Svendsen, 2017). Dagboka hadde sider hvor ”småprinsesser” kunne skrive logg over hva de spiste til de ulike måltidene. Forlaget bak ”Prinsessehemmeligheter” fikk massiv kritikk fordi unge jenter og gutter ofte identifiserer seg med karakter og styrker som prinser og prinsesser representerer. Og barn lever seg raskt inn fremstillingene i eventyr og historier. Dagboka ble til slutt trukket fra bokhandlerne (Johansen & Svendsen, 2017). Vi undret oss på hvilken retning sunnhetsfokuset tar, og hvilken fremtid våre og andres barn står overfor. Ved å se nærmere på lidelsen ortoreksi ønsket vi å sette fokus på et område som ikke er veldig anerkjent og forsket på. I kvalitative intervjuer har vi fått innblikk i lidelsen, og kommet i kontakt med mennesker med spiseforstyrrelser, samt helsepersonell som har erfaring i arbeid med barn og unge. Vår informant Oda (helsepersonell) sa det så treffende: *”men eg tenker brukermedvirkning glemmer vi jo litt, eller brukererfaringer. Vi glemmer jo litt de”*. Det handler om å lytte til informantenes subjektive erfaringer, for å kunne få ny innsikt og forståelse av tematikken de har kjent så sterkt på kroppen. Vi hadde noen fine samtaler med informantene, som gjorde at vår interesse for fenomenet ortoreksi og spiseforstyrrelser økte ytterligere. Flere historier gjorde sterkt inntrykk på oss. Det var opplevelser og erfaringer av unge jenter som var omgitt av et stort press; om å skulle prestere godt på skolen, se bra ut og all den reklamen som er rettet mot dem.

Vi hørte på beretninger hvor de i streben etter det perfekte og deres sterke ønske om å bli sunne, utviklet et anstrengt forhold til mat. Informantene snakket om spiseforstyrrelsen som at den var en venn men samtidig en fiende. Vi undret også på hvordan personer med ortoreksi blir møtt i samfunnet. Flere informanter fortalte blant annet på tross av at dem ba om hjelp i behandlingsapparatet, så ble de ikke tatt på alvor. Det betyr at det er en lang vei fra sykdommens utvikling til en faktisk får hjelp, og det er nærliggende å undre seg over hvilke barrierer som medvirker til at det tar så lang tid.

I alle samfunn vil det finnes mennesker med psykiske eller følelsesmessige problemer (Norvoll, 2013). I gjennom livet vil psykisk smerte være en del av vår menneskelige livserfaring, og psykisk lidelse er ikke kun en individuell erfaring, men noe som inngår i kulturell sammenheng. Ved å se på den sosiokulturelle sammenhengen vil en også se på hva som samfunnet vektlegger i begrepene psykiske lidelser og psykisk helse. Dermed

også hvordan samfunnet reagerer og håndterer dette, også i forhold til behandlingssystemet (Norvoll, 2013). Spiseforstyrrelser hos barn og unge har alvorlige negative konsekvenser for sosial, psykisk og fysisk utvikling og kan føre til store helseskader (Halvorsen & Bergwitz, 2017). I en undersøkelse gjennomført av folkehelseinstituttet kommer det frem at psykiske problemer blant barn og unge i Norge er et stort problem, hvor omtrent 24 % av barn og unge mellom 0- 17 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager. Undersøkelsen indikerer også en økt belastning av psykiske symptomer hos tenåringsjenter de senere årene (Reneflot et al. 2018 s.59-69). I andelen som får psykiatriske diagnoser i helsevesenet de senere årene, kommer det frem at andelen jenter i alderen 15 til 17 år har steget fra 5 prosent i 2011 til 7 prosent i 2016. I aldersgruppen 18–20 år var det samme mønster. De vanligste lidelsene blant jenter er depresjon, angstlidelser, spiseforstyrrelser og tilpasningsforstyrrelser som er reaksjoner på ytre belastninger i livet og debuterer oftest i tenårene (Reneflot et al., 2018 s. 59-69).

Et viktig mål er tidlig intervensjon og forebyggende tiltak for å hindre utvikling av vansker som kan føre til dårlig psykisk helse, herunder spiseforstyrrelser (Sosial og helsedepartementet, 2000, s. 22). Kunnskapsmangel om årsaker til psykiske lidelser og plager, og hva som styrker den psykiske helsen i det forebyggende arbeidet rettet mot psykiske lidelser og psykiske vansker gjør det ofte vanskelig å anbefale konkrete tiltak (Helsedepartementet, 2003, s. 115). Studiet “Master i forebyggende arbeid for barn og unge” setter fokus på hvordan det er for barn og unge i moderne oppvekst. For oss vil kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer og en økt kompetanse om fenomenet ortoreksi, være med på å belyse ulike forebyggende tiltak som kan begrense eller stagnere en uheldig utvikling for barn og unge med et anstrengt forhold til egen kropp.

1.1 Problemstilling

Denne oppgaven er basert på intervjuer med unge kvinner som tidligere har hatt, eller som har en spiseforstyrrelse. I intervjuene har kvinnene snakket med oss om ulike temaer som spiseforstyrrelsen, kosthold, trening, media og møte med behandlingsapparatet/ helsepersonell. Vi ønsket å få en forståelse av informantenes erfaringer, opplevelser og kunnskap om hvordan de selv opplever det er å ha en spiseforstyrrelse. Vi har i tillegg intervjuet helsepersonell som jobber med unge mennesker med ulike utfordringer. I samtalene med helsepersonell fortalte de om sine

erfaringer og kunnskap rundt de samme temaene som våre andre informanter, men også om sin rolle som helsepersonell.

I denne masteroppgaven ønsker vi å belyse fenomenet ortoreksi. I samtalene møter vi kvinner som har utviklet sykkelig overopptatthet rundt kosthold, sunnhet og trening. Samtidig vil vi også danne oss et bilde av hvordan de sosiale og kulturelle betingelsene påvirker unge mennesker til å utvikle et anstrengt forhold til mat. Tanken er å reflektere over hvordan lav selvfølelse og streben etter anerkjennelse kan få unge mennesker til å mistro speilbildet og miste kontrollen. Vårt hovedfokus vil da rette seg mot informantenes forståelse av det å være sunn, kroppsbilde, medvirkende årsaker til utviklingen av deres spiseforstyrrelse og samtidig hva de tenker på som forebyggende tiltak.

I tråd med dagens helsetrend og fokuset på sunnhet og kroppsidealiser (Torgersen, 2016), antar vi at ortoreksi er baksiden av dagens helsetrend. Hittil finnes det lite forskning om fenomenet, noe som vitner om kunnskapsbehov. Med denne bakgrunn er følgende problemstilling utformet:

”Hvordan kan ortoreksi erfares? Og på hvilken måte kan ortoreksi fenomenet forklares, og om mulig forebygges?”

1.1.1 Avklaring av problemstilling

Den første delen av problemstillingen belyser hvordan ortoreksi kan erfares ut i fra våre 13 informanters subjektive ståsted. Deretter ser vi nærmere på hvordan ortoreksi kan forklares. Ortoreksi blir sett i sammenheng med å være en individuell spiseforstyrrelse, samtidig som kulturen spiller en sentral rolle i utformingen av sykdommen. Ulike teorier og teoretikere som vi i teoridelen kommer tilbake til, vil belyse forståelse av kroppen, anerkjennelsens betydning og kulturens rolle. I teoridelen presenteres også fenomenet ortoreksi ytterligere. Dernest omhandler problemstillingen på hvilken måte en kan jobbe forebyggende for å styrke barn og unges psykiske helse. Vi har ut fra informantenes egne erfaringer, deres håp og tanker for fremtiden, og fra teori som tar for seg forebyggende strategier, sett nærmere på dette. I vår masteravhandling har vi som ønske å belyse tematikken ortoreksi. De forebyggende og helsefremmende strategiene vi nevner i oppgaven, kan være gjeldende for mennesker som har en sårbarhet ved seg som gjør at de står i risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse. Samtidig

som tiltakene også vil være relevante ved utfordringer på andre områder relatert til den psykiske helsen i menneskers liv. Forebyggende arbeid er et stort felt, men bakgrunnen for viktigheten av å fokusere på dette vil her bli kort presentert. Vi starter med å presentere et sitat fra vår informant Nora som forteller:

“Jeg tror det er veldig viktig å snakke om det. Om psykisk helse. For det er ikke sikkert at, altså jeg tror ikke at hele min spiseforstyrrelse reise begynte med at jeg tenkte at jeg var tjukk. Men jeg begynte å tenke med også tenke at jeg ikke var verdig nok. Fordi jeg hadde liksom, hadde kjipe dager for det var ingen som snakka om det. Også hadde jeg en, en pappa som har innrømmet da at han gjorde litt feil. Men hvis jeg hadde en litt sånn dårlig dag, og kom jeg hjem også gråt, så fikk jeg kjeft, fordi man gråter ikke hvis man ikke liksom har knekt noe eller blør liksom. Man, man griner ikke av noe som skjer inni huet. Og det tror jeg har satt så dype spor i meg at jeg bare, istedenfor å liksom snakke, og få ut sinne og utrygghet, så bare svelga jeg det. Så ble det bare sånn.. sånn demon inni meg som bare vokste, så bare sprakk det tilslutt, så bare rett ut til en spiseforstyrrelse, og depresjon, og angst og alt sånn. Jeg trur fokuset på det at man må snakke om det”.

Slik vi tolker Noras utsagn, betyr det at en behandlingstrengende spiseforstyrrelse kunne vært unngått hvis forebyggende tiltak om å styrke hennes selvfølelse hadde blitt satt i verk tidligere. For vår oppgave handler det om unge mennesker med en spiseforstyrrelse som ikke er anerkjent som en diagnose. Flere av våre informanter forteller at de ikke blir tatt hånd om i behandlingsapparatet fordi de er sunne og normalvektige, og det symboliserer god helse. I analysedelen ønsker vi å se hvordan våre informanter opplever å bli møtt med sin sykdom i helsevesenet, men først vil vi se hva forebyggende arbeid innebærer.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer god psykisk helse som:

“..en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet...” (Major et al., 2011, s. 15).

Det skilles mellom psykiske plager (vansker) og psykiske lidelser. Med psykiske plager mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (Major et al., 2011, s. 15).

Forebygging rettet mot barn og unge handler først og fremst om å legge til rette for et godt oppvekstmiljø for alle. Forebygging handler om metoder for å kommunisere for å endre atferd og holdninger. Man ønsker å utarbeide tiltak som kan forhindre at problemer blir store og vanskelige og eventuelt føre til en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Rosenvinge & Børresen, 2004). I regjeringens Strategiplan mot spiseforstyrrelser (Helse og omsorgsdepartementet, 2003) vises det til en rekke generelle helsefremmende og forebyggende tiltak i forbindelse med barn og unges oppvekstvilkår for å motvirke utbredelsen av spiseforstyrrelser. Planen fokuserer blant annet på betydningen av kunnskap og opplæring av voksne som har mye med barn og unge å gjøre (Helse og omsorgsdepartementet, 2003).

Kompleksiteten i en spiseforstyrrelse er at det er en alvorlig psykisk lidelse, samtidig som den handler om holdninger til mat, kropp og spisevaner. Det er vanskelig å definere grensen mellom hva som er sunne og usunne holdninger til mat, kropp og utseende ut fra ulike normer om hva som er det "akseptable" innenfor en kultur (Pettersen, 2007). I tillegg vil det vil være et ambisiøst mål å prøve å utrydde eller bekjempe spiseforstyrrelse som en lidelse, fordi vestens tynnhetsidealer er knyttet til at tynnhet er veien til lykke og popularitet (Rosenvinge og Børresen, 2004). Et utvidet helsebegrep som helsefremmende arbeid kan skape upresise tiltak og urealistiske standarder for helse, som igjen skaper overopptatthet for stadig å skulle bli helsemessig bedre. Forebygging bør ha som mål å oppfylle folks rett til å vite hva som fremmer helse, og å stimulere til å finne egne løsninger (Rosenvinge & Børresen, 2004).

1.2 Avgrensning

Siden det som oftest er jenter i tenårene og unge kvinner som blir rammet av en spiseforstyrrelse (Norsk Helseinformatikk, 2014), har vi valgt å avgrense oss til å bare fokusere på kvinner. Ved forespørsel om informanter via Facebook og en lukket gruppe der, var det også bare kvinner som henvendte seg til oss. Dette kunne vitne om at det kan være lettere for kvinner å snakke åpent om det med andre når de strever med noe. Dette gjenspeilte seg også i de nettsamfunnene de var en del av. Selv om antallet gutter

og menn som utvikler en spiseforstyrrelse stiger (Norsk Helseinformatikk, 2014), ser det ut til at de har en mer anonym profil på sosiale medier.

I denne oppgaven har vi snakket med kvinner som har eller har hatt en spiseforstyrrelse.

I utgangspunktet har vi ønsket å snakke med kvinner som relaterer seg til spiseutfordringen ortoreksi. Ortoreksi er ikke definert som en egen diagnose, så derfor har vi tatt utgangspunkt i noen informanter som identifiserer seg med at de har/har hatt ortoreksi, mens noen av våre andre informanter har hatt andre spiseforstyrrelser i tillegg til ortoreksi. Hvor vårt fokus først og fremst har vært å belyse ortoreksi fenomenet. Ved hjelp av informantens erfaringer og kunnskap, har vi ønsket å belyse hvilke risikofaktorer dagens barn og unge står overfor knyttet opp mot dagens helsetrend; i en tid med press, forventninger og krav om å prestere på mange av livets områder. Noen av våre informanter har også hatt andre lidelser samtidig, sånn som angst, tvang, depresjon. Disse tilleggslidelsene er ikke noe vi har fokusert spesielt på i denne oppgaven, men vi vet at det kan opptre.

I denne oppgaven har vi heller ikke sett så veldig mye på søsken relasjonen, da dette ikke har vært noe stort fokusområde for våre informanter.

1.3 Avsluttende kommentar

I dette kapittelet har forskning, avisartikkel og teori blitt brukt for å vise til tematikken *ortoreksi* sin aktualitet. Videre har vi presentert problemstillingen med ulike deltemaer, hvor vi har gjort en redegjørelse for tematikken *forebygging*, mens *ortoreksi* fenomenet blir nærmere belyst i teoridelen. Før vi går inn på kapittelet om “Relevant forskning og teori”, kommer det følgende en leseveiledning for å vise til hvordan masteravhandlingen er bygd opp.

1.4 Leseveiledning

I kapittel 2 belyser vi relevant forskning om temaer som sunnhet, kultur, identitet og anerkjennelse, samt at vi viser til en større redegjørelse for fenomenet ortoreksi. I forståelsen av ortoreksi tematikken blir Steven Bratman presentert som sentral grunnlegger av fenomenet, og dermed betydningsfull ved sin fremstilling av ortoreksi. En annen innflytelsesrik person med relevant forskning i vår avhandling er den norske psykiateren og spesialisten på spiseforstyrrelser; Finn Skårderud.

Axel Honneth, Jorun Solheim og Anthony Giddens blir presentert som sentrale teoretikere som vi har anvendt i oppgaven. Vi viser til hvilken rolle teoretikerne har i

betydningen av aktør/struktur som teoretisk motsetningspar for å tydeliggjøre ulike teoretiske posisjoner.

Kapittel 3 gir en innføring i valg og begrunnelse av avhandlingens metode. Vi presenterer en kort fremstilling av fenomenologisk tilnærming, før vi går inn på kvalitativt forskningsintervju og semistrukturert tilnærming som representerer oppgavens metode. Ulike etiske spørsmål blir også belyst i dette kapitlet, samt de ulike forskningskravene om intersubjektivitet, reliabilitet, validitet.

Kapittel 4: Det første kapitlet i analysen heter ”Kulturell påvirkning”. Analysedelen er delt i 3 hovedkapitler som alle presenterer våre funn. Resultatene fra denne analysedelen blir beskrevet i flere underkategorier som gir et bilde av informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til risikofaktorer som; dagens helsetrend, sosiale medier, venner og familie. Kapitlet belyst også spørsmål som omhandler kroppen i dagens samfunn, kroppsbilde, kroppens symbolikk og ortoreksi som en trend i kulturen, selvbilde og selvfølelse, generasjon perfekt, sosiale mediers rolle, familiens rolle og venners rolle. Forebyggende arbeid er et gjennomgående tema som belystes i kapittel 4, 5 og 6.

Kapittel 5 handler om kontroll. I dette kapitlet tar vi for oss andre del i analyse besvarelsen. Her presenterer vi informantenes tanker, følelser og erfaringer som omhandler en kamp om kontroll. Kapitlet er todelt, den ene delen heter “vennen” og den andre delen “fienden”. Kampen om kontrollen handler om en dobbelthet og ambivalens, hvor informantene på den ene siden opplever kontroll, mestring og vellykkethet rundt maten, treningen og kroppen. Samtidig som de opplever angst, tvang og frykt knyttet til spiseforstyrrelsen. Aktørene illustrerer hvordan kontrollen blir til kontrollsvikt, og overopptattheten av å styre blir viktigere enn det som skal styres. I dette kapitlet gir vi en dypere forståelse av den psykodynamiske modellen, og forklaring om kontroll, ved å vise til Hilde Bruch sin teori som eksempel. En annen innflytelsesrik person vi viser til gjennom analysedelene er Goffman; ved hans begreper som stigma, frontstage og backstage.

Kapittel 6 handler om anerkjennelse. Anerkjennelse er et overordnet begrep som rommer sider av bekreftelse, respekt og likeverd. I dette kapitlet presenteres tredje del

av analysen. Vi ønsker å belyse fenomenet anerkjennelse ved hjelp av Honneths ideologi om anerkjennelse. Han har delt anerkjennelsen inn i tre former/områder for gjensidig anerkjennelse: Det private, det rettslige og det solidariske området. Vi har derfor også valgt å dele kapittelet i underkategorier som omhandler det private, det rettslige og solidariske området. I dette analysekapitlet knytter vi også Honneth opp mot psykoanalytikeren Donald Winnicott for å vise til kjærlighetsforhold i den private sfæren.

Kapittel 7 omhandler masteroppgavens avslutning. Avsluttende kommentarer med refleksjoner rundt forskningens funn presenteres her, samt ulike ideer om videre forskning.

2. Relevant forskning og teori

Sonja (helsepersonell): *“Det er veldig mange som er ute etter å plukke bort noen matvarer. I større og mindre grad. Også er det noen som går på dietter i det, og andre har plukka litt fra alle mulige dietter virker det som. Jeg tenker generelt at de er opptatt av hva som er sunt og ikke. Eh, men så blir det også veldig detaljert da som regel. At omtrent vann har kalorier, altså du blir veldig dypdykk i det på en sykkelig måte”.*

Vi ønsker først å belyse begrepet sunnhet som har en sentral posisjon i avhandlingen. Videre ser vi nærmere på ulike sider av spiseproblematikken ortoreksi som våre informanter her har vært inne på i lys av relevant forskning. Deretter belyser vi fenomener som kultur, identitet og anerkjennelse. Vi har valgt å ta utgangspunkt i aktør/struktur som teoretiske motsetningspar for å tydeliggjøre ulike teoretisk posisjoner. Axel Honneth, Jorun Solheim og Anthony Giddens er sentrale teoretikere som vi presenterer i denne teoridelen.

2.1 Sunnhet før og nå

Mette: *”Det var liksom sånn at jeg spiste ingenting usunt og var liksom, det var ikke liksom snakk om å røre en sjokoladeplate en gang, eller sånn...altså det var sånn at jeg skulle ikke spise noe fetende mat og karbohydrater, i hvert fall ikke for mye av det. Og liksom bare sånn, ikke brød og ja liksom, så ja jeg spiste veldig sånn der, jeg var veldig opptatt av å lage all maten min fra bunnen av min ikke ha noe sånn der halvfabrikat. Alt skulle liksom være frukt og grønt, og bønner og linser og (ler)... liksom sånn derre sunn greenfood på en måte. Ja. Men da også så var det sånn, da var det liksom bare mat og trening som opptok hodet mitt”.*

I tråd med sitatet fra Mette ser vi videre på forskning som tar for seg maten og treningens betydning i vår tid, men først et tilbakeblikk i tid som viser at fokuset på sunnhet ikke er noe nytt fenomen.

“La din mat være din medisin, og din medisin være din mat” (Hippokrates).

Dette ordtaket er hentet fra Hippokrates for over 2500 år siden. Hippokrates ble født i Hellas i omtrent år 460 f.Kr, og døde i omtrent år 377 f.Kr. Han regnes som ”legekunstens far” (Skålevåg, 2017). Hippokrates og flere etter han bruker kosthold for

å behandle ulike sykdommer (Gorski, 2015). Hippokrates har for mange utøvere av alternativ medisin vært et viktig bidrag der dietten vil kunne regulere alt og helbrede sykdom. Samtidig opptrer det av og til antakelser om at leger ikke bryr seg eller forstår alternativ medisin, og som dermed legger hindringer for aksept av kostholdsråd knyttet til dette (Gorski, 2015).

Et google søk på sitatet ovenfor på norsk fikk over 900 000 treff, og på engelsk 2,3 millioner treff. Dette viser til at Hippokrates sine tanker fortsatt er relevante i dag også, så mange år etter hans død. Hippokrates sitt ordtak kan en se i sammenheng med dagens fokus på helse. Blant annet ved helsedirektoratets kostråd, og her for eksempel visjonen om ”fem om dagen” (Helsedirektoratet, 2016).

Vi ønsker i vår søken etter større forståelse av fenomenet ortoreksi og hvorfor våre informanter velger en sunn livsstil, å se nærmere på hvordan *sunnhet* blir fremstilt i dag. Vi har valgt å ta utgangspunkt i en SIFO rapport som belyser tematikken sunnhet. Rapporten gir et innblikk i mat-forbrukernes preferanser, prioriteringer og praksiser. Videre påpekes det hvordan media og ulike miljøkampanjer eksponerer forbrukerne for en rekke ulike og ofte motstridende teorier om hva som er sunt og usunt å spise. Det kommer også frem at stadig flere har fått et anstrengt forhold til mat som en konsekvens av dette.

Anne: ”Jeg blir veldig sliten og sint av det kroppspresset som er i media, FB, twitter, instagram, snap, magasiner, kjøpesenter, skole, idrett, treningsstudio, tv ja overalt!!”

I vår moderne tid har en sunn og slank kropp blitt et symbol for helse og som definerer folk etter hvor godt de lykkes eller ikke ved å ta i bruk de rette kostholdsrådene. I tillegg viser det at man har selvkontroll. Det er et tegn som symboliserer evne til å mestre og en som har kontroll over kroppen, tankene og følelsene (Bugge, 2015, s. 192). Den store kroppen blir derimot et symbol på helserisiko, samt uansvarlighet og dårlig evne til forandring. Dette betyr at man selv er ansvarlig for å jobbe med seg selv- i dette tilfellet kontrollere sitt matinntak og følge kostrådene som gis. SIFO-rapporten belyser at normen for skjønnhet og popularitet blant dagens unge er den sunne og veltrente kroppene (Bugge, 2015, s. 190). Evnen til å ha kontroll over seg selv blitt en helt avgjørende ferdighet å mestre i dagens samfunn. Styringsidealet er også at forbrukerne selv må ta ansvar for sine spisevaner (Bugge, 2015, s. 191). Gjennom media, uttalelser

fra eksperter, helsekampanjer, reklame og dietter blir unge hele tiden eksponert for ulike teorier om hva som er sunt og usunt og hva man bør spise eller ikke (Bugge, 2015, s. 227). Men det å velge riktig mat er blitt mer vanskelig å forholde seg til enn tidligere. Rapporten viser blant annet at listene over nei-mat har blitt lengre og skaper bekymring da flere unge får et anstrengt forhold til mat. Mange mennesker gir også uttrykk for at det er vanskelig å vite hva som er sunt og ikke, og flere mener at de blir forvirra av at kostholdseksperter gir ulike og motstridende råd (Bugge, 2015 s. 227). I SIFO rapporten kommer det frem at fra slutten av 1990 tallet og frem til i dag så har det vært en økende andel som gir uttrykk for å være opptatt av temaene mat, kropp og helse. I 2003 var det 44 prosent som rapporterte at de var meget eller ganske interessert i å ha et helse riktig kosthold. I 2014 hadde denne andelen økt til 59 % (N=3812) (Bugge, 2015, s. 195-210). I tillegg kan vi også se en tendens til at flere mennesker de senere årene har fått et anstrengt forhold til mat (Bugge 2015, s. 26-27). Rapporten viste blant annet at 56 prosent blant unge mennesker ga uttrykk for at de hadde nær familie eller venner som hadde et anstrengt forhold til mat eller en form for spiseforstyrrelse (Bugge, 2015, s. 227).

Alle våre informanter har et stort fokus på “sunt og riktig” kosthold, som regnes som vel og bra. Men når fokuset tar for stor plass og “det sunne blir til det usunne”, begynner det å utvikle seg til en spiseforstyrrelse (Bratman, 2017). Videre belyser vi fenomenet ortoreksi. Vi ønsker først å ta med et sitat fra intervjuet med Line, som forteller om hennes subjektive opplevelse av hvordan det var å ha spiseforstyrrelsen.

2.2 Ortoreksi

Line: *”Det blei veldig ensidig. Det starta med at jeg spilte..., jeg gikk på toppidrett håndball, så jeg har alltid vært en jente som har holdt meg i aktivitet, og har hatt et sunt forhold til mat”. ”Men så var jeg ferdig, jeg slutta på, på videregående. Begynte å studere. Fikk mer tid til trening. Fikk en helt annen hverdag da. Så begynte jeg å trene på treningscenter. Også, hadde jeg da.. også begynte jeg å trene mye, men jeg spiste fortsatt normalt. Også gikk det da over på maten. Da blei det veldig ensidig. Så det gikk jo egentlig i trening, og sunn mat og studie”. ”Man tar, man distanserer seg veldig og for å ha kontroll sjøl. Og det fører jo til at du på en måte unngår å være med på sosiale sammenkomster hvor du kan få tilbudt godteri, eller noe annet som ikke er lagd av deg selv da. Så... ja”. ”Jeg er jo en sosial jente, og jeg liker å være med på alt. Så, og det*

var ikke det at jeg ikke ville være med. Men det var at for på en måte ha kontrollen selv da. Så sånn sett så er den sykdommen ganske fæl”.

Line gir oss et reelt bilde av hvordan det er å leve med ortoreksi. For å få en dypere innsikt i Line sine utfordringer knyttet til ortoreksi, ønsker vi videre å presentere en fremstilling av fenomenet. Vi anser Bratman som en viktig kilde til forståelsen av spiseutfordringen.

Ortoreksi nervosa omtales ofte som den fjerde spiseforstyrrelsen, men ortoreksi regnes ikke per i dag som en egen diagnose (Reistad & Vrabel, 2013).

Ortoreksi består av ordene orto; som betyr riktig/rett og reksi; som betyr appetitt (Vinsrygg, 2010). Den amerikanske legen Steven Bratman beskrev fenomenet ortoreksi for første gang i 1997. Bratman spesialiserte seg på alternativ medisin, og etter møter med mange pasienter som hadde et tvangsmessig forhold til sunn mat som de ikke kom seg ut av, utformet han dette begrepet (Bratman og Knight 2000, s. 1). Videre følger først noen tanker om hvorfor vi mener Bratman er viktig for oss i forståelsen av ortoreksi, før vi kommer mer tilbake til hva han legger i begrepet.

Steven Bratman vektlegger vi som en viktig bidragsyter i forståelsen av fenomenet ortoreksi. Bratman gir en annen innsikt på en spiseutfordring som ikke bunner i traumer eller annet vanskelig fra barndommen (Bratman, 2000, s. 9), som ofte er en vanlig risikofaktor for utvikling av anoreksi, bulimi og overspising (Skårderud, 2013). Bratman gir sunnhetsbegrepet en ny dimensjon hvor det faktisk går an å få en besettelse av sunn mat. Men med den besettelsen følger også symptomer som angst, tvang, sosial isolasjon, redsel for å spise feil mat; som fører til feil mat eller ingen mat. Bratman (2000) viser til at man kan utvikle ortoreksi når man får et usunt fokus på sunn mat. Mange av våre informanter opplever det å ikke bli tatt på alvor, fordi personene rundt ikke kan se at de har en sykdom når de lever sunt og er normalvektig. Bratman sin fremstilling av ortoreksi tematikken gir oss kunnskap til å forstå baksiden av dagens helsetrend.

Begrepet ortoreksi presenterte Bratman første gang i artikkelen ”The health food eating disorder” i tidsskriftet Yoga Journal. Ortoreksi blir av Bratman definert ”som en usunn besettelse av å spise sunn mat” (Bratman & Knight, 2000, s. 9). Steven Bratman skrev

sammen med David Knight boka "Health food junkies, Overcoming the Obsession with Healthful Eating" i 2000. Dette er den eneste boka utgitt som spesifikt tar for seg fenomenet ortoreksi nervosa. I denne boken ønsker Bratman og Knight (2000) å gi en dypere forståelse av fenomenet ortoreksi. De ser nærmere på ulike dietter som sees i sammenheng med det å kunne kurere allergier, og alvorlige sykdommer. Bratman og Knight (2000) viser til ulike eksempler i møte med pasienter fra sin praksis innenfor alternativ medisin. For pasientene har det startet med et ønske om leve sunnest mulig for å bedre livssituasjonen og helsen sin, men det går over til å bli en usunn besettelse som styrer det meste av livet til personen (Bratman og Knight, 2000, s. 1). I boka ønsker Bratman og Knight (2000, s.199- 207) også å komme med råd og tips til hvordan man kan spise sunt uten å ha en besettelse omkring det. Bratman og Knight (2000, s. 1) hevder at om du ikke har lidelsen ortoreksi selv, er det store sjanser for at en venn av deg har ortoreksi. De peker på at fascinasjon for helbredende dietter er veldig vanlig. Det har alltid vært anbefalinger på hva som er sunnest å spise, men i de siste åra har skjedd en endring hvor besettelsen på å spise sunt har eskalert ut av kontroll (Bratman og Knight, 2000, s. 2). For flere og flere mennesker har det gått så langt at det å spise sunt begynner å få karakteristiske likhetstrekk med spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi (Bratman, 2017, s. 2). Men til forskjell til disse andre spiseforstyrrelsene fremstår en person med ortoreksi med verdighet. Hun viser stolthet over at hun spiser sunt og tar vare på helsa si, og opplever ikke dette som noe negativt, i motsetning til en med anoreksi som fremstår mer vitende om at hun skader seg selv (Bratman, 2017, s. 2). Det påpekes at i motsetning til annen psykisk sykdom, er ikke symptomene på ortoreksi like skambelagt. Det å være sunn er meget bra, maten man spiser blir en del av identiteten og gir lykke i livet (Lein, 2015).

Ortoreksi kan betraktes som baksiden av dagens helsetrend - for noen kan tankene om å være sunn ta overhånd, bli tvangspregget og gå utover det sosiale livet (Lein, 2015). De spiser det sunneste av det som anbefales og trener mer og mer. For en med ortoreksi vil sunn mat omtrent ta all plass i deres liv. Maten blir en religion man må tilbe, ellers blir man en synder (Lein, 2015). Personer med ortoreksi blir veldig bekymret rundt dette med mat og klarer ikke å ha et avslappet forhold til maten. Man blir ekstremt opptatt av innholdet i maten. En person med ortoreksi vil lage ritualer, mønstre og regler i forbindelse med spisingen. Ortoreksi kan ofte forveksles med tvangslidelser. Når maten tar all plass i livet og det sosiale livet blir mindre, søker man å ha mer og mer kontroll,

og man lager for eksempel maten sin selv. Mye av dette handler om tvang og tvangshandlinger (Lein, 2015).

Inngangsporten til utviklingen av ortoreksi, starter med en «sunn mat diett» der en strikt vegansk kosthold er et typisk eksempel. I utgangspunktet er sunnhet bra og beundringsverdig fordi det er en naturlig vei til en åndelig person. Men for unge jenter kan denne drivkraften resultere i en spiseforstyrrelse (Bratman, 2017). Veganisme og spesielt rå matvarer innebærer inntak av matvarer med lavt kaloriinnhold. For ei ung jente, som i utgangspunktet bare har tenkt å spise sunn vegansk mat, kan dette resultere i vektnedgang til farlige nivåer. Vektnedgangen kan igjen føre (enten bevisst eller ikke) til at hun merker at hun ser ut som de slanke kvinnelige bildene og idealene som dominerer i kulturen (Bratman, 2017). Dette kan oppfattes som «emosjonell heroin» og besettelsen av sunn mat, sammen med andre emosjonelle faktorer kan ta vending mot en spiseforstyrrelse (Bratman, 2017). Den heroinen som opptrer er ifølge Bratman (2017) ubevisst. Fordi de unge kvinnene er ikke opptatt av deres vekt. Det handler mer om god helse (Bratman, 2017).

Bratman sier i mail til oss at det å bli anerkjent for sin “sunne livsstil” er viktig for en person med ortoreksi. Ortoreksi handler om ønsket om å oppnå perfekt helse og å ligne en perfekt versjon av seg selv. For en person med ortoreksi kan sunn mat assosieres som en primær kilde til lykke, mening og til å med åndelighet. Deres sunne livsstil gjør at en vil føle seg viktig og bli et bedre menneske. Bratman (2017) forklarer at en person med ortoreksi sier at den strenge dietten hjelper henne til å føle seg ekstraordinær, da hun er redd for å være “vanlig”. Et psykologisk problem blir derimot når matvanene blir så dominerende i livet, at det hemmer andre dimensjoner av livet (Bratman & Knight, 2000).

Bratman og Knight (2000, s. 30-31) vil understreke at ønske om å ta sunne matvalg ikke er en sykdom. Men det er kvaliteten i avhengigheten som definerer ortoreksi. Det handler om fravær av moderasjon, mistet perspektiv og balanse, og når fokuset på sunn mat blir så stort at det har betydning for hele livets mening. Når dietten blir en flukt fra livet, begynner det å ligne mer på en spiseforstyrrelse, enn et fornuftig valg (Bratman & Knight, 2000).

Det er relativt lite informasjon og forskning om ortoreksi (Brytek-Matera, 2012, s. 57). Det er et nytt begrep og ortoreksi ikke er en anerkjent diagnose innenfor

diagnosesystemene DSM-IV eller ICD-10 (Lein, 2015). Bratman (2017) har utviklet en ortoreksi test som består av ja/nei spørsmål. Det er totalt 10 spørsmål som omhandler spørsmål knyttet til ortoreksi. Ja- svarene øker sannsynligheten for at han eller hun har ortoreksi (Bratman, 2017).

ORTO- 15 ble videreutviklet med bakgrunn fra Bratman sin test. Studier basert på den nye testen viste at omtrent 7 % av en testgruppe på 404 personer hadde ortoreksi = 28 personer (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2013, s. 150- 151). Testen er også blitt gjennomført i en annen studie, hvor de undersøkte 318 leger i Ankara. Her fant de ut at 45,5 % av deltakerne var meget opptatt av sine spisevaner og skåret under 40 poeng i ORTO-15 testen (Brytek-Matera, 2012, s. 57). Den høye andelen kan ha sammenheng med at medisinstudenter ønsker å forholde seg til prinsippene om et balansert og riktig kosthold (Brytek-Matera, 2012, s. 57). Man bør allikevel være kritisk til de ovennevnte testene, da flere av svarene vil være bekreftende på spørsmål som omhandler sunn livsstil. På bakgrunn av det kan det være vanskelig å skille hvem som har ortoreksi og hvem som kun har et ett bevisst sunt forhold til mat. Skal man fastslå om noen lider av ortoreksi, er det behov for mer forskning på område.

Nå har vi først presentert ortoreksi, den fjerde spiseforstyrrelsen, fordi det er dette fenomenet vi ønsker å belyse i denne masteravhandlingen. Det virker allikevel nødvendig å trekke frem litt omkring de andre spiseforstyrrelsene også for å vise til likheter og ulikheter med ortoreksi. Videre følger en kort presentasjon av Anoreksi, litt om Bulimi, Overspisingslidelse og Megareksi.

2.3 Ortoreksi og andre spiseforstyrrelser

“Uansett hvilke type spiseforstyrrelse man har er det underliggende følelser som ligger i bunn, som man undertrykker ved hjelp av maten. Det handler om mer enn mat”
(Spiseforstyrrelsesforeningen, 2016).

Når tanker og atferd i forhold til kropp vekt og utseende begynner å begrense livskvaliteten for en person, da har man en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2004 s. 11). Lav selvfølelse og opplevelse av å ikke ha kontroll er to psykologiske fenomener som står sentralt hos personer med spiseforstyrrelser (Skårderud, 2004).

De forskjellige hovedformene for spiseforstyrrelser er Anoreksi, bulimi, overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser (Torgersen, 2016). Disse presenteres nå kort videre.

2.3.1 Anoreksia (Anorexia Nervosa)

Denne typen spiseforstyrrelse kjennetegnes ved at man begrenser hva og hvor mye man spiser. Dessuten føler mange at kroppen er stor og tykk, til tross for at man er undervektig. Personer med anoreksi opplever en konstant frykt for å legge på seg (Torgersen, 2016).

2.3.2 Bulimi (Bulimia Nervosa)

Personer med bulimi er ofte normalvektige eller overvektige. Denne typen spiseforstyrrelse kjennetegnes ved at man har episoder med overspising. Episoden etterfølges av handlinger for kompensere for det store matinntaket og unngå vektøkning. Da er det vanlig å fremkalle brekninger, misbruke avføringspiller, trene eller gjennomføre fasteperioder (Torgersen, 2016).

2.3.3 Overspisingslidelse (engelsk: binge eating disorder (BED))

Personer med overspisingslidelse er som regel overvektige. Denne typen spiseforstyrrelse kjennetegnes av episoder med overspising uten den tilhørende kompenserende handlingen som er til stede ved bulimi. Man mister kontrollen når man spiser. Man kan spise raskere enn vanlig, spise mer enn hva som er vanlig porsjon, og spise når man ikke er sulten. Episodene etterfølges ofte av skam, eller depressive tanker (Torgersen, 2016).

Omtrent en tredjedel av ungdommer med spiseforstyrrelse passer ikke inn i noen av disse tre grunnformene. I tillegg er det også vanlig at det skjer en endring i diagnose hos personen over tid (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009, s. 25). Man kan oppfylle noen av kravene for en medisinsk diagnose men ikke alle. Eller så kan man ha mer blandede symptomer. Dette kalles atypiske eller uspesifiserte spiseforstyrrelser. Megareksi og ortoreksi kommer inn under denne typen kategori (Torgersen, 2016). Megareksi blir videre kort fremstilt.

2.3.4 Megareksi

Megareksi ikke er en egen diagnose, men kjennetegnes av en besatt tanke om å få en større og mer muskuløs kropp. Denne uspesifiserte spiseforstyrrelsen forekommer oftest hos menn, og spesielt blant kroppsbyggere. Personen med Megareksi har et forvrengt syn på sin egen kropp, som en også ser som fellestrekk ved andre spiseforstyrrelser som anoreksi. I motsetning til en person med anoreksi som ønsker å bli tynnest mulig, vil en med megareksi bli størst mulig, men han mister perspektivet på hvor stor han egentlig er (Spiseforstyrrelsesforeningen, 2016).

Ortoreksi har mange likhetstrekk med de anerkjente spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi, men mens fokuset til anorektikeren og bulimikeren ligger på mengden mat de inntar, så fikserer ortorektikeren på matens kvalitet og renhet (Bratman, 2017).

Både anoreksi og ortoreksi handler om kontroll. Mens anorektikeren forsøker å gå ned i vekt, føler en med ortoreksi seg tvunget til å oppnå stadig større høyder av renhet (Bratman, 2017). En person med ortoreksi kjemper mot følelser av å være uren eller forurenset av det de har spist, uansett hvor nøye de er med å tilberede maten sin (Bratman, 2017). Opptattheten av å spise sunt og rent mat kan også føre til underernæring og vekttap som i anoreksi. Men på grunn av at ortoreksi fokuserer kun på kvaliteten mat og ikke selve mengden mat, er det en av årsakene til at ikke ortoreksi kategoriseres som en spiseforstyrrelse (Brytek-Matera, 2012, s. 58).

Nå har vi presentert en rask oversikt over de andre spiseforstyrrelsene, og sett på noen likhetstrekk og forskjeller med spiseforstyrrelsen ortoreksi. Underkapittelet om "Ortoreksi og andre spiseforstyrrelser" startet med et sitat som sier at spiseforstyrrelser handler om noe mer enn bare mat. For å sette søkelys på hva mer det handler om, ønsker vi først å se nærmere på sosial konstruktivismen som gir oss en innsikt i at mennesker er sosiale vesener som i samhandling med andre danner grunnlaget for forståelsen av det samfunnet en lever i. Deretter belyser vi temaene kultur og identitet.

2.4 Sosial konstruktivisme

Sosialkonstruksjonistisk teoriretninger er opptatt av at mennesker i fellesskap aktivt konstruerer sin forståelse av seg selv, av hverandre og av verden (Gulbrandsen, 2006). Kjernen i konstruksjonismen at individet fortolker det en observerer, og fortolkningene

bygger på konstruksjoner av virkeligheten (Manger og Wormnes, 2015). Forventninger og tro skaper sosiale realiteter i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv (Manger og Wormnes, 2015). Virkeligheten formidles gjennom kulturelle redskaper og språket (Gulbrandsen, 2006). Ved et slikt perspektiv vil det være forståelsen av hva som skapes og formidles mellom mennesker i et sosialt fellesskap som er det interessante (Gulbrandsen, 2006). Sosialkonstruktivistiske teoretikere legger vekt på at psykologiske fenomener som selvet, emosjoner, tanker og hukommelse ikke er naturgitte, men er skapt i kommunikasjonen mellom mennesker (Manger og Wormnes, 2015). I følge Norvoll (2013) kan sosial konstruktivismen ha betydning i forståelsen av psykiske lidelser. Den konstruktivistiske retningen vil blant annet være opptatt av hvordan psykisk sykdom og psykiske helsetjenester konstrueres ulikt i forskjellige samfunn, til forskjellige tider (Norvoll, 2013). En diagnose eller en sykdom blir et resultat av medisinsk diskusjon som gjenspeiler den gjeldende tankegangen i samfunnet på det tidspunktet (Norvoll, 2013). Forståelsen av anoreksi har i denne sammenhengen skiftet mellom å bli betraktet som en hormonell ubalanse, og det å være en sykdom med kulturbundet preg, som en kan se blant annet i streben etter den perfekte kroppen i det kommersielle samfunnet (Norvoll, 2013). Spiseproblematikken ortoreksi betegnes som svært gjeldene i dagens samfunn (Bratman, 2017), og hvordan fenomenet påvirkes av kulturelle faktorer vil vi også gå nærmere inn på i analysen, men her presenteres kultur og identitet som to sentrale fenomener vi ønsker å belyse.

2.5 Kultur og identitet

Kropp, sykdom, helse og behandling kan forstås av mange som noe naturlig, uavhengig av kultur. Det finnes ulike meninger om kroppen, kroppens behov, hva som er sykdom og hvordan man bør behandles (Thorbjørnsrud, 2007, s. 247). Enkelte ser på kroppen som en samling av organer som er regulert av kjemiske prosesser, mens andre er mer overtroiske og peker heller på relasjonen mellom legeme og sjel. Andre mennesker igjen ser på kroppen som en relasjon mellom psyke og kropp. Bakgrunn for vår kroppsoppfatning og hvordan vi tenker om kroppen, kan igjen ha betydning for våre moralske oppfatninger (Thorbjørnsrud, 2007, s. 247).

Kultur betyr betydnings systemer og ideer som gir mening til menneskers handlinger. Det er med andre ord de ideer og verdier som et menneske tilegner seg som medlem av en gruppe (Gulbrandsen 2006, s. 251). Det er i sosialt samspill med hverandre, at

mennesket utvikle og utfordrer felles meningssystemer. Det nye sosiale samspillet vil kjennetegnes av den forståelsen som er utviklet tidligere. Menneskets innspill i situasjoner vil bidra til å forandre etablerte meningssystemer (Gulbrandsen, 2006, s. 252).

Nora: *”Så når jeg først fikk hjelp, så var jeg jo så redd for å bli..., miste den. Fordi det var liksom meg. Og hvem var jeg uten den”.*

Det følgende avsnittet viser hvilken betydning søken etter identitet har i dagens oppvekst.

Kroppen er menneskets redskap for å kommunisere, både til seg selv og til andre. Ulike kroppsendringer som for eksempel slanking, vil være basert på et behov for å danne og formidle egen identitet (Skårderud, 1994). Kroppen fungerer som et grunnlag for identitetskonstruksjon. Kroppslig eksperimentering omtales ofte som en konsekvens av ungdommelig usikkerhet i møte med en mer omfattende kommersielt press (Thorbjørnsrud, 2007, s. 248).

Mange unge søker tilflukt i den synlige kroppen for å få et dypere grep om seg selv. Et av kjennetegnene ved det moderne samfunnet er individualiseringen. Den enkelte person er ikke på samme måte bundet av tradisjoner, men unge står overfor det komplekse, hvor hver enkelt må realisere seg selv og står mer fritt til å skape seg selv (Frønes, 2011, s. 36-37).

Kroppen blir et redskap for å kommunisere kulturen (Øia & Fauske, 2010). Å bygge eller konstruere kroppen kan derfor være å plassere seg selv i «verden» som ellers er flytende (Frønes 2011). Vilåårene for dannelse av identitet er svært forskjellige (Frønes, 2011). Identitet omhandler menneskers tanker, følelser, motiver og handlinger (Røer, 2009). Symptomer på spiseforstyrrelser kan forstås som noe som starter som sosiale og funksjonelle uttrykk for individets behov eller følelser, i tråd med et kroppsfenomenologisk forståelsesgrunnlag. Deretter utvikler symptomene og lidelsen seg til å bli selve identiteten til individet (Røer, 2009, s. 23). Symptomer på spiseforstyrrelser kan ha mange motsetningsfulle betydninger på en og samme tid, og skiftende mening i forskjellige kulturelle sammenhenger (Skårderud, 2004a). Raske sosiokulturelle endringer diskuteres som patogene faktorer (Skårderud, 2004a). For å forstå spiseforstyrrelser i dagens samfunn, vil det være nyttig å kunne få kjennskap til personer som har eller har hatt erfaringer med manglende kontroll over

livet, både på det indre og det ytre plan. Videre knytter vi kulturen opp mot fenomenet ortoreksi, og viser til ny forskning.

2.5.1 Ortoreksi som kulturell sykdom?

For å vise til at ortoreksi tematikken er høyst aktuell i dagens samfunn, trekker vi her frem en fersk vitenskapelig artikkel utgitt i tidsskrift for Norsk psykologforening. Artikkelen fokuseres på hvorfor overdrevent fokus på sunnhet ser ut til å bli et stadig større problem for kvinner og menn i vesten i dag. Det trekkes frem at det spesielle ved ortoreksi i forhold til anoreksi og bulimi, er at en med ortoreksi ikke vil ha den frykten for vektøkningen som er et kriterium ved de to andre offisielle spiseforstyrrelsene (Lohne-Knudsen og Madsen, 2018). Likevel foregår det en diskusjon om ortoreksi bør defineres som diagnose, eller om fenomenet har fått for stort fokus på grunn av fagpersoner som Bratman, media og kosthold bloggere (Lohne-Knudsen & Madsen, 2018). Ortoreksi er velegnet til å bli vurdert som en kulturdiagnose eller en kultursykdom, siden fenomenet blir sett i sammenheng med idealer i den vestlige samtidskulturen, og det vitenskapelige ståstedet har en omstridt status (Lohne-Knudsen og Madsen, 2018).

Culture-bound syndroms (CBS) er folkloristiske, lokale diagnostiske sykdomskategorier begrenset på spesifikke kulturer eller samfunn, og ble anerkjent i DMS- systemet i 1994 (Lohne-Knudsen & Madsen, 2018). Kultursykdom kan defineres som et foranderlig sykdomsbilde, som ofte opptrer i tider med verdiforskyvning og raske samfunnsendringer (Johannisson, 2008; Lohne-Knudsen og Madsen, 2018).

Begrepene ny åndelighet eller nyreligiøsitet kommer frem som betegnelser på nye religiøse trender i Vesten som henter det beste fra ulike religioner i søken etter personlig utvikling, indre potensial og autonomi (Lohne-Knudsen og Madsen, 2018). De valgene individet tar kommuniserer helseorientering, viten om ernæring, selvvverd, selvkontroll og uttrykk for spiritualitet (Lohne-Knudsen & Madsen, 2018). Lignende fremstilling finner vi hos Bratman og Knight (2000, s. 77- 79) som legger vekt på at maten blir guddommelig i seg selv; i tilnærmingen til maten søker man det spirituelle.

Lohne-Knudsen og Madsen (2018) setter videre spørsmålsteget om ortoreksi er så nært knyttet opp til dagens idealer om en sunnere, slankere eller sterkere kropp, slik at tilstanden normaliseres og mulig ikke vil betraktes som å være sykelig i fremtiden.

Ovenfor har vi sett nærmere på ortoreksi tematikken og knyttet det opp mot kultur. Videre ønsker vi å presentere de teoretikerne og teoriene som vi ser på som mest sentrale for vår oppgave. Før vi beveger oss inn på dette kommer det en redegjøring for aktør/struktur forståelsen, som i sammenheng med våre teoretikere viser til ulike ståsted i denne debatten.

2.6 Aktør-struktur

Aktør blir definert som den som handler (Sagdahl, 2018).

Struktur blir beskrevet som et mønster med viss varighet og permanens (Grimen, 2004, s. 265- 267).

Aktør/struktur blir anvendt som et teoretisk motsetningspar for å tydeliggjøre og kritisere ulik teoretisk posisjon; for å analysere teoretikere eller teoritradisjon (Aakvaag, 2008, s. 29-31). Motsetningsparet gir en beskrivelse om hva debatten innen sosiologisk teori dreier seg om, og befinner seg i hovedsak på samfunnsontologisk nivå (Aakvaag, 2008, s. 29). Aktør/struktur- problemet gjenspeiler seg i hva som har størst kausal betydning i samfunnslivet (Aakvaag, 2008, s. 30). Parsons introduserte aktør/struktur tematikken, og i etterkrigstiden har sosiologer vært spesielt opptatt av dette problemet (Aakvaag, 2008, s. 30).

Flere teorier bruker et ”ovenfra- og- ned” perspektiv, hvor de overindividuelle sosiale strukturene legger styring på aktørenes handlinger. Dette kalles gjerne ”metodologisk kollektivism” (Aakvaag, 2008, s. 30). Klasser og institusjoner er eksempler på hva strukturorientert samfunnsforskning fokuserer på (Grimen, 2004, s. 267).

Mens i andre teorier handler aktøren fritt, og det foregår et ”nedenfra- og- opp” perspektiv, og sosial strukturer vil være et resultat av aktørenes selvstendige handlinger. Dette blir betegnet som ”metodologisk individualisme” (Aakvaag, 2008, s. 30). I en aktørorientert samfunnsforskning settes den handlende aktøren med personens forståelse av situasjonen og konsekvenser av handlingene i sentrum (Grimen, 2004). Et tredje ståsted ønsker å formidle at påvirkning går begge veier, og at aktør og struktur derfor er gjensidig avhengig av hverandre (Aakvaag, 2008, s. 30).

I vår oppgave om fenomenet ortoreksi ønsker vi ved hjelp av teori og teoretikere å vise til hvordan aktørenes handlinger og overindividuelle mønstre henger sammen (Aakvaag, 2008). Teoretikerne Giddens, Honneth og Solheim presenteres videre, hvor de ved sine forskjellige teoretiske ståsted gir oss ulike dimensjoner for å forklare våre

informanters livsverden. Ved å undersøke ulike sider av samfunnsstrukturen vil vi danne oss en dypere forståelse av fenomenet vi forsker på. Teorien gir også ett innblikk i hvorfor tematikken er interessant utenom å være en analyse av noen kvinners subjektive opplevelser eller meninger om fenomenet. Samtidig vil det vise til at fenomener ofte er mer komplekse enn det som blir fremstilt av informantene.

Giddens presenteres videre med sitt syn på at aktør og struktur sterkt er knyttet opp mot hverandre.

2.7 Strukturasjonsteori og Giddens

Samtidssosiologien er opptatt av forhold ved samfunnet i dag som er med på å skape psykiske vansker og utfordringer for mennesker, og som igjen danner grunnlaget for psykiske helsetjenester (Norvoll, 2013, s. 67). Anthony Giddens har bemerket seg ved å studere individets situasjon i samfunnet i dag (Norvoll, 2013, s. 68).

Anthony Giddens med andre sosiologer som Beck, har vært opptatt av å kalle vårt samfunn for et risikosamfunn. Han har forsket på risikovurdering som har endret seg med samfunns- og kulturutviklingen (Norvoll, 2013, s. 69).

På begynnelsen av 1980- tallet forsøkte en ny generasjon sosiologer å komme med overskridende teoretisk argumentasjon for å viske ut skillet mellom aktør og strukturbaserte teorier (Aakvaag, 2008). Giddens sin *strukturasjonsteori* er et av de mest innflytelsesrike forsøkene på en slik syntese (Aakvaag, 2008, s. 127). Hovedtanken i strukturasjonsteorien er at aktørens frihet, handlingskompetanse og kreativitet er avhengig av sosiale strukturer som danner grunnlaget for muligheter for personens handlinger (Aakvaag, 2008). Sosiale strukturer med sine ressurser og regler, gjør at aktørene kan delta som kompetente utøvere i samfunnslivet. Men strukturene er avhengig av å bli anvendt og reproduisert av aktørene (Aakvaag, 2008). Aktør og struktur blir dermed betraktet som gjensidig avhengige, som Giddens (i Aakvaag, 2008, s. 131) kaller *strukturens dualitet*. Strukturen blir regnet som både som et medium og et resultat av handlingen (Aakvaag, 2008). Giddens sin handlingsteori viser til at handlinger utføres av kompetente aktører med en bevisst handlingsplan (i Aakvaag, 2008, s. 131). Videre bli noen av Giddens tanker fra boka “Modernitetens konsekvenser” fremstilt.

Å oppdage seg selv og etablere personlig tillit er en selvgranskning prosess, og et prosjekt som Giddens (1997, s. 90) ser i sammenheng med modernitetens *refleksivitet*. Giddens (1997, s. 91) hevder at om man utelukker flertallet av mennesker fra arenaer hvor beslutninger og politikk utformes, blir en dermed tvunget til å konsentrere seg om selvet. Dette forklarer han ved å si at det er et resultat av maktesløsheten som de fleste mennesker føler (Giddens, 1997, s. 91). Giddens (1997, s. 91) stiller seg undrende til fremstillingen Christopher Lasch har om at verden endrer seg og blir en mye større, truende skikkelse. Livet forandrer seg til en evig søken etter velvære og sunnhet gjennom kostvaner, psykiatri, åndelige regimer, psykisk selvhjelp, fysisk aktivitet og pille inntak. Lasch er opptatt av å vise til at egen helsetilstand blir en altoppslukende besettelse for de som ikke lenger er interessert i omverdenen, utenom når den er kilde til frustrasjon eller tilfredsstillelse. Giddens (1997, s. 91) peker på at noe er galt med Laschs forklaring. Blant annet at søken etter velvære og sunnhet må sees i betydning av at man viser interesse for omverden. Fordelen med riktig kosthold og fysisk aktivitet er ikke personlige oppdagelser, men resultat av lekfolks aksept av ekspertviten (Giddens, 1997, s. 91).

Giddens (1997, s. 91) indikerer at det er forbindelse mellom modernitetens globaliserende tendenser og hverdagens lokale begivenheter- mellom det ekstensjonale og det intensjonale. I modernitetens refleksivitet må individet finne sin identitet gjennom de muligheter og strategier de abstrakte systemene rundt oss gir (Giddens, 1997, s. 91). Han viser til at selvaktualisering med utgangspunkt i grunnleggende tillit, må etableres ved å åpne opp selvet for den andre (Giddens, 1997, s. 91).

Giddens er en teoretiker vi videre bringer med oss inn i analysedelen av oppgaven.

I neste avsnitt ønsker vi med bakgrunn i kritisk teori og Frankfurterskolen å presentere anerkjennelsesteori og Axel Honneth. Anerkjennelse anses som et grunnleggende behov hos alle mennesker (Honneth, 2008). For våre informanter er tematikken anerkjennelse veldig sentralt. Dette kommer vi nærmere inn på i analysedelen, hvor Honneth som et viktig bidrag i forståelsen av begrepet fremstår grundigere. Honneth gir oss en nærmere forståelse av hvordan det kan oppleves for våre informanter å ikke bli sett og oppleve krenkelse, i den strukturen de er en del av.

2.8 Anerkjennelsesteori og Axel Honneth

Guro: ”...så kom jeg over en artikkel som skrev om ortoreksi.. og da fant jeg meg sjøl med en gang, og det her er jo meg... Men da ble jeg møtt meg, nei!, det fantes ikke noe som het ortoreksi..., så det kunne jeg bare drite i å si... Det var en anoreksi, eller så var det ikke noe liksom”.

Guro har møtt på utfordringer med å bli sett og hørt i behandlingsapparatet fordi ortoreksi ikke er en egen diagnose. Når Guro uttrykker: “*det kunne jeg bare drite i å si...Det var en anoreksi, eller så var det ikke noe liksom*”, kan vitne om en sterk reaksjon på den opplevelsen hun da opplevde når hun ikke ble anerkjent for sine tanker. Det med å utsettes for krenkelse vil gjøre noe med personen og selvbilde. I tråd med dette vil vi analysedelen presentere en grundigere gjennomgang av anerkjennelsestematikken i lys av Axel Honneth sin teori.

I boka ”Kamp for anerkjennelse” skriver Honneth (2008, s. 129): ”*Å leve uten individuelle rettigheter betyr at det enkelte samfunnsmedlemmet ikke har mulighet til å utvikle selvrespekt; Å ha rettigheter gjør oss i stand til å stå frem og se andre i øynene, og føle oss grunnleggende lik alle andre. Å tenke på seg selv som rettighetsinnehaver er å være stolt, ikke på en overdreven, men på en passende måte; det er å ha minimum av selvrespekt som er nødvendig for å være verdig andres kjærighet og aktelse...*”.

Honneth er opptatt av å se på mennesker som kroppslig sårbare og avhengige av andre. Han mener at mennesker blir fri gjennom andres gjensidige anerkjennelse. Uten anerkjennelse fra andre kan ikke mennesker utvikle en personlig identitet (Honneth, 2008). Honneth (2008) har delt anerkjennelse inn i tre former/områder for gjensidig anerkjennelse: Det private, det rettslige og det solidariske området. Honneths anerkjennelsesteori er opptatt av hvordan aktørene i strukturen søker en oppnåelse av anerkjennelse på de tre områdene. Disse tre områdene vil vi i masteravhandlingen se i sammenheng med fenomenet ortoreksi.

I denne masteroppgaven ønsker vi å fokusere på informantenes erfaringer om forholdet til idealer og kropp, generelt i samfunn og om hvordan de ulike normene for kvinnelighet får betydning for deres bearbeidelse av kroppen. Hvordan unge etterstreber sine sunnhetsidealer, og hvordan de forholder seg til kroppen sin er et gjennomgående

tema i vår oppgave, og det er relevant i denne sammenheng hvordan tvetydigheten kommer til uttrykk i informantenes situasjon og deres forhold til kroppen. Det finnes i dag en rekke sosiologiske perspektiver som tar for seg tematikken kropp. Solheim sin fremstilling har vi funnet spesielt nyttig for vår forståelse av fenomenet spiseforstyrrelser. Hennes omfangsrike beskrivelse av hva den anorektiske kroppen kan symbolisere, gir oss ett innpass i forståelse om et komplekst fenomen fra aktør siden. I søken etter å forstå fenomenet ortoreksi, vil det være nødvendig å se nærmere spesielt på anoreksi, da disse to spiseforstyrrelsene i mange tilfeller sidestilles, eller blir sett i sammenheng med hverandre (Bratman, 2017). Videre blir Solheim og feministisk teori presentert:

2.9 Feministisk teori og Solheim

Solheim har akademisk tilknytning til feministisk teori (Solheim, 1998). Feminisme ble tidligere brukt som et ideologisk og politisk begrep som bygget på at kvinner var underordnet og diskriminert i forhold til menn, og kampen mot denne undertrykkingen samlet kvinner innenfor én bevegelse (Aas, 2018). Gjennom likestillingskamper og politisk og akademisk feminisme kom det flere bidrag til forståelsen av kjønnete karakter (Skårderud, 1994, s. 184). Feministisk teori ønsker å synliggjøre kvinner og ivareta deres interesser ved å drive vitenskap utfra teori og empiriske studier. På kvinners forutsetninger og med utgangspunkt i kvinners erfaringer og posisjon i samfunnet (Aakvaag, 2008 s. 206). Et sentralt begrep er den *åpne kroppen*, som viser til den fysiske, psykologiske, sosiale og kulturelt åpne kroppen (Solheim, 1998; Skårderud, 1994). Den åpne kroppen blir brukt som en metafor om det grenseløse (Solheim, 1998; Skårderud, 1994). Renhet symboliserer klare grenser, hvor man støter bort alt som ikke er hennes. Den spiseforstyrrede forsøker å kvitte seg med noe urenslig i kroppen (Solheim, 1998). Det urene kan forklare det som flyter over grensene, og representerer kaos (Skårderud, 1994). For å markere grenser er to arenaer viktig; maten og hygien. Maten er et symbol på noen som innføres kroppen. Hygien er noe man skiller seg av med. Trening eller avføringstabletter kan tolkes som en rituell fjerning av det som allerede er kommet inne i henne (Skårderud, 1994).

Kjønn regnes som symbolsk konstruksjon i moderne tid, spesielt kvinnelighetens symbolikk i moderne kultur (Solheim, 1998). Kroppslige opplevelser og erfaringer er ikke meningsfulle bare i seg selv, men må forstås i en sosial og kulturell sammenheng.

Alle menneskelige kroppserfaringer fra elementært som tørst, sult eller smerte alltid være kulturelt formidlet hvor kroppens signaler formes til symboler og tegn, og uttrykker et budskap. Samtidig vil disse symbolske uttrykkene om hva en kjenner på kroppen, være noe av det mest grunnleggende en kan oppleve (Solheim, 1998). Kroppslige og kulturelle meningsutvekslinger møtes og ”*våre kropper skriver seg inn i kulturen, samtidig som kulturen skriver seg inn i kroppen*” (Solheim, 1998 s. 61). Anoreksi regnes som en symbolsk uttrykksform i moderne kultur. Den anorektiske kroppen sier noe, men samtidig er det et underliggende taust språk (Solheim, 1998). Kroppen i kulturen blir et redskap for å kommunisere nettopp om kulturen selv, om dens grenser, normer og estetiske idealer. Kroppen er ikke minst individets redskap for å kommunisere- til seg selv og til andre- om det som kalles identitet (Skårderud, 1994). Ved å ta utgangspunkt i kroppen, forstår vi hvordan kroppen er bærer og formidler av kulturelle symbol i det moderne. Anoreksi regnes først og fremst som kvinnelighetens sykdom, hvor anoreksien har et språk som uttrykker noen symptomer (Solheim, 1998). Flere av disse kan vi også oppdage hos en med ortoreksi. Blant annet kan en finne likheter ved at maten opptar en stor del av livet, og *forfølger* henne, streben etter å oppnå perfektjon og det komplette selv, og forstyrrelse av eget kroppsbilde (Solheim, 1998, Bratman, 2000). I aktør/struktur debatten vil vi plassere Solheim på aktør siden med hennes opptatthet av kjønnet her spesielt kvinner, som symbolsk konstruksjon i moderne kultur. Ortoreksi og anoreksi har flere likhetstrekk og ortoreksi kan som Bratman (2017) skriver ses på som en underkategori av anoreksi. Dermed betrakter vi Solheims teoretiske bidrag som høyst aktuell for forståelsen av ortoreksi.

2.10 Avsluttende kommentarer

Kapittelet har benyttet ulik forskning og teori for belyse avhandlingens problemstillinger. Et sosialkonstruktivistisk perspektiv har blitt brukt for å vise til hvordan informantene er en del av et større fellesskap, og blir formet av impulser fra omgivelsene. Spiseforstyrrelser er et komplekst fenomen, og årsaksforholdene likeså. Hvorfor noen får spiseforstyrrelsen ortoreksi er et vanskelig spørsmål å besvare. I dette kapittelet har vi likevel forsøkt å legge et teoretisk grunnlag som kan fungere som en støtte for forståelsen. Avhandlingens hovedteoretikere Solheim, Honneth og Giddens har blitt presentert.

Slik det har fremgått kan ortoreksi komme til uttrykk på forskjellig vis. Vi kan allikevel si at å leve med ortoreksi vil påvirke deres hverdag og utgjøre en livsverden som ikke er

god å eksistere i. Ulike påvirkningsfaktorer for utvikling av en spiseforstyrrelse vil vi komme videre inn på i avhandlingen. Før vi går inn på tre analysedelen våre, redegjøres det i neste kapittel for valg av metode for avhandlingen, og begrunnelse for denne tilnærmingen basert på utvalgs-kriterier og gjennomføring. I tillegg drøftes sentrale vitenskapsteoretiske krav sett opp mot vår avhandling.

3. Metode

Metode handler om hvordan en velger å samle inn, analysere og tolke datamaterialet, det gjøres ved å følge en bestemt vei mot et mål (Grønmo, 2011, s. 28). Metoden skal hjelpe oss å ta riktige valg for å belyse ens problemsstilling på en best mulig måte. Hva slags data og metoder vi benytter, avhenger av hvilke samfunnsforhold og problemstillinger som skal belyses (Grønmo, 2011, s. 11).

Kapittelet gir en innføring i valg og begrunnelse av avhandlingens metode. Vi starter kapittelet med å gå inn på begrunnelse for “Valg av metode”, før vi ser litt nærmere på “Fenomenologisk tilnærming”, så går vi inn på delen som vi kaller “Forskningsintervju”. Denne delen av metodekapittelet har flere underkapitler. Videre følger en del som vi kaller “Analyse og bearbeiding av datamaterialet”, før “Etiske vurderinger og betraktninger” blir sett nærmere på. Kapittelet avrundes med delen “Forskningens kvalitet”.

3.1 Valg av metode

Hensikten med vårt prosjekt har vært å undersøke informantenes egne erfaringer, samt deres subjektive refleksjoner og synspunkter knyttet til spiseforstyrrelsen. På bakgrunn av dette fant vi det naturlig å velge en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming for forskningen. Forskningens tema og innfall har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming.

En kvalitativ metode søker å forstå. Ved å studere et fenomen i sin naturlige kontekst er det et forsøk på å gå i dybden av det (Thagaard, 2013 s. 17). For å få tak i deltageres perspektiver og erfaringer, og for å forstå det samfunnet vi lever i, er kvalitative metoder nødvendige (Grimen, 2004, s. 246). For å kunne få en innsikt i hvordan mennesker handler og tenker som de gjør, er det et stort behov for forskning som gir innblikk i samfunnet sett fra deltaker- perspektiver, altså samfunnet sett fra innsiden slik samfunnsmedlemmene opplever det (Grimen 2004, s. 246). Mennesker handler ut fra sine verdier, men også ut fra det de tror eller det de vet. Kvalitative problemstillinger er rettet mot beskrivelser basert på å forstå sosiale fenomener som er knyttet til mennesker og deres opplevelser (Grønmo, 2011 s. 129-130) .

Problemstillingen i en kvalitativ metode blir ofte presisert, formulert og revidert underveis i arbeidsprosessen (Grimen, 2004, s. 241). Kvalitative metoder kan knyttes til fleksibilitet, fordi metoden kan endres i løpet av undersøkelsesprosessen og tilpasses ettersom hvilke erfaringer en gjør underveis og hvilke utfordringer man støter på (Grønmo 2011, s. 130-132).

I kvantitativ metode samler man inn data uttrykt i for eksempel tall (Grønmo, 2004, s. 5). Kvantitativ metode ønsker å forstå i bredden (Grimen, 2004, s. 239). Skal man ta nøyaktig testing eller formulere, er derfor de kvantitative metodene bedre å bruke enn kvalitative metoder (Grimen, 2004, s. 256). Når man skal jobbe med å hente inn kvantitative responsdata, brukes for eksempel strukturert utspørring (Grønmo, 2004, s. 127). Det betyr da at et spørreskjema med faste spørsmål og som regel faste svaralternativer brukes for å hente ønsket data (Grønmo, 2004, s. 127). De tallene eller dataene en kommer frem til, er tall som er statistisk representative. Forskeren kan si noe om hva som representerer en større populasjon ut fra utvalget en har undersøkt (Grimen, 2004, s. 251). Undersøkelsene kalles *surveyundersøkelser* og gir en generell oversikt over samfunnsforhold (Grønmo, 2004, s. 127). Ved å sette fokus kun mot kvantitative metoder, hadde ikke vi fått frem forståelsen av erfaringer og kunnskap. Vi utelukker allikevel ikke at en kvantitativ tilnærming kunne hatt stor verdi, og bidratt med tall og statistikk som omhandler et bredere utvalg unge mennesker som sliter med dårlig selvfølelse, som opplever press på å prestere, og som har ortoreksi.

Vi vurderte flere mulige metodiske tilnærminger, blant annet ønsket vi lenge å ha observasjon som metode. Dette ønsket vi på bakgrunn av forskning som hevder at ved observasjoner vil forskeren selv samle inn data ved å se og høre på informanter, mens de handler eller samhandler, uttrykker meninger eller er involvert i hendelser (Grønmo, 2011, s. 141). Et feltarbeid hvor informantene kunne følges opp i det daglige, for eksempel på trening eller matsituasjoner, kunne vært nyttig for å belyse problemstillingene om hva det innebærer å ha en spiseforstyrrelse. Vi oppsøkte flere behandlingssteder, både sykehus og ambulante team som jobbet med mennesker med behandlingstrengende spiseforstyrrelser. Begrunnelsen for at vi valgte å gå bort fra denne tilnærmingen var at adgang til feltet ikke ble mulig. Da vårt ønske var å få økt kompetanse om fenomenet ortoreksi, samt lære mer om hvordan barn og unge i dagens samfunn er omgitt av et stort press om blant annet å se bra ut, anså vi det som viktig å forsøke å se deres opplevelsesverden fra informanter som selv har en spiseforstyrrelse. Målet var å finne ut av hvilke forebyggende tiltak som bør legges til grunn for å hindre

at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser. På bakgrunn av disse vurderingene ble individuelle intervjuer med personer som har eller har hatt en spiseforstyrrelse ansett som den mest hensiktsmessige tilnærmingen for vårt prosjekt. Samtidig ønsket vi å se nærmere på noen av de utfordringene våre informanter kom inn på i løpet av intervjuene. Vi ønsket å intervjuer to leger/psykologer for å få tak i deres erfaringsmessige og faglige perspektiv omkring tematikken spiseforstyrrelser, med fokus på ortoreksi.

Videre ønsker vi å se nærmere på vårt valg av metode med en fenomenologisk tilnærming.

3.2 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologi tar utgangspunkt i at mennesket har en egen oppfattelse av virkeligheten, og innebærer å tolke og forstå menneskets egen handlingsforståelse (Grønmo, 2011, s. 372). Målet i en fenomenologisk tilnærming er å beskrive trekkene som er felles ved informantens erfaringer, for at vi kan utvikle en generell forståelse av det fenomenet vi studerer (Thagaard, 2013, s. 40). Fenomenologiske studier legger vekt på forståelse av hvilken mening som knytter seg i ulike handlinger og fortolkningen rundt dette (Grønmo, 2011 s. 372). Hvordan informantene opplever en situasjon, og hva en føler og tenker, er det som er av betydning. Forståelsen i et fenomenologisk utgangspunkt er individuelt, og samme fenomen kan oppfattes ulikt fra person til person. Derfor er dette perspektivet riktig for studien, på bakgrunn av at virkeligheten oppfattes forskjellig (Grønmo, 2011, s. 372).

Med et fenomenologisk utgangspunkt for å få tak i informantenes livsverden, går vi videre inn på delen som vi kaller Forskningsintervju.

3.3 Forskningsintervju

Arbeidet omkring intervju er en lang prosess, i forkant, gjennomføring og etterarbeid. I det følgende vil vi presentere prosessen gjennom flere underpunkt. 3.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Vi har som mål med denne masteravhandlingen å rette fokus mot fenomenet ortoreksi. Dette ønsket vi å gjøre ved å intervjuer og få tilbakemeldinger fra kvinner som selv har eller har hatt et anstrengt forhold til mat (vedlegg 4).

Sosiale medier er viktige som formidlere av meninger og informasjon, og de ønsker å forme sosiale aktørers tenkemåter, behov og følelser (Grimen, 2004, s. 162-163). For å få tak i vår målgruppe fant vi ut at Facebook kunne være en mulighet for å få tak i ønsket utvalg. I følge undersøkelser som er gjort av TNS Gallups og Ipsos, har 3,5 millioner nordmenn over 18 år en profil på Facebook. Ut i fra undersøkelser gjort av disse byråene finner man at 9 av 10 bruker Facebook hver dag, altså over 3 millioner nordmenn (Marthinsen, 2017). Vi regnet med at siden det er så mange personer som aktivt er innom Facebook, ville det på noen av forumsidene være mulig å få tak i informanter til vår forskning.

Vi fikk via en lukket gruppe på Facebook om spiseforstyrrelser, kontakt med administrator for denne gruppa. Vi presenterte oss, vårt prosjekt og ønske om informanter. På grunn av forskerrollen og møte med en sårbar gruppe oppsto det utfordringer slik at vi ikke fikk bli medlem der. Det ville bli vanskelig for de resterende medlemmene å fortsatt føle at de kunne legge ut det de ønsket på siden, uten at det ble undersøkt nærmere av studenter. Administrator for denne hovedgruppa var allikevel veldig hjelpsom hvor hun presenterte våre ideer for vår avhandling og vår søknad om informanter. Videre ønsket administrator å opprette en egen undergruppe for oss. Hun syns psykisk helse og at vi ønsket å skrive om spiseproblematikk/spiseforstyrrelser i vår avhandling var så bra og viktig for å få bedre forståelse for tematikken. Siden vi ikke hadde tilgang til hovedgruppa la administrator til medlemmer fra denne gruppa inn i vår undergruppe for de personene som hadde vist interesse og engasjement i det vi skulle skrive om i avhandlingen. Via denne undergruppen fikk vi tilgang til sju personer som var villige til å være informanter. I tillegg var det to bloggere utenom som vi søkte opp på facebook, som sa seg villige til å være våre informanter. Alle hadde ikke mulighet til å møte oss for intervju, men flere sa seg villig til å svare skriftlig og via skype.

Vi hadde i utgangspunktet noen kriterier for vårt utvalget som ble revurdert litt underveis. Spiseforstyrrelser opptrer oftest hos kvinner (Skårderud, 2013). Vi ønsket kvinner mellom 18 og 40 år som informanter for vår forskning. Det meldte seg informanter over 40 år, så vi endret på øvrig aldersgrense. Vi ønsket fortsatt bare kvinner over 18 år, blant annet på grunn av etikk og samtykke. I utgangspunktet skrev vi at vi ønsket mellom 4-6 informanter, men flere meldte interesse så vi åpnet for at alle som ønsket å hjelpe oss var velkomne til dette. På grunn av geografiske avstander ble det for noen av informantene naturlig å sende en skriftlig versjon av intervjuet, da

personlig intervju ikke ble mulig. Vi prøvde å tilby intervju over skype som mulig metode. Noen svarte først ja til dette, men alle trakk seg da de heller ønsket skriftlig, på grunn av blant annet tekniske utfordringer. En av våre informanter var under behandling på institusjon, og dermed ikke kunne møte oss men kunne svare skriftlig. Vi hadde ei som syns det var for vanskelig å snakke om, som heller ville svare skriftlig. Og en annen som syns norsk muntlig språk var vanskelig å forstå, men at skriftlig var bedre for henne.

Vi ønsket i utgangspunktet informanter som har eller har hatt ortoreksi. Dette ble også en utfordring da flere av de personene vi hadde fått tildelt av administrator til vår undergruppe, ikke definerte seg selv kun innenfor denne spiseproblematikken. Vi åpnet for at andre med ulike spiseforstyrrelser også kunne hjelpe oss med svar. Vi hadde en forforståelse om at en del av svarene ville kunne være nyttige for oss å se nærmere på, uavhengig av diagnose. De som svarte at de har eller har hatt ortoreksi, fulgte vi spesielt opp med oppfølgingsspørsmål for å få belyst denne tematikken enda mer.

Vi fikk tak i 5 informanter som ønsket å møte oss for et muntlig intervju. Vi hadde på forhånd skrevet at vi gjerne dro til informantenes hjemkommune (innenfor rimeligheten i forhold til reisevei). 2 av informantene bodde i samme retning, så vi avtalte intervjuer med hver av de på samme dag. Vi møtte ei av informantene en annen dag. Og videre avtalte vi en annen dato for de to andre informantene. Vi ønsket å dra begge to som intervjuere. Dette så vi som nyttig da begge ved å være tilstede i samtalen kunne utfylle hverandre i intervjusituasjonen.

I vår forskning ønsket vi ved hjelp av noen få informanter få større innsikt i et fenomen. Etter å ha intervjuet disse kvinnene som har eller har hatt en spiseforstyrrelse, ønsket vi også å få til intervjuer med noen leger eller psykologer som jobber innenfor dette fagfeltet (vedlegg 5). Vi fikk via egne nettverk mulighet til å intervju en lege, og hennes legekollega. De jobber begge med spiseforstyrrelsens problematikk. Vårt mål ble her å nærmere undersøke noen av de utfordringene som våre andre informanter hadde oppgitt i forhold spiseforstyrrelsen. Vi ønsket også å få et større innsikt i hvordan helsestasjoner jobber forebyggende og helsefremmende innenfor psykisk helse. Derfor bestemte vi oss for å intervju 2 helsesøstre i tillegg til legene (vedlegg 6). Via vårt nettverk, fikk vi tak i ei helsesøster som ønsket å la seg intervju. I tillegg sendte vi mail til en kommune for å søke etter informanter. En helsesøster meldte seg. Totalt har vi hatt 5 muntlige intervjuer og 4 skriftlige intervjuer av informanter med spiseproblemer,

samt muntlige intervjuer med 2 leger og 2 helsesøstre. Gjennom hele oppgaven har vi valgt å henvise til informantene med fiktive navn. Informanter med helsefaglig bakgrunn har vi henvist til fiktive navn og helsepersonell i parentes.

Før vi satt i gang med muntlige intervjuer og utsendelse av skriftlig versjon, brukte vi mye tid på å utforme en intervjuguide.

3.3.1 Intervjuguide

I denne oppgaven ønsker vi å sette fokus på menneskers forståelse og opplevelse av egen situasjon i deres hverdag (Befring, 2007, s.181). Med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv ble intervjuguiden utformet for å få frem aktørperspektivet (Befring, 2007). Når vi så hadde valgt kvalitativt forskningsintervju som metode, var det viktig å planlegge for å vite hva målet med studiet vårt var (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 140). Vi utformet en intervjuguide som inneholdt følgende fem hovedkategorier med spørsmål innenfor disse temaene; spiseforstyrrelse, sosiale medier, trening, kosthold og behandling. I tillegg hadde vi et spørsmål i starten som handlet om bakgrunnsinformasjon om informantene, og på slutten hadde vi ett avslutningsspørsmål som ga rom for at informantene kunne tilføye eller komme med opplysninger de mente hadde betydningen for tematikken. Et slikt kvalitativt intervju som vi la opp til gjorde at informantene måtte føle seg fortrolige med å åpne seg for personlige temaer (Thagaard, 2013). Det var også viktig for oss å ha tenkt igjennom rekkefølgen på forhånd på temaene slik at flyten i samtalen ville vedvare gjennom hele intervjuet (Thagaard, 2013). Siden vi stilte flere følelsesmessige spørsmål i løpet av intervjuene, la intervjuguiden med de ulike deltemaene rom for pauser og eventuelle oppsummeringer før nytt tema ble presentert (Thagaard, 2013).

Intervjuguiden ga oss et godt grunnlag for våre semistrukturerte intervjuer.

3.3.2 Semistrukturert intervju

Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale mellom forsker og intervjuperson som styres av temaer forskeren ønsker informasjon om (Thagaard, 2013 s. 98). Vi valgte en semistrukturert tilnærming, som betyr at vi fulgte informantenes fortelling, og samtidig sørget for at de temaene som var viktige for vår problemstilling, ble diskutert i løpet av intervjusamtalen. Et forskningsintervju kan utformes på ulike måter, og hvilken intervjuform en velger må gjøres på bakgrunn av det temaet en ønsker å studere (Thagaard, 2013 s. 98). Et semistrukturert intervju brukes når man ønsker å få

beskrivelser av hvordan mennesker forstår sin livsverden. Det er ikke ulikt en dagligdags samtale, men det profesjonelle intervjuet har det formål å samle inn data, hvor særegne tilnærminger og teknikker er nødvendig (Kvale & Brinkmann, 2015). Et semistrukturert intervju betyr at de temaer forskeren skal spørre om, er fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene blir bestemt underveis (Thagaard, 2013 s. 98). For å knytte spørsmålene opp mot intervjupersonenes forutsetninger er det viktig med fleksibilitet (Thagaard, 2013 s. 98). Samtidig er det også viktig for forskeren å være åpen for at informantene kan ta opp temaer som ikke er planlagt i forkant (Thagaard 2013 s. 98). Ved valg av denne type intervju, er interaksjonen mellom forsker og informant viktig for resultatet (Thagaard 2013 s. 98-99). Siden temaet spiseforstyrrelser kan være et sårt og muligens et vanskelig tema å formidle, har det vært viktig å prøve å skape tillit og trygghet til oss som forskere. Derfor har vi forsøkt å skape en relasjon til våre informanter, som skulle bære preg av å være i samtale med dem, og ikke som en formell strukturert intervju med bestemte spørsmål og svaralternativer. Den viktigste jobben vår var å kunne lytte og vise interesse for hva informanten fortalte om (Thagaard, 2013 s. 98-99).

I forkant av intervjuene har vi også sendt ut et informasjonsbrev til informantene om hvordan intervjuene skulle foregå (vedlegg 3). I tillegg fikk informantene selv bestemme hvor vi skulle møte dem. Dette har vi bevisst valgt å gjøre, for å skape trygghet og tillit mellom oss forskere og informantene. Videre følger en beskrivelse av hvordan datainnsamlingen foregikk.

3.3.3 Datainnsamling

Vi ønsket begge to å være deltakende på de muntlige intervjuene. Det ville kunne bli nyttig å utfylle hverandre og stille oppfølgingsspørsmål underveis i samtale. Vi hadde på forhånd tenkt igjennom eventuelle dilemmaer med at vi var to- mot en. Men vi hadde opplyst om at vi møtte informantene begge to. Vi opplevde ikke at noen synes det var ubehagelig at vi var to. De muntlige intervjuene varte i omtrent 2 timer.

For noen av informantene våre ble det for vanskelig å stille til muntlig intervju. Vi fikk informanter som det på grunn av lang geografisk avstand fra dem til oss, ble vanskelig å få snakket med ansikt til ansikt. For andre ble det utfordringen i forhold til at spiseforstyrrelser er et sårbart tema å snakke om, hvor flere slet med angst. Vi la frem Skype som et mulig alternativ for samtalen, eventuelt kunne vi gi ut en skriftlig versjon. Noen sa først ja til Skype, men trakk seg på grunn av usikkerhet knyttet til teknologien

og programmet. Andre synes det var bedre om de kunne svare skriftlig. Vi endte da opp med å sende ut samtykkeerklæringen og intervjuguiden slik de var utarbeidet for muntlig intervju. Dette ble sendt som en skriftlig versjon på mail til de kandidatene som ikke kunne/ønsket muntlig, men ønsket å hjelpe oss med å svare skriftlig. Vi sendte ut skriftlig versjon til 7 personer som hadde sagt seg villig til å delta. Ut av disse fikk vi 4 svar tilbake. Ei fortalte at hun var på et vanskelig sted psykisk for tiden, så det ble for vanskelig å svare. Ei annen var opptatt med mye annet. Det er ulike grunner for at personer ikke ønsker å delta. Å være forsker og observatør kan virke skremmende på aktørene fordi forskeren kan fremstå som en ”ekspert” (Grønmo, 2011 s.145). En annen grunn kan være at det er utfordrende for personer som er i en belastende situasjon i å delta i forskningsprosjekter, eller at aktørene har mindre kjennskap til forskning, eller frykter at den spesielle studien kan bli brukt mot dem på en eller annen måte (Grønmo, 2011, s. 145).

For de kvinnene vi var så heldig å få prate med, var det viktig å vise respekt og anerkjennelse for den de er og at de ønsket å dele sin historie med oss. Vi hadde kjøpt en blomst til hver av dem, og laget et lite kort med skriften “Tusen takk for at akkurat DU vil dele din historie med oss”. Dette oppfattet vi som ble satt pris på. Det ble en hyggelig start på møtet oss i mellom.

Den ene informanten inviterte oss hjem til seg selv. En informant ville møte oss på sitt arbeidssted. Informantene var alvorlige, men hadde også innslag av selvironi og humor under intervjuet. Vi oppfattet informantene som at de ønsket å prate, og var villige til å svare oss på våre spørsmål. For å ta opp samtalen brukte vi en taleopptak- app på mobiltelefonene våre, slik at vi senere kunne transkribere dette til skriftlig tekst. Vi hadde i starten av samtalen oppgitt om at det vi skulle transkribere ville bli anonymisert. Videre fortalte vi at tekstene ville bli oppbevart på en passordbeskyttet Mac. Lydopptak virket hensiktsmessig å bruke. Det gir intervjuet et formelt preg (Thagaard, 2002, s.97). I tillegg hadde vi med penn og papir i tilfelle det skulle oppstå noen uforutsette problemer. Fordelen med å bruke lydopptak er at alt som blir sagt i samtalen blir bevart (Thagaard, 2002, s. 97). Vi kunne da gå tilbake i lydopptaket for å få med alt innholdet, slik at vi senere kunne bruke det som utgangspunkt for analysen omkring tematikken ortoreksi. En annen fordel var at vi som studenter og forskere kunne konsentrere oss helt om informanten og eventuelle reaksjoner informanten måtte ha. Samtidig ville opptaket kunne brukes om vi senere ønsket å bruke direkte sitater da vi hadde alt ordrett på lydopptak (Thagaard, 2002, s. 97). Om vi ikke hadde brukt lydopptak hadde det vært en

utfordring å skrive ned alt av viktig informasjon som blir sagt i en samtale, samtidig som man skal være oppmerksom på informanten slik at intervjuet flyter bra (Thagaard, 2002, s. 97).

Siden vi hadde muntlige intervjuer som var omtrent like lange tidsmessig, delte vi transkriberingen mellom oss slik at vi tok like mange hver. Vi var jo begge tilstede på alle intervjuene så samtalene hadde vi ganske friskt i minne før transkriberingene. Men vi leste begge igjennom det den andre hadde skrevet. Og jobbet sammen videre med utgangspunktet for analysen.

3.3.4 utfordringer knyttet til intervjuene

Vi møtte på noen problemer ved opptak av samtalen med informantene. I den ene samtalen, ble opptaket stoppet på grunn av et innkommet anrop på telefonen. Men fordi vi var to personer som begge hadde satt på taleopptak for samtalen, gjorde det at vi fortsatt satt igjen med et fullstendig opptak av samtalen. I en av de andre samtalene ble det litt vanskeligheter når opptaket ble stoppet på grunn av pause underveis. Men vi fikk startet det igjen, og vi hadde begge to lydopptak fra samtalen.

I tillegg hadde vi ved det ene intervjuet tidvis bakgrunnsstøy da det ble snakket i telefon på et naborom. Det var ganske lytt på det rommet vi satt i under intervjusituasjonen. Det ga ingen utslag på kvaliteten på lydopptaket, men kunne virke litt forstyrrende for oss intervjuere, og muligens også for informanten.

Videre følger noen fordeler og ulemper med å velge kvalitativ metode.

3.4 Fordeler og ulemper ved metodevalg

Styrker ved kvalitativ metode at en har mulighet til å få tak i deltakernes erfaringer og perspektiver (Grimen, 2004 s. 246). Kvalitativ metode gir mulighet til en selvstendig kilde for å forstå samfunnsforhold, som er vanskelig å undersøke på andre måter.

Kvalitative metoder er et godt utgangspunkt for å forske på personlige og sensitive emner, og temaer det er lite forskning på fra før, for eksempel nye kulturelle fenomener (Thagaard, 2013). Vi hadde på forhånd undersøkt og funnet frem til at det ikke var så mye litteratur om fenomenet ortoreksi. Og de ulike kildene så ut til å gjengi omtrent det samme av informasjon. Derfor var det interessant for oss å se nærmere på et lite kjent og ganske nytt kulturelt fenomen. Kvalitativ metode kan ha en hjelpefunksjon i forhold

til kvantitative studier, og være en selvstendig metode for testing av hypoteser (Grimen, 2004, s. 245).

Svakheter ved kvalitativ metode er at forskningen legger opp til forskerens vurderingsevne og dømmekraft (Grimen, 2004, s. 248). Ved en slik forskning vil det være naturlig å undre seg om resultatene av forskningen er objektive, eller baserer seg på subjektive konstruksjoner (Grimen, 2004, s. 249). Det er viktig som forsker med et fenomenologisk utgangspunkt å prøve å sette sine egne meninger til side, men prøve å ha en full åpenhet i forhold til datamaterialet slik det fremstår (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 268). Kvalitativ forskning kan også være lite egnet til å generalisere (Grimen 2004, s. 249). Forskning ved hjelp av en kvalitativ metode kan ikke ha som mål å komme med resultater som er statistisk representative. Dette hadde vi heller ikke som mål med vår forskning. Vi ønsket å belyse og se nærmere på et fenomen som vi betraktet som lite kjent for allmennheten og som ikke var veldig mye forsket på fra tidligere. Vi ønsket ikke å vise til resultater som skulle generaliseres som gjeldende for alle eller flesteparten med ortoreksi, men heller belyse ett mulig "samfunnsproblem" og eventuelt kunne vise til noen mulige tendenser for tematikken.

3.5 Analyse og bearbeiding av datamaterialet

I en kvalitativ analyseprosess er kategorisering og koding av det innsamlede datamaterialet hovedoppgaven (Nilssen, 2012, s. 78). Vi som forskere starter med en åpen koding av dataene, som bygger på inspirasjon fra forskningsmetoden "grounded theory" (Nilssen 2012, s. 78). Ved åpen koding ønsker vi som forskere å ha en åpen holdning og et åpent sinn til hva datamaterialet forteller oss (Nilssen, 2012, s. 78). Hovedideen bak denne forskningsmetoden er å utvikle nye teoretiske ideer med utgangspunkt i datamaterialet, fremfor å teste allerede eksisterende teorier (Nilssen 2012, s. 79). Koding gjør at vi kan redusere og få en bedre oversikt over det datamaterialet vi har samlet inn, slik at vi sitter igjen med essensen i datamaterialet (Nilssen, 2012, s. 82). Åpen koding gjør at vi ved å analysere intervjuene kan identifisere, klassifisere, kode og sette navn på viktige mønstre for å finne frem til det signifikante i datamaterialet (Nilssen, 2012, s. 82). Det neste steget er å se på sammenhenger mellom kodene for å kunne utvikle kategorier. Dette gjøres for at vi kan sitte igjen med noen få temaer, perspektiver eller kategorier ut i fra det store datamaterialet, som kan gi oss svar på våre forskningsspørsmål (Nilssen, 2012, s. 85). Fra vårt innsamla materialet var det noen ting våre informanter snakket om som vi

ønsket å belyse nærmere. Vi fant raskt ut at *anerkjennelse* var et viktig tema for alle, dermed klassifiserte vi dette som et tema. Videre så merket vi oss at kulturen vi lever i dag legger ulike føringer for våre informanter, dermed hadde vi vårt andre tema klart; *kultur*. I sammenheng med krav og forventninger i kulturen samt behov for anerkjennelse, så vi at de fleste av våre informanter snakket om et kontrollbehov, hvor de lever i et ambivalent forhold med spiseforstyrrelsen. Dette ønsket vi å se nærmere på i vår analysedel vi har kalt *kontroll*. Disse tre nevnte delene hjelper oss til en helhetsforståelse av ortoreksi fenomenet (Grønmo, 2011). Våre funn fra forskningen går vi nærmere inn på i våre analysekapitler. I neste avsnitt ser vi på etiske spørsmål knyttet til studien.

3.6 Etiske vurderinger og betraktninger

Forholdet mellom fakta og verdier i samfunnsvitenskapen er viktige temaer. Det skilles mellom empiriske og normative studier. Empiriske studier legger vekt på spørsmål om fakta, mens normative studier legger mer vekt på verdier (Grønmo 2011 s. 14). Selv om samfunnsvitenskapen i første rekke bør ta utgangspunkt i analyser av faktiske forhold, vil forskning allikevel være påvirket av verdier. Problemstilling og tilnæringsmåte kan prege samfunnsvitenskapens retning og utvikling. Overordnede verdier i samfunnsvitenskapen blir å ta utgangspunkt i sannhet, kunnskap og logisk sammenheng. Forskernes sannhetsforpliktelse utgjør et grunnlag for samfunnsvitenskapens forståelse mellom fakta og verdier (Grønmo 2011 s. 16). Samfunnsvitenskapelig virksomhet reguleres av ulike normer, som til sammen utgjør en samlet forskningsetikk. Normene skal sikre en moralsk forsvarlig vitenskapelig virksomhet (Grønmo, 2004, s. 28). Samfunnsvitenskapens forskningsetiske grunnlag omfatter normer om blant annet originalitet, ydmykhet og redelighet (Grønmo 2011, s.19).

En del av de forskningsetiske normene er også å finne i formelle regelverk og til dels i det offentlige lovverket (Grønmo 2011 s 20). Dette prosjektet ble meldt til og personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste - NSD) (vedlegg 2). Loven om personopplysninger er spesielt viktig. Loven innebærer at alle som skal bruke data om personer i sin forskning, må sende melding om dette til NSD. De vurderer om hensynet til personvern blir ivaretatt i forskningsprosjektet (Grønmo 2011 s. 20).

Med utgangspunkt i den nasjonale forskningsetiske komiteen for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (Grimen 2004, s. 399-400) ønsker vi i det neste avsnittet å reflektere kort rundt hvordan vi har forsøkt å ivareta de forskningsetiske utfordringer vårt prosjekt bøy på.

Som nevnt tidligere i oppgaven fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv hvor det ble opplyst at alle opplysninger og informasjon ble anonymisert, og før intervjuet skrev informantene under på en samtykkeerklæring. De informantene som har foretatt sitt intervju i skriftlig form, fikk også samme samtykkeerklæring som de måtte skrive under på og sende tilbake til oss. Informantene ble informert om frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg til en hver tid. Et fritt og informert samtykke gjør det mulig å gjennomføre forskning som kunne brutt med krav om frihet og selvbestemmelse (Grimen 2004, s 406).

Forskeren må forholde seg til hvilke rettigheter deltakerne har i et forskningsprosjekt og de etiske sidene ved forholdet til deltakerne. I tillegg må forskeren informere grundig om prosjektets mål og fremgangsmåter (Thagaard 2013 s. 91). Dette betyr at deltagelse er basert på frivillighet, og at deltakerne i et prosjekt når som helst kan trekke seg ut på ethvert stadium i forskningsprosessen (Thagaard, 2013 s. 91).

Vi tenkte nøye over hvilke eventuelle negative belastninger som kunne følge med dette prosjektet, med tanke på gruppen informanter vi ønsket å intervju. I denne sammenheng vil det være viktig å belyse kravet om hensyn til utsatte grupper, da personer med spiseforstyrrelser vil kunne falle innenfor denne gruppen. Å snakke om spiseforstyrrelsen kan oppleves som vanskelig, fordi det omhandler egne erfaringer og opplevelser knyttet til dette. Mennesker som er gjenstand for forskning skal ikke utsettes for økt risiko for psykisk skade eller belastning (Grimen 2004, s . 402). Vi vurderte derfor de etiske implikasjonene av å studere disse personene. De etiske retningslinjer som fremhever det moralske prinsippet om respekt for menneskers privatliv, deres anonymitet og rett til og velge å delta eller ikke i prosjektet har vi etter beste evne forsøkt å ivareta (Thagaard, 2013, s. 67).

Vi ønsket å skape et godt tillitsforhold i intervjuet. Det stilles krav til oss som forskere knyttet til forståelse og skape trygghet i en intervjusituasjon (Grimen 2004 s. 401-402). For oss var det først og fremst viktig å formidle en god holdning og å vise respekt for informantene (Grimen 2004 s. 402). Vi utformet spørsmål som var nøye gjennomtenkt. I tillegg hadde vi oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet for å være sikre på at det

informantene formidlet ble forstått riktig. For oss var det også viktig at informantene kunne dele sine erfaringer og opplevelser, uten å oppleve at de ble bedømt.

En annen viktig retningslinje som gjelder personvernet, er kravet om konfidensiell behandling (Grimen 2004 s. 409). Alle våre informanter ble anonymisert. I tillegg har vi behandlet og lagret alle personlig data på en konfidensiell og sikker måte (Grimen 2004 s. 409). I neste avsnitt ser nærmere på kvaliteten i vår forskning.

3.7 Forskningens kvalitet

Vitenskapelige teorier og antakelser har som mål at de skal kunne begrunnes for å vise at de mest sannsynlig er sanne (Grimen, 2004, s. 189). De vitenskapelige virksomhetene og resultatene har som utgangspunkt at de kan etterprøves, testes og kontrolleres av andre (Wormnæs, 1996, s. 62). Forskning krever etterprøvbarehet, som vil si ved gjennomføring av samme undersøkelse, skal resultatet være tilnærmet likt (Grimen, 2004 s. 189). For å kunne komme frem til analyseresultater som er holdbare og gode, er tilfredsstillende kvalitet av datamaterialet en forutsetning (Grønmo, 2011, s. 217). Det mest grunnleggende med vitenskapelig forskning er å forstå hvorfor ting skjer (Grimen, 2004 s. 189). Vitenskapelige teorier utsettes ofte for kritikk ved at det oppstår spørsmål som påpeker at to utsagn ikke kan være sanne samtidig (Grimen, 2004, s. 190). For å finne frem til sannheten om et fenomen er det ulike fremgangsmåter. Videre presenteres de tre forskningsetiske kravene om intersubjektivitet, reliabilitet og validitet.

3.7.1 Intersubjektivitet

Begrepet intersubjektivitet referer til at resultater i utgangspunktet kan forstås på samme måte, og i prinsippet være mulig å kontrollere for enhver forsker (Wormnæs, 1996 s. 62). Utgangspunktet for om et resultat er intersubjektivt viser seg ved ulike forhold som har betydning for resultater. Dette kan være forhold som data, metoder, bearbeiding av data, testing, hypoteser og slutninger (Wormnæs, 1996, s.62-63). Det vil ikke være intersubjektivt å påstå at en person hadde et bestemt motiv for en handling, eller en spesiell følelse i en gitt situasjon (Wormnæs, 1996, s. 62-63). Kravet om intersubjektivitet kan bidra til å forbedre, og til å komme fram til gode data. Dette fordi man ser kritisk på alle typer av resultater, formuleringer, definisjoner og metoder (Wormnæs, 1996, s. 63). Kravet til intersubjektivitet har vi forsøkt å opprettholde i best mulig grad når vi har tolket og analysert det informantene har fortalt oss om i

intervjuene. Vi har med beste mening forsøkt å se informantens fortellinger opp mot relevant forskning og teori.

3.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet viser til om forskningsresultatene kan anses for å være pålitelige, riktige og tillitsfulle (Thagaard, 2013, s. 202).

Vi har tatt utgangspunkt i et skille mellom to typer reliabilitet; *intern og ekstern* reliabilitet (Seale i Thagaard, 2013 s. 202). *Ekstern reliabilitet* knyttes til om en annen forsker med samme fremgangsmåte og metode, ville kommet frem til like resultater. Mens *intern reliabilitet* handler om i hvilken grad av konstruksjon av data mellom forskere som jobber med samme typer prosjekt samsvarer med hverandre (Thagaard, 2013 s. 201-202). Ulike settinger kan gi ulike svar, og et kvalitativt forskningsprosjekt kan vanskelig reproduseres til å bli identisk. Kvalitativ forskning baserer seg på data som utvikles i samarbeid mellom forsker og personer i felten (Thagaard, 2013 s. 202). I spørsmålet om en forskningsprosjekt utført i en situasjon kan gjentas (*ekstern reliabilitet*), er vanskelig å oppnå i kvalitative studier (Thagaard, 2013 s. 202). Ekstern reliabilitet er vanskelig å måle i kvalitative studier, og derfor kan man styrke reliabiliteten ved å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig (Thagaard, 2013).

For å skape god pålitelighet, har vi først og fremst hatt fokus på å skape trygghet og et godt møte med informantene våre. Informantene har selv fått bestemme tid og sted hvor de ville møte oss. Intervjuene har foregått både på cafe, på skole, arbeidsplass og hjemmebesøk. Det har vært både positive og negative erfaringer rundt dette. Å møte informantene på ulike plasser medførte noen utfordringer. Ofte var det lang reisevei til møtested, og tidspunkt kunne avvike på grunn av trafikk. Møtestedene var ukjente for oss, så flere steder opplevde vi både støy og forstyrrende elementer. Det positive var likevel at informantene opplevde mer trygghet ved å være på et kjent og trygt sted. Relasjonene til informantene har vært preget av åpenhet (Thagaard, 2013 s. 203). I intervjuene var det viktig at vi var klar over at vi gikk inn i en relasjon med våre informanter (Neumann og Neumann, 2012, s. 11). Vi måtte være bevisst vår situering; plassering i intervjuene (Neumann og Neumann, 2012, s. 17). Det som Neumann og Neumann kaller *feltsituering* (2012, s. 17), var viktig å tenke på i samtalene. Hvordan våre informanter opplevde oss, og vi dem, ville legge føringer på hvor mye og hva de ønsket å snakke med oss. Refleksjon rundt det som ikke ble sagt eller gjort i samtalen,

vil kunne være avgjørende for datamaterialet (Neumann og Neumann, 2012, s.17). Vi fikk flere gode tilbakemeldinger på at intervjuet har vært greit å gjennomføre, på tross av at tematikken om deres spiseproblemer er et sårt tema i seg selv.

Vi har vært to forskere som har deltatt i prosjektet, dette har styrket reliabiliteten ytterligere (Thagaard, 2013 s. 203). Vi har samarbeidet godt underveis og diskutert beslutninger i forskningsprosessen sammen (Thagaard, 2013 s. 203). Vi har tidligere i oppgaven redegjort fremgangsmåten i prosjektet. Og som tidligere nevnt, har vi begge deltatt under intervjuene, og har brukt hver vårt lydopptak. Alt som ble sagt i samtalen ble bevart. Det kom godt med å ha to lydopptak, fordi vi opplevde at et av lydopptakene stoppet opp under et intervju (Thagaard, 2013 s.203). Transkriberingsarbeidet delte vi oss imellom, og gikk gjennom datamaterialet sammen. Referater fra intervjusamtalene er atskilt fra våre fortolkninger i oppgaven. Sitater fra informantene er markert med fiktive navn og satt i kursiv (Thagaard, 2013). Påliteligheten i forskningen er også ivaretatt ved å legge frem mest mulig dokumentasjon av data, metoder og avgjørelser som er foretatt i løpet av forskningen. I tillegg har vi også lagt all relevant dokumentasjon i vedleggsdelen (samtykkeerklæring, intervjuguide, NSD- godkjenning).

3.7.3 Validitet

Validitet handler om datamaterialets gyldighet sett i forhold til gitte problemstillinger. Dermed handler validiteten om i hvilken grad resultatene av et studie kan trekke gyldige konklusjoner om det som var formålet med undersøkelsen (Grønmo, 2004 s. 231-232). Validiteten er knyttet til tolkning av data, og på hvilken måte tolkningene kan regnes for å være gyldige (Thagaard, 2013 s. 204). I tillegg kan validiteten vurderes ut fra om resultatene av undersøkelsene representerer virkeligheten som har blitt studert (Thagaard, 2013). Validitet knyttes også til begrepet *overførbarhet*, som gjenspeiler seg i om den forståelsen som utvikles innenfor en studie, også kan være gyldig i andre sammenhenger (Thagaard, 2013 s. 205-206). Et utgangspunkt for å styrke forskningens validitet, er å gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig (Thagaard, 2013 s. 205). Thagaard (2013 s. 205) forklarer at "*gjennomsiktighet innebærer at forskeren tydeliggjør grunnlaget for de konklusjoner hun eller han kommer frem til*". Gjennom metodekapittelet har vi forsøkt å synliggjøre vår fremgangsmåte, både hvilke valg vi har tatt og hvorfor vi har valgt å gjøre som vi har gjort. Vi har prøvd å redegjøre for våre fortolkninger og gitt begrunnelser for konklusjoner (Thagaard, 2013 s. 205). For å styrke validiteten, kvalitetssikre og evaluere informasjonen som prosjektet baserte seg

på, har en av oss stort sett alltid vært den som har gått gjennom analysen og kommet med kritiske evalueringer av fremgangsmåten i prosjektet (Thagaard, 2013 s. 205). For å vise til hvordan vi kom frem til den forståelsen som prosjektet resulterte i, ønsker vi å peke på fremgangsmåter i prosjektet og relasjoner i felten (Thagaard, 2013 s. 206). Det ble gjort et kriterie utvalg av informanter som sikret at materialet var treffende med hensyn til studiens intensjoner og for problemstillingene våre (Grønmo, 2004). Vi intervjuet 9 kvinnelige informanter som kunne relatere seg til fenomenet ortoreksi eller andre typer spiseforstyrrelser. De kunne besvare våre spørsmål og samtidig fortelle egne erfaringer knyttet til spiseproblematikken. Og for å styrke validiteten ytterligere, intervjuet vi også helsepersonell (leger og helsesøstre) som har ulik erfaring i arbeid med barn og unge, men også egne erfaringer med spiseutfordringer. Vi som forskere har begge en bakgrunn innen helse, og kan derfor også vise til faglig kunnskap om spiseforstyrrelser. Men vi har allikevel ingen direkte tilknytning til det miljøet vi har studert, og dermed har vi også hatt en utenforstående posisjon (Thagaard, 2013 s. 206). Vi valgte å intervju helsepersonell på bakgrunn av det, fordi de kunne relatere seg til arbeid i feltet og direkte kontakt med personer med spiseforstyrrelser. Legenes og helsesøstrenes erfaringer har bidratt til å forstå den spiseforstyrredes situasjon i større grad (Thagaard, 2013 s. 207).

3.8 Avsluttende kommentar

I dette kapittelet har vi presentert kvalitativt forskningsintervju som valg av metode for vårt forskningsprosjekt. I tillegg har vi reflektert over ulike dilemmaer som vi har møtt på underveis i forskningen, og overveid dette med etiske begrunnelser, samt forskningskravene om intersubjektivitet, reliabilitet, validitet.

Videre følger analyse og presentasjon av våre funn. Vi har valgt å dele analysen opp i tre temaer; kultur, kontroll og anerkjennelse. Disse tre delene danner til sammen utgangspunkt for forståelsen av informantenes subjektive opplevelser omkring spiseproblematikken ortoreksi. Vi har sett deres beretninger opp mot forskning og teori, samt ulike forebyggende og helsefremmende tiltak som settes i sammenheng med det våre informanter har fortalt oss om.

Den første analysedelen vi går inn på, gir en fremstilling av på hvilken måte kulturen kan ha en påvirkende rolle i forståelsen av hva som kan ligge til grunn for at noen utvikler spiseproblematikken ortoreksi, eller andre spiseforstyrrelser.

4. “...Det med den tida vi lever i nå, at vi skal prestere på alle områder” (Line)

Emma (helsepersonell): *”For at alle liksom etterstreber det perfekte og at vi skal bli så bra og sånn. Men sånn, jeg tror faktisk jeg har skrevet det og, at det er jo helt absurd i seg sjøl. Fordi at definisjonen på perfekt, det at perfekt er en gullstandard. Det er faktisk ikke mulig at vi alle kan bli perfekte. For poenget er at da er ingen av oss perfekte lenger”.*

I forståelsen av hva Emma (helsepersonell) her snakker om, og videre ved våre andre informanter, ønsker vi å belyse hvordan samfunnet i dag er omgitt av kulturelle risikofaktorer som gjør at det for mange mennesker er lett å strekke seg litt lenger for å spise litt sunnere eller trene litt mer.

I dagens samfunn vil risikofaktorer for å utvikle spiseproblemer kunne være internaliseringen av samfunnets kroppsidealer, lav selvfølelse, dietter, misnøye med egen kropp, symptomer på depresjon og perfektjonisme (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, Karevold og Knudsen, 2009 s. 32). Dette er også gjeldende for fenomenet ortoreksi. Ulike faktorer kan ligge til grunn, ofte handler det om et ønske om kontroll, føle renhet i kroppen, helbrede sykdommer eller et sterkt ønske om å spise sunn og riktig mat (Bratman, 2017). Det å spise sunn mat kan også føles som akseptert i jakten på en egen identitet, eller som et påskudd om å følge de kulturelle og sosiale skjønnhetsidealene. Med denne “unnskyldningen” om å følge kostholdsrad vil det for en med ortoreksi være vanskelig å erkjenne at hun har ett problem (Bratman, 2017).

Giddens hevder i sin strukturasjonsteori at strukturen og aktørene vil være gjensidig avhengig av hverandre (Aakvaag, 2008, s. 131). I forståelsen av dette ser vi nærmere på hvilke føringer strukturen legger i betydning hva som anses som “sunn og bra kropp” og hvordan våre aktører responderer på disse “retningslinjene”.

I neste avsnitt tar vi et raskt tilbakeblikk i historien etter første verdenskrig for å forstå hvordan endringer på synet av kvinnekroppen har endret seg i takt med kulturen.

4.1 Et tilbakeblikk på kvinnekroppen gjennom historien

Tiden etter første verdenskrig beskrives som perioden da moten og idealer om kroppen kom for fullt. Mange kvinner som tidligere var hjemmeværende fikk erfaring fra

arbeidslivet og ble inspirert til å oppleve seg som selvstendige individer. Holdninger, atferd og mote gjenspeilet seg i denne selvstendigheten med kortere hår, og skjørt (Skårderud, 1994 s. 167). Kvinnen skulle på den tiden være gutteaktig, ungdommelige, slankere, ha smalere hofter og flatere bryst. Tyvetallet ble forløper for vår tids kontroll, tynnhet og fysisk form. Hele kroppen ble sett på som kvinnens skjønnhet (Skårderud, 1994 s. 167). Perioden fra tretti til femti tallet ble en tilbakevending til mer kroppslige ønsker om det feminine. Den formfulle kroppen til Marilyn Monroe ble sett på som idealet (Skårderud, 1994 s. 167). I den vestlige verden endret videre skjønnhetsidealet seg for kvinner i tiåret mellom 1950- og 60- tallet, hvor det var en fyldig kropp som var gjeldende (Soest, 2007). Fra sekstitallet kom en ny epoke av kvinners selvrealisering både i yrkeslivet og det sosiale livet. Kvinner utfordrer mannens domene, samtidig ble minimalisert kropp synliggjort som et ideal. I filmindustrien var kvinnen stadig tynnere og kvinnekroppen ble minimalisert. Det betydde en kvinnekropp som bevegde seg mot ufruktbarhet (Skårderud, 1994 s. 168). Hard trening kunne bidra til å fremme det ufruktbare, i tillegg til tap av menstruasjon ved sterke fysiske anstrengelser. 70-tallet ble en tid der skjønnhetens narsissisme ble byttet ut med sunnhetens narsissisme og work-out videoer og bøker ble symbol for dette (Skårderud 1994 s. 168). På 1980-tallet utviklet spiseproblemer seg som konsekvens av forandringer i skjønnhetsidealet (Mazur i Soest, 2007). Videre utover 2000- tallet var det tynnhetsidealet som fortsatte å være det rådende (Soest, 2007). I nyere tid skal kvinner være både tynne, sunne og veltrente. Fysisk sunt utseende bidrar ofte til suksess på den sosiale arenaen og det attraktive aksepteres i mange miljøer (Kvalem, I.L 2007 s. 11). Synet på dagens kvinnekropp ser vi nærmere på når vi videre beveger oss inn i neste delkapittel.

4.2 Den ideelle vestlige kvinnekroppen i dag

Den vestlige kvinnen er slank og sunn. Det store kommersielle markedet rundt kroppen spiller på misnøyen med kroppen, samtidig som de selv er med på å skape den. Ulike dietter, helsestudioer, kroppsbygging og helsekost bidrar til å fremme misnøye med kroppen. Avstanden mellom ideal og realitet øker (Kvalem, 2007).

Våre informanter Nora, Emma (helsepersonell) og Line forteller om hvordan tynnhetsidealet har endret seg til å bli mer sunn og fitness preget;

Nora sier: *“Det har jo endra seg litt, fra at du skulle være syltynn. Litt sånn, var det, det ble kalt sånn Kate Moss, sånn Heroin chic, litt sånn skrangle tynn. Til at nå er det inn å*

være sånn..., til sånn fitness kropp, og at du har rumpe og du har lår men at det skal være super stramt. Det tror jeg liksom har blitt litt sånn forventning nå, at du skal vise at du trener. At du, det skal kunne sees, det tror jeg er litt sånn at det går over til noe, men jeg tror at det også har blitt litt sånn fokus på at kropp er topp. Sånn ja du har en kropp og det er bra. Det tror liksom er to av samme variabler som går litt parallelt da”.

Emma (helsepersonell): *”...trenden i samfunnet er så veldig på det at vi skal spise sunt og det er viktig å trene og se bra ut liksom”.*

Line om ortoreksi: *“Jeg tror det er en sykdom eller som blir mer og mer utbredt. Fordi det er så stort fokus på det”. “Det med å spise sunt”, “trene ikke minst...”.*

Motstridende signaler om hvordan ungdom skal fremstå, er en del av den moderne kultur (Skårderud 1994). I dag ser vi at sunnhetsidealet har tatt over og blitt mer fremtredende. Studier viser til at amerikanske og europeiske hvite kvinner er mindre fornøyd med egen kropp, og mer utsatt for spiseproblemer enn for eksempel afroamerikanske kvinner, hvor det er mindre fokus på slankhetsidealet (Soest, 2007). I en kulturell forståelse vil hva som betraktes som en ideell kropp ha betydning for forekomsten av spiseproblemer (Soest, 2007).

I det neste avsnittet ønsker vi å ta for oss sitater der informantene uttrykker sine tanker om den ideelle kroppen. Det informantene forteller viser at det er flere like ønsker som uttrykkes i hva den ideelle kroppen er og hvordan den skal se ut. Deres tanker om den ideelle kroppen, er i tråd med dagens sunnhetsidealer og den kulturen de er en del av. Guro, Mette og Sol uttrykker det slik:

Guro: *”jeg har faktisk finni et bilde av den ideelle kvinnekroppen. Og... det er en veldig godt trent kvinnekropp, men i normal vekt da. Ho ser ikke noe tynn ut eller noe sånt noe, men hu er bare veldig godt trent. Fit kropp. Ikke noen cellulitter, ikke noe valker. Det er vel egentlig den perfekte kvinnekroppen for meg”.*

Mette: *“Men jeg.... eh... jeg vet ikke jeg selv er vel for min egen del kanskje over gjennomsnittet opptatt av hvordan jeg ser ut da. At jeg... at jeg vil liksom se... slank, sterk ut liksom.. ja at jeg tenker veldig mye på det da”.*

Sol: *“Fine former, litt runde, slik at man enda har hofter, pupper og lår. Men en flat mage”.*

Alle tre informantene peker på flere krav som må være tilstede for at kroppen skal bli perfekt. De viser her at det er flere kriterier som må til for å representere det ideelle. Det er særlig den godt trente kvinnekroppen som er et mål å oppnå, forteller informantene. For en annen av våre informanter; Nora, er det vanskelig å la være å strebe etter standardene til den ideelle kroppen. Nora forteller følgende om egen kroppsoppfatning:

“Jeg prøver, jeg prøver virkelig å liksom være fornøyd med den jeg er. Men jeg merker veldig godt at jeg har noen veldig dårlige dager. Men jeg veit at jeg ville følt meg bedre hvis jeg trente mer (ler)”.

Vi oppfatter det slik at Nora er ei jente med usikkerhet rundt eget selvbilde, hvor det for henne er viktig å trene enda litt mer for å føle seg bedre. For oss virker det slik at treningen har gått “ut av kontroll” i målet om å få den ideelle kvinnekroppen.

Som en kontrast til de informantene ovenfor, ser vi at Line har en annen oppfatning av sin egen kropp;

“Nei, jeg tenker at man er fin som man er. Og har en sunn kropp som fungerer på en måte”.

Vi tolker det slik at Line er ei jente med andre verdier på hva hun anser som viktige med kroppen. Sitatet viser også at hun er mer trygg på seg selv og har mer selvtillit.

Fra helsepersonellens ståsted, forklarer de hvordan den ideelle kroppen bør være; Emma (helsepersonell) og Oda (helsepersonell) forteller oss:

Emma (helsepersonell): *“Man må se sunn ut rett og slett. Og det er ikke det samme som tynn. Man ser sunn ut og man ser godt ut, og at man klarer å bruke kroppen sin og være aktiv, og at man klarer å forholde seg til kroppen sin på en allright måte. Og at og altså om du har en BMI 18-20 eller 25, det er revnende likegyldig. Det er det å ha et variert kosthold. Det er det å være normalt aktiv, altså gå trappa på jobb istedenfor å ta heisen, gå en tur på ettermiddagen, gå til byen en gang i blant. Altså dra på skitur, spill ball med ungene. Og gå kanskje på trenings om du liker treningsstudio eller friskiss og svettis eller hva fader du gjør en gang eller to i uka. Men ikke at det er krise hvis du ikke får gjort det. Altså den vekta du har ikke gir fare for liv og helse i forhold til utvikling av diabetes, og hjerte og karsykdom, og belastningsskader og den type ting. Det er liksom, det er det som er viktig, ikke hva det jævla tallet viser”.*

Oda (helsepersonell): *“Ja den ideelle kvinnekroppen må jo være en kropp som er frisk, sunn og rask, og har evnen til å få barn. Det er liksom, ja. Tenker, og da spiller det ingen rolle om hva målet for så vidt er. Men der ligger det noen begrensninger sant, veldig sykkelig overvektig så blir det problematisk å få barn. Det samme gjelder om de blir veldig, veldig tynne. Eh, og de blir syke i hver sin ende. Så det å holde seg litt sånn innenfor normalen på KMI da, sant. Eller, eller du kan ha litt høy KMI. Men det gjør ingenting om du lever sunt, og har KMI over 25. Det har vi diskutert om en har KMI på mellom 25 og 30 for oss voksne, så er det egentlig overvekt. Men er du godt trent, har god helse, ingen symptomer på sykdommer så er du frisk per definisjon. Det må jo være det som er det ideelle. Ja. Om du har a eller d-cup, eller, det spiller ingen rolle. Nei vet du, nei”.*

Både Emma (helsepersonell) og Oda (helsepersonell) fokuserer på sunnhet og at kroppen skal fungere optimalt når det gjelder spørsmål om den ideelle kroppen. Kroppen er et redskap som skal vare lenge, og bør ikke være et symbol som kun viser det ytre. Begge helsepersonell tenker mer fremtidsrettet når det gjelder kropp og ønsker å unngå sykdommer knyttet til livsstil.

Sitatet fra Sonja (helsepersonell) bærer preg av eget syn på kroppsbilde og hennes egen selvfølelse, og utsagnet gjenspeiler det når hun forteller om den ideelle kroppen, hun sier;

“Jeg føler jo at jeg har ikke noe selvtillitsproblemer sånn sett, men jeg føler meg heller ikke komfortabel i min kropp. Og skulle gjerne gått ned i vekt, og kjenner seg igjen i alle de tinga der. Men, ja... jeg tenker at man burde, ja i hvert fall det jeg prøver å si til meg selv, prøve å finne en trivselsvekt hvor man er, hvor man er fornøyd på ett eller annet vis. Altså er det liksom litt vissvass svar, for hva er det (ler) ja, men jeg tenker i hvert fall sånn, at man prøver å lære seg å bli litt glad i en man er. Og i hvert fall ikke la det hindre deg i det du har lyst til”.

I motsetning til Emma (helsepersonell) og Oda (helsepersonell), som fortalte om den ideelle kroppen utfra et generelt grunnlag og faglig perspektiv, uttrykker Sonja (helsepersonell) egne tanker om sitt kroppsbilde og hvordan hun føler seg.

Frida (helsepersonell) forteller oss med bekymring om den utviklingen hun ser skjer i samfunnet:

”Så jeg tenker at, på en måte det idealet unge får i dag.. åssen skal jeg si.. det blir sykt, ja det er sykkelig. De får en litt sånn forvrengt oppfatning av hva sunnhet er og hva en sunn kropp er tenker jeg og hva å spise sunt er. Og det er jo den samfunnsutviklinga som har skjedd da”.

Det råder ulike idealer for hvordan man bør ta vare på kroppen sin. Men hva er så en ”riktig” kropp? Det rådende kroppsideal i den vestlige kultur er den slanke og veltrente kroppen (Thorbjørnsrud, 2007, s. 252). Overvekt assosieres med negative trekk, mens det å være slank symboliserer suksess, skjønnhet, helse og disiplin (Thorbjørnsrud, 2007, s. 252). Å være overvektig kan for mange oppleves som sterkere enn frykten for å få en spiseforstyrrelse. Og opplysningsprogrammer i media og fokus på spiseforstyrrelser, ser mange ganger heller ikke ut til å fungere avskrekkende mot slanking (Thorbjørnsrud, 2007 s. 251). Parallelt med ideologien om å være slank og veltrent, viser en Ung i Norge undersøkelse utført i perioden 1992-2002 at andelen ungdommer som var overvektige og misfornøyde med kroppen sin, var høyere en ti år før (Krangle & Strandbu, 2004, s. 99). En slik undersøkelse viser til to ulike trender i vestlig samfunn, for på den ene siden er det økt fokus på tynne og veltrente kropper, mens man på den andre siden ser en vektøkning blant unge mennesker (Kvalem, 2007 s. 18-20). Den faktiske vektøkningen i befolkningen, synes å styrke slankhetsidealet. Fordi jo vanskeligere det er å oppnå en slank og sunn kropp, dess mer verdt blir det for dem som klarer det (Thorbjørnsrud, 2007 s. 252).

I forståelsen av den ideelle kvinnekroppen som vi har sett nærmere på i dette avsnittet, ser vi i neste avsnitt nærmere på betydningen av begrepet *kroppsbilde* og menneskets mentale bildet av egen kropp.

4.3 Kroppsbilde

Kroppen er i følge Solheim (1998, s. 59) bærer av kulturell meningsdannelse. Kroppen får en mening og tilskrives erfaringer når den settes i en sosial kontekst (Solheim, 1998, s. 59). De unges kroppsbilder er i endring og flere unge er misfornøyd med sitt utseende (Kvalem, 2007). Den slanke og veltrente kroppen har høy aktualitet i det moderne samfunn, dette får innvirkning på individets oppfattelse av seg selv (Kvalem, 2007). Kroppsbilde, kroppsskjema, kroppsfølelse, kroppserfaring er alle eksempler på begreper som forsøker å angi kvaliteter ved våre egne opplevelser av kroppen (Skårderud, 1994 s. 79). Vi ser nærmere på begrepet kroppsbilde.

Kroppsbilde kan beskrives som oppfatninger, tanker og følelser om kroppen, og kroppserfaringer (Cash og Pruzinsky i Kvalem, 2007 s. 5). Opplevelsen av egen kropp og eget utseende påvirker vår velvære og livskvalitet (Kvalem, I.L 2007 s. 5).

Kroppsbildet handler om opplevelsen av en kroppslig ytringsform av egen helhet, og av grensen mellom selvet og de andre (Skårderud, 1994 s.79). Samtidig kan vår forståelse av kroppen handle om både forvirring og tvetydighet (Kvalem, 2007). Kroppsbilde er en av de vanligste psykologiske faktorene som viser seg å ha sammenheng med spiseproblemer (Soest, 2007). Vår informant Mette sier følgende;

”Men jeg.... eh... jeg vet ikke jeg selv er vel for min egen del kanskje over gjennomsnittet opptatt av hvordan jeg ser ut da. At jeg... at jeg vil liksom se... slank ut liksom.. ja at jeg tenker veldig mye på det da. Selv om det ikke nødvendigvis er, jeg vet ikke om det er, om det liksom er... om det nødvendigvis, atte om det nødvendigvis er det optimale kvinnelige kroppsidealet å være høy, sterk og tynn og sånn. Sånn for meg så er det mer et ideelt kroppsideal for kvinner bør egentlig bare være det hver enkelt føler seg vel med. Føler jeg da. Hvis det var sånn. Men sånn er det jo ikke. Men at man på en måte kunne føle seg vel i sin egen kropp, og ha det greit med hvordan man ser ut enten om man er tynn eller slank eller hva man nå enn er, om man er stor eller sånn. Ja at man liksom, at det går veldig mye på selvfølelse da”.

Ofte er det en sammenheng mellom lav selvfølelse og de kroppsorienterte kulturene (Skårderud, 2013). Personer med spiseforstyrrelser har i likhet med mange andre uten spiseproblematikk, et ustabilt og usikkert kroppsbilde (Skårderud, 2013). I forsøket på å få frem det sunne, brukes det mye tid til å forberede innsiden og utsiden, men mye av fokuset blir fort rettet mot manglene og det en ikke har (Skårderud, 2013).

Vi har tidligere vist til at det har vært en endring i synet på den ideelle vestlige kvinnekroppen. Samtidig har vi sett på hvordan kroppsbilde og misnøye med egen kropp kan være risikofaktor for utvikling av ortoreksi og andre spiseforstyrrelser. Vi ønsker videre å vise til at kroppen og kroppsbilde må forstås i et en større kontekst, og kroppen kan forstås som et kulturelt symbol. Kroppens symbolikk har betydning for forståelsen av fenomenet ortoreksi.

4.4 Kroppens symbolikk og ortoreksi som en “trend” i kulturen

Sonja (helsepersonell): *“Men man har jo aldri hørt om det tidligere. Det var ikke en del, som jeg kan huske i hvert fall, av vårt studie, på medisinstudiet”. “...altså på en måte er det nytt fordi det er veldig mye mer fokus på det men sånn, tenker husmor på 50- tallet så var det også å spise sunt. Bare at sunt var noe helt annet på en måte. At det liksom er higen etter noe som er veldig bra. Men så endrer kanskje det bra oppskriften lite grann. Før skulle du være flink til å passe huset, flink til ditt, nå skal man liksom være flink til andre ting...”*.

Spiseforstyrrelser endrer seg med tiden og stedet. Kroppen blir sett på som et symbolsk redskap, hvor den kommuniserer om idealer, normer, grenser, kulturen i seg selv og dens konflikter (Skårderud, 2004). Ved å ta utgangspunkt i kroppen, forstår vi hvordan kroppen er bærer og formidler av kulturelle symbol i det moderne samfunn (Solheim, 1998; Skårderud, 2004). Kultur betyr symboler og mønstre for dannelse av identitet og mening (Skårderud 1994 s. 169). Solheim (1998, s. 59) forklarer kulturbegrepet som et fastsatt system av meningssammenhenger, et univers av mening som ordner og gir form til menneskelige erfaringer og virkelighet. Kroppen vår kommuniserer kultur, normer og grenser (Kvalem, 2007 s. 11). Det ideelle kroppsbildet symboliserer verdier som blir høyt verdsatt i den vestlige kulturen; som kontroll, viljestyrke og suksess (Kvalem 2007 s. 11). Kulturen kommuniserer en forventning og et stereotype til utseendet slik at man vet hva som er tiltrekkende og ikke innenfor en bestemt kultur og tidsepoke. I fattige kulturer kan fedme være et tegn på velstand, mens i dagens vestlige kultur blir fedme fortolket som en brist og som mangel på selvkontroll (Skårderud 2004).

Når et bestemt utseende blir verdsatt i et samfunn, vil dette påvirke normene om hvordan mennesker ”bør” se ut, hva som er vanlig og normalt. I dette ligger det at en kan bli møtt med ulike reaksjoner om man avviker fra normen (Kvalem 2007 s. 12). Det er også et sosialt symbol på de verdiene man ønsker å vise. Kroppen blir betraktet som noe man kan styre selv, forme selv og kontrollere (Kvalem, 2007 s. 11). Men idealer og stereotypier kan forme menneskers syn på utseende og kropp. De påvirker også til hvordan man behandler og oppfatter andre mennesker (Kvalem, 2007 s. 11). Den blir sett på som menneskets redskap for å kommunisere om identitet, både til seg selv og til andre (Skårderud, 2004). Identitet baserer seg på evnen til å skille seg fra andre. Raske

samfunnsmessige forandringer bidrar til uklare rammer for identiteten (Skårderud, 2004). Sammenligning med andre og tilpasning til normer og verdier blir viktig for å definere seg selv. Kropp og utseende blir viktig i de unges selvoppfatning og et viktig redskap for å vise hvem man er, men også for å påvirke hvordan man vil bli behandlet av andre (Kvalem 2007 s. 11). Men den kroppslige fikseringen er også symbolsk uttrykk for tanker, følelser og relasjoner. Å endre sin kropp gjennom matinntaket eller treningen markerer dette ambisjonen om å bli en annen. En kroppslig forandring representerer håpet om fremgang (Skårderud, 2004).

Anoreksi og ortoreksi har flere lignende fremstillinger (Bratman, 2017). I en dypere forståelse av at en spiseforstyrrelse kan betegnes som en kulturell kjønnsykdom, ser vi nærmere på Solheim (1998, s. 103) som i sin forskning har forsøkt å forstå den psykiske lidelsen anoreksi. I hennes artikkel ser hun på anoreksi i moderne kultur som symbolsk uttrykksform. Anoreksi blir betegnet som kvinnelighetens sykdom, og som en kjønnet symbol struktur (Solheim, 1998, s.104). Det har vært vanlig å fokusere på hvordan anoreksi uttrykker paradoksale og viktige sider av nåtidens kjønnskultur og kvinnelighet. Solheim (1998, s. 104) ønsker å presisere at anoreksi som en kulturell ”kjønnsykdom” er en mer riktig betegnelse. Anoreksi regnes derfor som et konkret kroppssymbolsk språk, med klare metaforer (Solheim, 1998, s. 104). Anorektikeren uttrykker et spesifikt budskap til seg selv og verden, ved å legge vekt på følgende gjennomgående kjernemetamoriske symptomer: Streben etter det komplette selv, perfeksjon. Mindre og mindre mat- aldri tynn nok. Hun befinner seg på flukt, hyperaktivitet. Maten forfølger henne ved endeløse matfantasier. Benektelse av tynnheten, forstørrelse av eget kroppsbilde. Arrestasjon av det kvinnelige ved stopp i menstruasjon og kroppsutvikling (Solheim, 1998, s. 105).

Det er et paradoks når en med anoreksi har uklare signaler og utydelig språk som vi ikke ser eller hører, samtidig som det nesten er et overtydelig språk, hvor vi ikke kan unngå å se henne (Solheim, 1998, s. 105).

Flere av symptomene som anorektikeren uttrykker til seg selv og verden, ser vi også ved det våre informanter forteller om deres tanker og erfaringer omkring spiseforstyrrelsen ortoreksi.

Emma (helsepersonell) forteller om hvordan hun ser på ortoreksi som et kulturelt fenomen, og at grensen mellom det normale og sykelige er vanskelig å se. Hun sier:

“Overtreninga som mange driver med, blir samme som når du sulter deg, eller overspiser og kaster opp. Så blir jo den overtreninga og overfokuset på sunn altså sunn kost. At du får fort ensidig kosthold. Du får for mye av ting du ikke skal ha for mye av og ender med for eksempel nyresvikt. Og det liksom, det også blir en skjult problematikk fordi at trenden i samfunnet er så veldig på det at vi skal spise sunt og det er viktig å trene og se bra ut”. ”Og folk sjøl veit for lite om hvor grensa går mellom normalt overfokus og når det blir sykelig. Når du har et problem da, et reelt problem. Og når det bare er at man er veldig opptatt av den trenden. Folk.. folk veit for lite om den grenseovergangen, og vi som helsepersonell også tror jeg er for dårlige til å spørre om det. Å få tak i liksom..., er det her bare liksom normalt overfokus og styrt av samfunnet, eller har det bikka over til noe som faktisk er et problem og som er sykelig”.

“Line” ei annen informant, forteller også om trenden i samfunnet;

“Også er det jo et ekstremt stort fokus på mat og ja...”.

Guro gir oss en mer detaljert beskrivelse av hva som førte til overopptatthet av mat og trening;

”...jeg tenker det er mange som begynner med det å skal være sunne, og blir opptatt av viktigheten av å være sunn. Også på ett eller annet punkt.. jeg husker ikke sjøl hvordan det var, men på ett eller annet punkt, så begynner du å telle kalorier. Også begynner du å se på innholdsfortegnelsen. Også begynner du å se på det ene og det andre, også blir det også et veldig stort fokus. Og da begynner du å nærme deg anoreksi, ikke sant. For da begynner du å sette grenser på hva, på hva du kan spise og ikke spise. For det i første, da spiste jeg jo mye mat. Men jeg bare spiste sunn mat da. Og riktig mat, for å si det sånn”.

I sitatet gir Guro oss en beskrivelse av hvordan veien inn i en spiseforstyrrelse utartet seg. Det hele begynte med at hun skulle spise sunn og riktig mat. Hun ville ha kontroll over maten. Etterhvert har det bare eskalert mer og mer. Videre sier hun;

”... jeg gikk ned litt i vekt. Og på en måte kom under den derre 60 grensa da, for jeg lå litt på 62, med masse muskler da. Og det fikk litt blod på tann, og da jeg begynte å deffe

meg, og da fikk kjempe resultater, og fikk bort på en måte alt det fettete, og ble bare muskler, så var det som på en måte gjorde redselen for at jeg skulle legge på meg igjen. For å på en måte holde dette ved like, så den minste lille ting, så måtte jeg gjøre det ekstra, og litt til, i tilfelle jeg dreit meg ut, og la på meg igjen”

Vi forstår det sånn at for Guro har spiseproblematikken oppstått som følge av lavt selvbilde og ønske om endring av utseende. Samtidig er det et paradoks at det Guro får til med å oppnå en sterkere, sunnere og slankere kropp, blir for samfunnet sett på som noe en beundrer fordi hun representere et kroppsideal som mange ønsker å oppnå (Lohne-Knudsen & Madsen, 2018).

I neste sitat forteller Nora om hvordan det ved spiseforstyrrelsen gjerne oppstår egne dietter man lager i hodet, og et ønske om å ha kontroll;

“For det er jo, det er jo som å ha, diett er jo negativt lada ord. Men når man har en spiseforstyrrelse så lager man jo egne altså dietter. Og absolutt det har tatt stor kontroll. Sånn, ute på restaurant så ville jeg ikke spise hovedretten fordi jeg veit at det er så så mange kalorier ofte, og mye mer enn det man sier, så da tar jeg ofte siderett også lar jeg det gå”.

For en person med ortoreksi handler det om å ha en streng selvdisciplin, hvor de kan oppfatte seg som skamfulle eller skyldige om de spiser noe som ikke passer deres valgte diett (Bratman og Knight, 2000). Sett i sammenheng med puritanerne som regjerte i England på 1600- tallet, som anså nytelse som et onde, vil en med ortoreksi følge bestemte kostholds regimer for å ikke føle seg syndige (Bratman og Knight, 2000). I senmoderniteten vil kombinasjonen av individets ansvar, alle ekspertråd og mindre av den tradisjonelle maten, kunne gjøre at samfunnet får mange mennesker som bekymret for om kostholdet er sunt nok (Lohne- Knudsen & Madsen, 2018).

Ved en spiseforstyrrelse opptrer det også motsetninger. En alvorlig spiseforstyrrelse trenger langvarig behandling, og mange vil slite med nedsatt livskvalitet og funksjonsnivå i flere år (Pettersen, 2007). Men samtidig ser man også at flertallet av de med spiseforstyrrelser fungerer bra i hverdagen på kort sikt eller i perioder og blir betraktet som flinke og perfektjonistiske. På grunn av dobbelthetene og de ulike funksjonene spiseforstyrrelsen kan ha, er det vanskelig å oppdage spiseforstyrrelser, og

perioden med å bli frisk er vanskelig for mange fordi de ikke innser at de er syke (Pettersen, 2007).

Et forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser vil være å arbeide med å bevisstgjøre hvordan tynnhetsidealer fortelles om og forsterkes gjennom reklame, kommersialisering, moter og kjønnsroller. Å forebygge handler i denne sammenheng om *metoder* for å kommunisere for å endre atferd og holdninger (Rosenvinge og Børresen, 2004).

Vår informant Guro forteller:

“Men jeg er i hvert fall veldig glad for at det kommer opp mer”. “At hvis man blir sett før, at man også kan stoppe det der da. At nå trener du mye, nå må du begynne å tenke at du må spise mer annerledes. At man klarer å ta det der før det... For det er når det begynner å innsnevre seg det begynner bli vanskelig”.

Guro fremmer viktigheten av å se alvoret i en spiseproblematikk som ortoreksi. Når besettelsen på å spise sunn mat eller trene mye begynner å gå for langt, er det viktig at noen ser personen, og kan hjelpe til med å få endret fokuset på kostholdet slik at det ikke innsnevrer mer av livet til personen.

I det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet vil det kunne være viktig å skape et miljø som konkret bekjemper kroppsfixering og slanking, samtidig som det fremmer selvtillit og holdninger. Det er lønnsomt å strebe etter å fjerne noe som oppfattes som skadelig eller uheldig, for heller å tilføre noe positivt (Rosenvinge & Børresen, 2004).

I det foregående underkapittelet har vi sett nærmere på kroppens symbolikk og hvordan ortoreksi for mange fremstår som en trend i kulturen. Allikevel vil det ved en spiseproblematikk som ortoreksi ligge andre underliggende faktorer som misnøye med egen kropp, i forståelsen av hvordan noen ønsker å strekke seg litt lenger for å spise litt sunnere eller trene litt mer. Dette må sees i tilknytning til selvbylde og selvfølelsen til personen. Det går vi nå inn på i neste underkapittel.

4.5 Selvbilde og selvfølelse

Samfunnsvitenskapen har i de siste årene ønsket å utvide det tradisjonelle synet på mennesket som rasjonelt vesen ved å belyse hvilken betydning kroppen og følelser har for hvordan mennesker opplever verden, samt hvorfor en samhandler og handler som en gjør. I denne forbindelse har det også blitt satt fokus på at kroppen har en sosial og en politisk side (Norvoll, 2013, s.27). Mennesker presenterer hverandre gjennom kroppen, og de kroppslige uttrykkene kan understreke sosiale verdier og sosial status. Kroppen blir et viktig symbol som viser til det å ha god helse. For personer med psykiske lidelser vil kroppsopplevelsen påvirke oppfattelsen av omverden og selvfølelsen til personen (Norvoll, 2013). Frida (helsepersonell) forteller:

”...handler det om dårlig selvbilde ikke sant, ... og kombinasjon på en måte med miljøet man vokser opp i og alle påkjenninger man... og det er jo noen utløsende faktorer”

For Guro har ikke oppvekstmiljøet hatt noe å si for hennes utvikling av spiseforstyrrelsen ortoreksi. Hun sier:

”jeg har hatt en fin barndom, og ikke noe som har skjedd sånn.. Men fra tidlig av, fra ungdomstida har jeg vært veldig opptatt av å ha en fin kropp”.

Slik Guro her beskriver ønsket om å ha en fin kropp, samsvarer det med den sosiale statusen det er i samfunnet om å ha en sunn og trent kropp (Thorbjørnsrud, 2007).

Forskning har vært opptatt av å se på faktorer som depresjoner, selvbilde, kroppsbygge og impulsivitet for å forklare psykologiske mekanismer i utvikling av spiseproblemer (Soest, 2007). Vurderingen av eget utseende og kropp henger ofte sammen med selvfølelsen hos den enkelte (Kvalem, 2007 s. 14). Unge mennesker er mer misfornøyde med kroppen og utseende sitt nå enn tidligere. Det kan ha kommet som et resultat av den økte vekta blant unge de siste årene, men også fordi avstanden til uopnåelige kroppsidealene stadig blir lengre (Kvalem, 2007). Den pågående fokuseringen på kroppen som et individuelt prosjekt skaper urealistiske idealer som er vanskelig å leve opp til. En mulig konsekvens av økt misnøye med kroppen, kan også bidra til lavere livskvalitet og selvbilde blant unge jenter (Kvalem, 2007).

Kroppen er sosial og psykologisk viktig. De unges kroppskultur beskrives som ”en stor speil hvor det er overflatene som formidler budskapet” (Skårderud, 1994 s. 153). Kroppen har endret seg til å bli en presentasjon av oss selv. Den formidler tegn og er

viktig hvordan den ser ut. Kroppen sier noe om hvem man er til andre og hvem man er til seg selv i form av et selvbilde (Skårderud 1994 s. 153). Det å ha et dårlig selvbilde har vist seg å kunne ha en rolle i utviklingen av spiseproblemer (Soest, 2007).

Nedenfor beskriver noen av våre informanter hvordan ulike faktorer i samfunnet bidrar til økt kroppsfokus og fører til endring av selvbildet hos den enkelte.

Nora: ”...For det presset man tenker at man ikke blir påvirka av det, men jo man blir så ubevisst påvirka av det. At man hele tida ser, disse undertøysreklamene, så liksom tenker er det kanskje sånn man skal se sånn ut. Også får du dårlig selvbilde av at du tror at du skal se sånn ut. Også synes jeg det er befriende når du ser ekte mennesker på tv, at man blir sånn woow, at man nesten blir litt sånn finnes det enda. Men, men det er jo det som finnes. Det er bare at vi blir så fokuserte på den en prosent som er så tynne da”.

Emma (helsepersonell) gir også en lignende beskrivelse av hvordan hun føler seg, og blir påvirket når hun for eksempel er i butikker og handler klær. Hun sier;

“Også har nå H&M særlig en jobb å gjøre, siden i divided i ungdomsavdelinga så må jeg inn i 38-40, mens inn i dameavdelinga så må jeg inn i 36”. ”For det er jo klart at når du går å prøver en bukse i 38, og ikke får den på deg og faktisk er normal”. ”For det gjør noe med deg, også om du er frisk da”.

Vider følger en kort presentasjon av den politiske kroppen;

Den politiske kroppen viser til at kroppen også gir utslag i politiske beslutninger, sosial kontroll og makt, som når en griper inn med tvangsmedisinering og fysisk tvang for at personer som er definert som psykisk syke skal bli mer føyelige (Norvoll, 2013, s. 27). Eksempler på sosial kontroll og makt vil vi gå nærmere inn på i kapittelet om anerkjennelse, da vi ser en sammenheng mellom den politiske kroppen og denne tematikken.

I dette underkapittelet har vi sett nærmere på selvbildet og selvfølelsen sin betydning i en kulturell forståelse. I analysedelen om *anerkjennelse*, kommer vi tilbake til hvilken betydning selvbilde og selvfølelsen har i tilknytning til denne tematikken. Videre ser vi på hvordan kulturen idealiserer de “flinke” og “perfekte”.

4.6 ”Generasjon perfekt” og ”flinkpike”

Ung i Norge undersøkelsen utarbeidet av Velferdsforskningsinstituttet NOVA viser til at det generelt er større fokus på helse i dag enn det har vært tidligere (Bakken, 2017, s. 70). Samtidig viser undersøkelsen til at det å være sunn har blitt “in” for en del ungdomsmiljøer (Bakken, 2017, s.70). Ungdomstiden er en utfordrende periode for mange fordi det skjer en endring både mentalt og kroppslig. De unge møter mange krav og forventninger, og skal finne ut hva de står for og hvem de er som person. Den økende individualiseringen og ungdommens press om å prestere på skolen, har gjort at mange er bekymret for utviklingen av den psykiske helsa til ungdommene som vokser opp i dag (Bakken, 2017, s.78).

En person med spiseforstyrrelser søker å bli helere og bedre (Skårderud, 2013). Perfeksjonismen kan være en vei å prøve å til dette, selv om det sjelden er perfekt nok (Skårderud, 2013). Personlighetstrekk hos personer som senere utvikler anoreksi, har i studier blitt beskrevet som underkastende, grundige og pliktoppfyllende (Skårderud, 2013). Dette ser vi i sammenheng med det vår informant Emma (helsepersonell) forteller oss:

”...det var kanskje sånn før, i starten når det var mest anoreksi, eller når spiseforstyrrelse begynte å komme for alvor. Så var det kanskje mest typisk da. At det var de her flinke, pliktoppfyllende perfeksjonistiske pikene som endte opp med en anoreksi. Men det er ikke sånn lenger, det er ikke det”.

Emma (helsepersonell) hevder det ikke lenger er typisk at det er de “flinke pikene” som får anoreksi. Samtidig forteller hun oss videre at det handler om noe mer, hvor spiseforstyrrelsen er et symptom på noe annet underliggende som traumer, angst, depresjon. Men i forhold til ortoreksi sier Emma (helsepersonell) at fenomenet kan handle om noe annet:

”Ja, og der tror jeg du kan snakke mer om kanskje at man kan bli påvirka direkte inn i det av samfunnet og mediene. Det er ikke noe, altså sånn logisk sett så tenker jeg nok at det er lettere å havne inn i en, en sykelig sirkel der. Uten at du har en anoreksi eller bulimi i bønn i utgangspunktet eller er sjuk liksom. Men å havne inn i en dårlig sirkel der, og faktisk få et problem da, som direkte konsekvens av samfunns fokuset eller mediefokuset”.

Vår informant Line snakker også om hvordan press og forventninger fra samfunnet bidrar til økt fokus på kropp og utseende;

“Flinkpike, ja mmm. Det å liksom har toppkarakterer og være god på trening, du skal være en god venn, god kjæreste, ja.... Det stilles krav til det da, over alt, på alle områder...”. “Nei, men de sier jo det med generasjon perfekt, eller ja. Jeg tror det er mye som henger sammen da. Det at man skal prestere på veldig mange områder. Så jeg tror det er veldig mange faktorer som spiller sammen egentlig, som på en måte kan være med å utspille det da”. “Også er det med den tida vi lever i nå, at vi skal prestere på alle områder også. Det kan være, tror det kan være utløsende effekt. Faktisk”.

Videre beskriver vår informant Mette også hvordan hun opplever presset om å prestere og se bra ut;

“Hmm, ja jeg tenker egentlig at det er veldig mye forventninger. Det er jo forventninger om at man skal trene, man skal være i god form, man skal se bra ut, man skal..., ja ha fine klær, man skal sminke seg, man skal ja altså det er, jeg føler det er veldig stort kroppspress da. Både sånn fra, det kommer både fra media, det kommer fra politikere, det kommer fra kjendiser, det kommer fra motemagasiner, reklame. Altså fra liksom jobb eller samfunnet for øvrig. Liksom det er over alt, egentlig. Hvor man enn går så ser man kanskje en reklame om en over retusjert dame fra Lindex ikke sant, liksom så det er liksom...ja det er mye av det tror jeg”.

Vi forstår det sånn at utstråling er en viktig del av kroppsforståelsen, som oppstår som et resultat av forventninger i samfunnet. Lignende opplevelser har også Mia og Nora;

Mia: *“Tror mange føler at «det kreves mye» av dem. Mye skyldes media, mye skyldes personlige blogger, der fokus ofte er på kropp og trening”.*

Nora: *“Altså, jeg tenkte på det der i går når vi så en film hjemme. Så var det bare de aliens som kom, som hadde sånn supermodell kropper. Så tenkte jeg, hvorfor det ikke tjukke aliens (ler.) men det er liksom overalt da, så er det liksom som “snikes”. Jeg blir bare litt sånn, jeg syns det var mye liksom når jeg var yngre liksom. Nå så har du, jeg er ganske glad for at jeg ikke vokste opp med instagram, og facebook og liksom snapchat. For det hadde ødelagt meg, da er det jo ikke sikkert jeg hadde levd i dag trur jeg. For det presset man tenker at man ikke blir påvirket av det, men jo man blir så ubevisst påvirket av det”.*

Nora og Mia mener media, bloggere, facebook og instagram med mye fokus på kropp og trening har mye av skylda for at unge mennesker føler press på at de også må etterligne det “ideelle” og blir påvirket negativt.

Fra ei helsepersonell sitt ståsted, forteller vår informant Oda om dagens utvikling og presset om å være “perfekt”;

”eg tenker det stilles forventninger om at du nesten skal se ut som en sånn Barbie figur”. ”Ja eller det er bare sånn, sånn i følge media da. Men så tror eg at det er veldig store forskjeller på, ja, eller kanskje da vi som jobber i helsevesenet vi har et annet forhold til kropp, enn kanskje det mangen andre har. Selv om det er mangen i helsevesenet som både har spiseforstyrrelser, ortoreksi. Kliniske ernæringsfysiologer sier at det er en del spiseforstyrrelser. Og det er jo interessant i seg sjøl egentlig”.

Videre sier Oda (helsepersonell) med bekymring: *”Du hører det ganske tidlig at de begynner å snakke om at de har store lår, eller stor mage. Helt nede i barnehagealder er det jo barn som kan si noen ting om det... Av de som eg jobber med sant. Så de legger jo, det er ikkje sikkert det handler om kroppsfokus, det handler om at de beskriver noe de ser. Og det er jo klart at da har jo det barnet kanskje en større mage enn mangen andre. Der igjen tror jeg det er veldig få som er veldig tynne som får høre det. Men det er sikkert noen av de også. Eg trur ikkje... det er sikkert like vanskelig for de som er veldig, veldig tynne”.*

Oda (helsepersonell) snakker videre om kroppsfokuset: *”Men det som er problemet i dag trur eg er at vi blir bombardert med det hele tiden. De får, hver gang de åpner mobilen så har de det. De har det overalt hele tiden. Og disse bloggene det hadde jo ikkje vi. Sant, det fantes ikkje den gangen. Altså da måtte en liksom se i ukebladene (ler). Så du måtte mer aktivt oppsøke det, mens nå får du det bare. Nei eg syns stakkars ungdommer altså. Virkelig. Eg tror det er, det er ikkje veldig enkelt for de der. Og en ting er jo når alle de andre rundt, men da også foreldrene har sånn voldsomt fokus på det hjemme sant. Og det viser jo, vitner liksom facebook litt om da. Kor mange voksne er det ikkje som må legge ut hver gang de har vært på trening? Eg blir helt oppgitt. Det er en privatsak. Altså, bare gå på trening du. Altså skal du, det er bare så mye fokus på det. Også glemmer de det at de sitter på ræva resten av dagen også kjører de til treningen. Eg tenker at det er mange som sikkert er mer aktive en akkurat de som er på treningscenteret (ler)”.*

Informantenes fortellinger viser at det er flere like tendenser som uttrykkes i hva som er påvirkende faktorer i dagens moderne samfunn. Flere av informanter er enige i at media, facebook, instagram har mye av skylden for at barn og unge får et anstrengt forhold til mat og kropp. Informantene sier blant annet at informasjon og tips om slanking, bilder av idealer, bilder av mat nå er overalt. Den lette tilgangen til mobil og pc gjør at vi slik Oda (helsepersonell) påpeker; *“bombarderes med det hele tiden, det er overalt”*. Det fokuseres mye på det ytre på sosiale medier og forventninger og press om å tilpasse seg idealene er skyhøye. Idealene har fått stor påvirkningskraft (Skårderud, 1994 s. 167). Det ser ut til at samfunnet beveger seg mer og mer fra det indrestyrte til det ytrestyrte (Skårderud, 1994 s. 169). Behovet for ytre påfyll, bekreftelser og opplevelser øker og unge mennesker har ofte høye forventninger til seg selv til eksempelvis prestere. Som en konsekvens av det moderne og friheten til å velge egne veier, ser man ofte også tendenser til sårbarhet og usikkerhet blant unge (Skårderud 1994 s. 169).

Giddens forklarer vår tid som en videreføring av og ikke et brudd med moderniteten (Giddens i Øia & Fauske, 2010 s. 281). I alle former for sosial praksis er det forventninger og krav om forandring på bakgrunn av kunnskap og informasjon, derfor er vi mennesker blitt til formålsrasjonelle aktører (Giddens i Øia & Fauske, 2010 s. 281). De sosiale og teknologiske endringer som har skjedd i samfunnet, oppleves som noe en ikke alltid har kontroll over og samsvarer da heller ikke med individets forventning om en bedre framtid. Teknologien skaper ikke bare muligheter, men også nye risikoer og avmakt (Giddens i Øia & Fauske, 2010 s. 283). Moderniteten oppfattes av Giddens (i Øia & Fauske, 2010 s. 283) som et brudd med tradisjoner og foreldregenerasjonen. Nye former for risiko, individualisering og refleksivitet følger med som en konsekvens i bruddet. I dagens samfunn må mange mennesker leve med en usikkerhet og vilkår som unndrar seg deres kontroll, uten at de har noen tradisjoner eller andre signifikante andre å forholde seg til (Giddens i Øia & Fauske, 2010 s. 283).

Barn og unges oppvekst har også har endret seg vesentlig, selv med relativt korte tidsperioder (Øia & Fauske, 2010 s. 13). Barn og unge vokser opp på helt nye måter i dagens samfunn. Bare i det siste tiåret tar unge mennesker i bruk ny informasjonsteknologi som mobiltelefon og internett i langt større grad enn før. Tradisjoner og erfaringer fra foreldre og andre omsorgspersoner får derfor mindre verdi, fordi nye levemåter, teknologi og forestillinger gjør at man kan snakke om et historisk

brudd (Øia & Fauske, 2010 s. 13). Det er allikevel mange som mener at på tross av sosiale, kulturelle og teknologiske endringer, er det fortsatt trekk ved oppveksten som er stabilt og bidrar til å binde generasjoner sammen og holde kontinuitet (Øia & Fauske 2010 s. 13).

Videre vil vi se nærmere på media som en mulig kulturell faktor for utvikling og opprettholdelse av en spiseutfordring som ortoreksi. Vi har valgt å først se på ”sosiale mediers rolle”, før vi ser på underkapitlene innenfor dette som vi har kalt ”rådgiveren og inspiratoren i media” og ”å ”følge” andre personer i sosiale medier”.

4.7 Sosiale mediers rolle

Massemedia som internett, reklame, tv og blader er en sentral aktør i formidlingen av kroppsidealer (Kvalem, 2007 s. 14). Fokuset på kropp og utseende står sentralt og utseende og ”det perfekte” dyrkes. Mange unge er på sosiale medier i dag. Sosiale medier bidrar til at ungdom kan hente inspirasjon og ideer til sin egen identitetsutvikling. Unges selvbilde blir påvirket fordi man sjelden klarer å etterligne det urealistiske kroppsidealet som media presenterer (Kvalem, 2007 s.14-16). Media formidler et urealistisk bilde av kroppen og utseende. De alminneliggjør uoppnåelige idealer (Kvalem, 2007 s. 14). Media påvirker ofte til at unge mennesker reflekterer over sosiale normer og verdier. I tillegg kommer de med handlingsalternativer hvis man er misfornøyd med sitt utseende, for eksempel råd om slanking (Kvalem 2007 s. 14).

I de neste avsnittene ønsker vi å ta for oss hvilken betydning sosiale medier har som en påvirkende faktor for utviklingen av ortoreksi.

Sosiale medier får stadig en større rolle i våre liv (Rysstad, 2016). Menneskene i sosiale medier blir fremstilt som pene, med perfekte liv; hvor de viser at de er aktive på treningssenteret og de legger ut bilder av sunne og delikate måltider (Rysstad, 2016).

Nedenfor kan vi se noen utsagn beskrevet av helsepersonell som har erfaring fra arbeid med barn og unge, om hvordan sosiale medier er påvirkende faktor for unge mennesker i dagens samfunn.

Oda (helsepersonell) forteller oss:

”Men egentlig så syns eg, syns det er trist hvordan det har utviklet seg altså. Det virker som om maten har blitt en sånn derre kamparena eller, ett annet. Litt sånn... ”.
”...status sant”.

Videre sier Oda (helsepersonell):

”Men eg syns bare det blir verre og verre for hvert år som går da”.

Sonja (helsepersonell) forteller oss dette;

“Jeg har veldig inntrykk av at det er sterkt tilstede hos de aller fleste i den kategorien. Ser på bilder og blogger, og alt av andre og... jeg vet ikke, altså noen jeg hatt som har vært veldig sånn kjendis fokusert, men jeg syns egentlig at det er flere som følger andre med samme type sykdom, og har fokus på det. Selv om de kanskje ikke på en måte har en kjendisstatus, men det blir kanskje en kjendisstatus innenfor det miljøet på et vis. Men det er mer kanskje inntrykket, at man går på jakt nesten etter noe som passer i sin sykdom”. “Jeg syns det er litt vanskelig, fordi at noen som jeg har vært involvert i behandlingsløpet til, virker liksom sånn idealiserende til hvor flinke de er til å være syke. Så da får man jo mer mistanke til at man er ute etter å få tips og råd, og skal måle seg opp etter å bli like gode holdt jeg på å si, eller dårlige alt etter som man ser det. Men andre sier at de finner motivasjon i at liksom tips og råd og mener det, at liksom greit for å vite hvordan man skal komme igjennom det og hvordan behandling andre fått og om hvordan det funker sånn. Men jeg har ikke helt sett det friske i de tipsa og råda der da, og vi har kanskje vært litt uenig i det punktet”.

Emma (helsepersonell) sier følgende;

”Jeg tror at alle har kanskje veldig forskjellig motiv. Også har mange et godt motiv i utgangspunktet, eller de tror de har det. Også er faren med både blogger og det her med facebook, at man får bare en side av saken”.

Med tanke på at det har blitt en trend å poste bilder av sunn mat og fitness på facebook, blogger og instagram, kan det tenkes at sosiale medier har stor innvirkning på utviklingen av ortoreksi. Sosiale medier blir mer og mer infiltrert i våre liv og strukturerer våre livsmønstre (Frønes , 2011 s. 121- 122). For unge mennesker i dagens samfunn er for eksempel Facebook tett koplet opp med mobilbruk og det daglige sosiale livet, og mange er nærmest “avhengige” av å ha kontinuerlig kontakt med andre via

Facebook. Unge menneskers selvpresentasjon på Facebook er viktig, fordi det illustrerer hvordan ulike aldersgrupper presenterer seg på ulike måter. Mens eldre tenåringer viser en mer autentisk fremstilling, vil den yngre generasjonen tegne kule bilder av seg selv (Frønes, 2011 s. 121). Ved hjelp av sosiale medier har man mulighet ved kun ett tastetrykk å nå ut til mange mennesker med det man ønsker (Rysstad, 2016). Andre mennesker kan ved kommentarer og ”liker”- knapper vurdere personen, og gi negative eller positive tilbakemeldinger (Rysstad, 2016).

Noen av våre legger ut private bilder på sosiale medier og sier følgende;

Sandra: “Jeg la ut bilder av kroppen på den hemmelige gruppen. Ikke akkurat treningsbilder men postet at jeg skulle trene. Men la ut bare noen få ikke hver gang. Men stoppet med det på grunn av de som kjenner meg vet at jeg trener MYE mer enn det de får se”

Line: “du kan se (ler) (viser instagram profilen sin) Jeg deler alt og ingenting egentlig. Litt av alt. Treningsøkter. Også deler jeg også innlegg fra, jeg var syk da, kontra nå. Så dere kan jo se litt forskjell”.

Både Sandra og Line legger ut bilder av seg selv på sosiale medier. Vi får et inntrykk av begge jentene ønsker å vise at de aktive og “flinke”. Sandra forteller at hun likevel sjeldent legger ut bilder av at hun trener, og folk hun kjenner vet at hun trener mye mer enn de innleggene. Line derimot legger ut bilder av alt sier hun, både bilder fra treningsøkter og bilder av da hun var syk kontra nå. En annen informant; Guro, legger også ut bilder av maten hun lager på sosiale medier. Hun sier;

”også var det selvfølgelig innimellom at jeg la ut middager, eller mat da, for jeg begynte jo veldig med å eksperimentere med lavkarbo mat som ikke hadde så mye kalorier i seg. Men det er jo vanskelig, for å si det sånn, for lavkarbo har jo mye kalorier men ikke karbohydrater. Så det ble mye triksing og miksing, og prøving og feiling for å få det godt nok. Lite med karbohydrater, lite fett og kalorier. Så det ble mye rart. Så da la jeg ut om jeg fikk til det. Og noen ganger om jeg ikke fikk til det også. For jeg lagde jo så veldig, veldig mye rart så det ble mye lagt ut da”.

Ut i fra sitatet til Guro tolker vi det som at hun egentlig ikke er sikker på informasjonen hun legger ut stemmer med hva som opprinnelig er riktig. Samtidig videreformidler hun bilder på sosiale medier av mat som mangler næringsstoffer. Faren ved dette er at

mange unge kan bruke hennes bilder og innlegg som inspirasjon og motivasjon, som igjen kan føre til dårligere kostvaner.

Man viser for verden hva man ønsker at andre skal se, samtidig som en skjuler det man tenker at andre ikke vil like eller det de vil se ned på (Rysstad, 2016). I forhold til Goffman sin fremstilling om ”frontstage” og ”backstage” vil sosiale medier være en scene hvor mennesker går inn i ulike roller som de fremstiller for sine følgere (Rysstad, 2016). Det en ønsker å oppnå med opptreden kan være ulike ting; noen ønsker å ytre sine egne meninger eller påvirke andre, noen jakter på ”likes”, andre vil bare at de nærmeste vennene skal få med seg ”siste nytt”. Personen vil uansett ta på seg en maske og fremstille seg selv på en bestemt måte, om det er som en treningsentusiast, sunnhets fanatiker, offer for samfunnets urettferdighet eller lignende (Rysstad, 2016).

4.7.1 Rådgiveren og inspiratoren i sosiale medier

Den digitale verden åpner opp for nye relasjoner, hvor internett gir muligheter for å kommunisere med andre med samme interesse (Frønes, 2011 s. 121). Den globaliserte verden setter vanlige mennesker i sentrale posisjoner i mye større grad. Der hvor mennesker før ikke ville ha kommet ut i det offentlige rom, kan nå tale fritt fordi det ikke er noen som klarer å kontrollere informasjonen og adgangen i den grad de de store mediene tidligere kunne (Frønes 2011 s.121). Det betyr nå at interessegrupper og vanlige mennesker som bloggere får i større grad mye mer oppmerksomhet og støtte både lokalt og internasjonalt. Unge mennesker forteller om sine liv og blir sentrale formidlere til mange i egen aldersgruppe, et fenomen som åpner opp for nye former produktplassering (Frønes 2011 s.121). Våre informanter har også beskrevet hvordan de gjennom sosiale medier gir råd og er motivatorer for andre jevnaldrende.

Nora: *“Nå legger jeg ut mye matbilder, men det er egentlig bare fordi jeg vil at veganske mat skal bli sånn inspirasjons (ler), så det gjør jeg mer for at holdt på å si at mat skal bli litt at du ikke skal tro at du bare spiser salat. Men at jeg faktisk har ordentlig mat også, men det har ikke så mye liksom spiseforstyrrelsen og liksom sånne ting. Men det har mer med liksom at jeg prøver å fremme noe annet, en type sunn livsstil da hvis man kan si det sånn”.*

Vi tenker at Nora er stolt over sine valg, og ønsker derfor å hjelpe andre med å gi tips til sunn kost. Nora understreker at innleggene er ikke en som en “spiseforstyrrelses tanke”

eller hensikt. Ei annen informant som også deler ut tips og råd på sosiale medier er Line. Hun sier følgende;

“Jeg har jo... jeg vet det er veldig mange jenter som henvender seg til meg gjennom Instagram kontoen min og på mail. Og jeg ser jo hvor gærent det kan gå da. Hvordan, de forteller jo om sine historier og ber om råd og sånne ting”. ”Og min erfaring med... ja. Jeg bruker, jeg prøver å hjelpe andre. Jeg synes det er fint å hjelpe andre og... ja komme med råd da. Selvfølgelig så er det veldig individuelt hva som passer for den enkelte. Men, jeg er åpen om det og... så godt det lar seg gjøre så prøver jeg å hjelpe i hvert fall”. Videre sier hun: “jeg tenker det handler mye om det med inspirasjon. Asså vi legger jo ut mye for eksempel treningsøkter osv. for å på en måte inspirere andre. Og det er mange som er opptatt av å høre hva man trener da. Også legger jeg ut oppskrifter. Det er jo det med inspirasjon igjen, matoppskrifter. Jeg tror mye handler om inspirasjon og delingskultur”. “Så mye av de innleggene også får stort engasjement egentlig. Det er veldig mange jenter som finner motivasjon i å se at det går an å komme seg ut av det”.

Når Line sier at det er “individuelt hva som passer den enkelte”, tolker vi det som at hun ser på seg selv som “ekspert på området” og derfor kommer hun med tilpassede tips. Vi tenker også at Line er stolt av sine prestasjoner, og ønsker å videreformidle det hun kan ved å gi andre unge inspirasjon til å trene eller spise det samme som henne.

I kontrast til inspiratoren og rådgiveren finner vi vår informant Anne som forteller oss:

”Jeg legger ut bilder om jeg trener, men har ikke fokus på egen kropp da jeg er opptatt av mitt kroppsbilde og det er bare for meg. Opplever at venner og folk kan spørre dager hvor de har sett at jeg trener og ikke legger ut bilde at de etterlyser det. Det synes jeg er ekkelt. Og det gjør så jeg føler jeg har et press på meg hele tiden, som jeg IKKE liker”.

Dette ser vi som et interessant funn for hvorfor i det hele tatt legge ut bilder for at andre skal se?, Når hun sier det egentlig er kun for eget bruk og at hun ikke har fokus på egen kropp. Lavt selvbilde er et vanlig kjennetegn hos en person som strever med ortoreksi, eller de andre spiseforstyrrelsene som anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse (Bratman, 2017; Skårderud, 2013). Det kan i forståelsen av Goffman fremstilling av “frontstage”, vise til at Anne ønsker å vise til “venner og folk” at hun på fasaden er opptatt av at andre ser at hun trener. Selv om Anne ser på det som et press at andre

etterlyser det om hun ikke har lagt ut bilder, kan vi anta at det ligger et behov om å bli anerkjent bak. I sammenheng med Honneths anerkjennelsesteori og det solidariske området som vi kommer nærmere inn på i analysedelen om *anerkjennelse*, ser vi at det er viktig å bli anerkjent i et solidarisk fellesskap, som et nettsamfunn kan karakteriseres å være.

I dagens samfunn er det vanlig å legge ut bilder på sosiale medier som Facebook og Instagram. Sonja (helsepersonell) sier;

“Og det er ambivalent side med det og, for det er mange som liksom får da kommentarer på hvor godt de ser ut, men så vil de egentlig ikke høre det, så blir det gærent igjen. Så skjønner liksom ikke helt”.

Sonja (helsepersonell) viser her til den ambivalensen Anne forteller om. På den ene siden kan det forstås som at Anne søker bekreftelse fra andre på bildene hun legger ut, selv om hun kanskje ikke har helt selvtilliten til å “ta til seg” complimentene.

4.7.2 Å ”følge” andre personer i sosiale medier

På Facebook og Instagram publiseres bilder av mennesker med ”perfekte” veltrente kropper. På sosiale medier florerer det av ”før og etter bilder” eller såkalte ”formbilder” av mennesker som har slanket seg, bilder av lettkledd og veltrente kropper, kalorifattig mat, plettfri sminke og et ”perfekt” ytre (Innselset, 2015). For noen kan dette kroppshysteriet utvikle seg til en sykkelig tilstand, hvor de unges selvbilde blir utfordret fordi det sjeldent klarer å oppnå det urealistiske kroppsidealet som media presenterer (Innselset, 2015). Tenårene bli sett på som en spesielt sårbar periode (Innselset, 2015). Mediene våre åpner opp for nye måter å forme verden på. Sosiale medier påvirker dannelsen av nye sosiale mønstre (Frønes, 2011 s. 126) .

Behovet for å sammenligne seg selv med andre er avhengig av hvor viktig en bestemt egenskap er for den enkelte, eller hvor usikker en person er på seg selv (Kvalem, I.L 2007 s. 14). Hvis man er omgitt med andre som ligner en selv, vil man ikke føle seg annerledes og det vil oppleves som mer positivt. Hvis man sammenligner seg selv mer ”oppover mot idealer” for eksempel stereotyper, modeller eller kjendiser, vil det ofte føre til mer misnøye med utseendet enn hvis man for eksempel skulle sammenligne seg ”nedover” med dem som en anser mindre attraktive enn en selv (Kvalem, 2007 s.17) .

Flere av de informantene vi har intervjuet, er opptatt av sosiale medier, og spesielt dette med å “følge andre sine profiler” både på instagram og facebook. Vår informant Emma beskriver hvordan hun opplever påvirkningen av andre i enkelte inspirasjons grupper på facebook:

“... ja men det er godt å lese om andre, men det er mye negativt i det og. Og facebook.. jævla stort farenoment. Jeg er medlem i en, der er det maks 50 medlemmer og det er en dyktig administrator og den funker som inspirasjon og støtte. To av de andre jeg har vært i det er sånn jeg kjørte rett og slett sånn test tilslutt, og la sånne inn positive innlegg på sånn mestring og sånn. Så fikk jeg kanskje 3-4 likes, og kanskje en kommentar. Det var stort sett de samme da, og som jeg også hadde snakka med ikke sant. Også var det sånn nei nå er jeg så dårlig at jeg tror jeg blir lagt inn og sånn. Liksom hjert.. liksom 20 hjerter i kommentarfeltet og 30 likes og sånn. Det er symptomatisk. Så prøver de å ha regler da, det er ikke lov å dele bilder, det skal være trygg warning og herregud, også har de ikke aldersgrense. Så du sitter i samme gruppa med en 13 åring og en 60 åring. Også vi som da har prøvd å si ifra om det her. Og det er så mye kjekling og barneskole krangling. Og da nei... ”. Emma forteller videre;

”...vi som er syke vi kan ikke skånes for alt fra samfunnet. Det blir feil..., så er det er før og etter bilder, det det selger..det selger jævlig bra. Og folk er med på det fordi de blir stolte ikke sant. Kanskje fordi de er blitt friske også så liksom se hvordan jeg så ut, nei... For de som fortsatt sitter i saksa, så blir det for de fleste veldig destruktivt. Noen kan liksom oppleve det som at oi dæven, så mye bedre du ser ut jeg vil også dit å få det som inspirasjon. Men kommer helt an på hvor i prosessen du er. Og det er mange andre måter å inspirere de som allerede er godt i gang men ønsker å bli bedre, enn å kjøre den der. Og dessuten så sier jo ikke i denne sammenheng bilde mer enn tusen ord”.

Emma peker på flere farenomenter ved å legge ut inspirasjons bilder og innlegg på sosiale medier. Hun sier at for personer med spiseforstyrrelser, kan for eksempel før-etter bilder være triggende, fordi de oppleves som dissosiering. Bildene kan også virke mot sin hensikt når unge gutter og jenter inspireres og motiveres til endre sitt eget utseende og kropp på grunn av “rådende idealer”.

Line forteller at hun følger andre personer i sosiale medier:

Line: *”Ja, jeg følger noen. Jeg har mange venninner også som driver med det. Men vi har på en måte finni hverandre fordi at vi har like verdier da, i henhold til det med å holde seg i form og...kosthold. Så jeg følger, det er ikke noe sånn fitness og sånne ting. Men det er liksom det med treningsglede og det å ha det gøy på trening da, som er fokuset på de jeg følger”.*

Vi får et inntrykk av at Line opplever det å se andre sine profiler på instagram og facebook som bra og motiverende. I tillegg føler hun at hun har funnet “like verdier” med andre når det gjelder det å holde seg i form og spise riktig kosthold.

Ei annen informant Nora, forteller at hun tidligere har fulgt ulike typer blogger og personer på sosiale medier. Men på grunn av negativ påvirkning, følger hun nå kun “de med mer realistisk bilde av seg selv”:

Nora: *”Jeg gjorde det før, helt til jeg hadde en sånn renselsesprosess ved bare tenkte at jeg vil ikke ha sånn type negativitet, som påvirker meg da. Fordi jeg merka så godt at hver gang det kom opp et bilde av en eller annen treningsblogger, eller sånn på instagram hvor jeg er mest. Så følte jeg meg såå feit. Det var sånn, nei, åå uff, nå må du gå å løpe og det var alltid noe sånt da. Så etter at jeg kutta ut de, så ble det så mye bedre. Da tenkte du ikke over det, da var det sånn ja jeg er meg, og det er topp. Det er liksom litt sånn da. Så nå følger jeg heller positive kropp forbilder da. Som heller sånn ja, “you go girl”, med masse cellulitter, og som normale kropper. Alt sånn det får meg til å bli sånn. Altså det er så mye mer positivitet i det. Synes det er såå, altså det er jo flott å se at folk trener og sånn også, men for meg som har ett sånt bilde, så blir det så innmari negativt, som er så lett påvirkelig og sånt. Så absolutt, har heller slutta å følge de verste (ler)”.*

Flere av jentene vi har intervjuet, forteller om blogger og “inspirasjoner” av mennesker som trener, spiser sunn mat eller viser kropp på sosiale medier som urealistiske med mye filter og redigering. Vi har et inntrykk av at informantene våre er bevisste på dette, men samtidig forteller informantene at de ønsker å være “like flinke” til å trene og fortsetter å følge dem på sosiale medier;

Sol: *“Jeg må si at selv grupper for å bli bedre av spiseforstyrrelser, er usunne grupper. Det er usunt å lese om andre som lever på ingenting, usunt å lese dems tanker og innleggelse. Jeg har opplevd at mange lyver seg tynnere, lyver hvor mye de trener og*

hvor lite de spiser, innleggelser osv. For å få høyere status i miljøet og bli beundret. Derfor får man et feil inntrykk av folk. Og man kjemper for å bli like (flinke) som andre. Også folk som lyver om selvskading. Legger ut bilder fra sykehus innleggelser og så får man snapper fra samme folkene at de gjør vanlige ting hjemme. Dette er veldig avslørende. Derfor får man enda verre inntrykk av folk, og man kjemper seg til å bli like syke. Man får jo posisjoner i dette miljøet, noen er flinke og noen er dårligere. I dette miljøet får man høy status om man kan slanke seg mye og fort og kan man skade seg på grusomme måter. Er man overspiser har man lav status i miljøet og man får heller ikke hjelp av hjelpeapparatet for man blir ikke sett på som syk, bare lat”.

Sol forteller at de fleste grupper om spiseforstyrrelser er “usunne”, fordi mange medlemmer i gruppa ikke forteller sitt sanne jeg. Det er flere informanter som forteller lignende historier om disse gruppene på sosiale mediene, likevel sier alle informantene våre at de følger profiler og grupper. Vi får et inntrykk av at innenfor grupper for spiseforstyrrelser foregår det en kamp om “anerkjennelse”. De ønsker bekræftelser på at på maten de spiser er riktig, treningsmengden er bra nok, og ønsker å få anerkjennelse for resultatene de oppnår. Vi tenker at “statusen” i de miljøene handler om kontroll, mestring og å vise for andre at det er noe de får til. Nedenfor sier Mette at bilder på profiler og grupper blir retusjert og filtrert bare for å vise omverdenen “den beste versjonen av seg selv”. Hun forklarer;

”Men samtidig så er jeg sånn, altså jeg kan scroole nedover facebook, instagram og sånn selv om jeg nødvendigvis ikke, jeg har ikke bevisst gått inn for å følge noen som har spesielt fokus på det. Men jeg ser jo at det er mange som har fokus på det, og som på en måte er veldig opptatt av å se bra ut og at resten av verden skal tenke at de gjør det. Så da er det jo veldig mye filter og redigere hvordan man ser ut og ja, legge ut liksom det beste av seg selv da, og kanskje litt mer enn det også. Så jeg tror det er veldig sånn ja”.

Mette forteller at mange personer med spiseforstyrrelser som deler bilder og innlegg ønsker å vise andre at de er det beste av seg selv. Når de ikke klarer å oppnå sine mål, filtrerer og redigerer de bildene slik at de likevel fremstår som perfekte. Vi tenker at de som legger ut bilder og innlegg, prøver å vise andre innenfor “miljøet deres”, at de har oppnådd sine mål, at de har klart å bli sterke og trener eller spiser riktig mat for å bli akseptert og beundret.

Britt er kritisk til det som blir delt i sosiale medier og sier at hun skulle ønske at det ble slutt på feil informasjon på nett;

“Ja, ikkje sant. Eg trur at, eller eg skulle ønske at det ble slutt på sånn eller sånn fab-diets. Altså sånne, alle disse, så skal du spise bare... ka e det, kålsuppe i 14 dager, eller sitronvann diet type?!, ja, altså sånn. For det at selvfølgelig, unge..., og yngre og yngre for det at dem har jo tilgang på internett fra dom er i veldig ung alder. Sånn at liksom, få bort sånne feil informasjon, sånne idiot informasjon”.

Emma (helsepersonell) deler også lignende tanker. Hun forteller;

“...men opp mot media så er det det der å, ja de må også snu fokuset altså. Mere informasjonsartikler, enn skremselspropaganda. Og selv om ja, jeg skjønner sensasjonsoverskrifter og at det selger. Men hvis du virkelig, altså da må man legge press på mediene da. Er det samfunnsansvaret dere er ute å ivareta, eller er det det å selge. Og ja, eller er det mulig å gjøre begge deler. Må dere tenke, kan dere tenke nytt. Så at mediene må bli flinkere til å ha dobbelt fokus på begge deler, også hvis man skal klare å forebygge endel altså”.

Ulike sider av medias rolle i dagens samfunn er nå fremstilt ovenfor. En annen faktor som vi videre ønsker å belyse er familiens rolle i utviklingen av ortoreksi.

4.8 Familiens rolle

Foreldrene er som oftest de nærmeste omsorgspersonene for barna. Dette er også tilfellet i dag, men barn og unges situasjon har endret seg. Barnehagen og skolen tar nå del i oppdragelsen, og de unge deler hverdagen mellom flere oppholdssteder (Øia og Fauske 2010, s. 105-107). Det har kommet nye forståelser, holdninger og definisjoner av barn og unge, men foreldrene har allikevel få holdepunkter i egne erfaringer som modell for oppdragelsen. Foreldre stilles ofte overfor nye situasjoner, uten at de er sikre på hvordan de skal gripe det an (Øia og Fauske 2010, s. 105-107). De sosiale relasjonene mellom barn, og mellom barn og voksne vil lett kunne oppleves som usikre, utrygge og uoversiktlige. Enkeltindivid står mer enn før fritt, med tanke på valgmuligheter og selvrealisering (Øia og Fauske 2010, s. 105-107). En forskyvning fra fellesskapet til det individuelle, kjennetegner den individualiserte modernitet. Risiko og motsetninger blir produsert som før, mens plikten til å håndtere utfordringene er

individualisert. Folk har nok med sitt, de har ikke anledning til å involvere seg i andre (Frønes 2011, s. 49-50).

Vår informant Oda (helsepersonell) undrer over hva som har endret seg i dagens samfunn, når hun ser barn og unge ofte higer etter å bli sett og få bekreftelser fra andre. Hun stiller spørsmålsteget om foreldregenerasjonen har gitt for lite oppmerksomhet til barna;

”.. Eg tror altså, eg vet ikkje, hva er det som har endra seg? Har vi vært en foreldregenerasjon som ikkje har gitt nok oppmerksomhet til ungene våre, eller hva er det for noen ting? Eg tenker at det må jo handle om det. Et ønske om bekreftelse, om å bli sett, om å bli... eg vet ikkje. Det er jo, litt sånn pussig også altså. Men ser det gjelder jo en del voksne også, som er aktive på det, og ønsker det. Men ja, nei, guri malla altså. Men det, men eg tenker at det må jo være det da. Behovet for å vise seg liksom eller...mmm. Ja”.

Oda (helsepersonell) mener at unge strever mer og mer etter å bli sett og få vist seg frem. Anerkjennelse handler om å bli sett, bekreftet og elsket, og er et grunnleggende behov for alle mennesker (Honneth, 2008, s. 104). Kontakten mellom barnet og nære relasjoner er viktig helt fra barnet er nyfødt. Det er gjennom samvær med andre at barnet får den nødvendige bekreftelsen på egenverd, og relasjonene gir barnet den nødvendige tryggheten til å utforske verden omkring seg (Frønes, 2011). Manglende oppmerksomhet fra travle foreldre kan bidra til opplevelse av utrygghet blant de unge. Forhandling i familiesammenheng en ny måte å involvere barna og være sammen med dem på (Glaser og Bølstad 2008, s. 123). Foreldre setter færre grenser, grensene begrunnes og forklares og kan være gjenstand for forhandlinger. Mange mister derfor kontroll over barna. I det ene øyeblikket opptre foreldre med ettergivenhet, for så å behandle barna autoritært i det neste. Barn blir derfor lett utrygge når det vinger mellom slike ytterpunkter (Glaser og Bølstad 2008, s. 123-125). Familien er stedet hvor vi tydeligst blir skapt som personer, det oppretter tanke og handlingsmønstre som senere blir til vaner (Skårderud, 1994 s. 116). Den er i tillegg den viktigste basen for barnet til å reprodusere kulturelle mønstre mennesket, og blir sett på som den dannede forbindelsen mellom samfunnet og individet (Skårderud, 1994 s. 116). Det betyr

allikevel ikke at familien er eneste årsaken til utviklingen av ortoreksi, men familien er betydningsfull og den viktigste kilden til vår sosialisering (Skårderud, 1994 s.116).

Nedenfor har vi tatt frem noen sitater som våre helsepersonell-informanter har delt med oss i sine intervjuer. Deres erfaring i arbeid med barn og unge har vært nyttige bidrag for oss, da vi har fått et innblikk i hvorvidt familien er en påvirkende faktor i de unges kroppsbygge og utvikling av ortoreksi;

Frida (helsepersonell) forteller:

”Men, men det er klart at jeg har jo erfaring med at, det verste er en spiseforstyrrelse eller annen tematikk så kan på en måte foreldrenes erfaring, ha påvirket barna. Og de har ikke ment å, de har tenkt at dette har vi skånet de for”.

Barn er oppmerksomme på foreldrenes holdninger og meninger om trening og kosthold. Foreldrene er barnets forbilder, og barn vil gjerne gjøre det foreldrene gjør (Kvam, 2011). Foreldrene er de som kan kontrollere hva slags mat barnet deres skal spise og hva slags aktiviteter han eller hun skal delta på. Det betyr derfor at foreldre er de som setter begrensninger men også de som påvirker (Kvam, 2011). Oda (helsepersonell) og Emma (helsepersonell) har også lignende erfaringer med foreldre som hopper på “sunnhetsbølgen”. De forteller;

Oda (helsepersonell): *”Eg tror det er mye farligere med de foreldrene som sitter hjemme og plukker i maten, og driver med sånn juicing for eksempel. Det kan vi ikke spise, og det får du ikke lov å spise. Og da har eg vært borti noen sånn ekstrem variant, sant. En gutt som syklet flere kilometer av gårde for å bare kjøpe seg noe usunt, for hjemme så fikk han ikke pasta, ikke melk, ikke brød, på lørdag så var det bare bær. Det var liksom det som... Eg tror ikke det er bra. Eg tror ikke det er bra”.*

Emma (helsepersonell): *”Så hovedproblemet er ikke i utgangspunktet mediene, det er mødrene som hopper på, eller fedre for den saks skyld altså som hopper på det kjøret. Og er overfokusert på trening, og spise sunt og slanking og veiing og bikini og nei jeg ser feit ut og altså. Du gjør det hvert fall ikke foran ungene dine. Og det å snakke om andre foran ungene; - se på han feite der eller altså. Det er der, det er der man må jobbe”.*

Ut i fra det informantene våre Oda (helsepersonell) og Emma (helsepersonell) forteller, får vi et inntrykk av at foreldregenerasjonen også prøver å tilpasse seg dagens helsetrend. De ønsker å fremstå som perfekte mødre eller fedre som får til å jobbe, studere, trene, spise sunt og i tillegg å være foreldre. Vi tenker at dette handler om at de foreldrene også føler på en “usikkerhet” både rundt eget selvbilde, men også usikkerhet når det gjelder oppdragelsen og foreldrerollen. I tillegg mener vi at mange foreldre ønsker bekreftelse på at de er “gode nok” foreldre og er gode forbilder for barna sine.

Kroppsidealer formidles ikke bare gjennom media, men også gjennom forventninger, synspunkter, familie, venner, jevnaldrende og fremmede (Kvalem, 2007 s. 13). Foreldrenes spisevaner, samt foreldre som kommenterer barnas utseende og vekt, er viktig påvirkningsfaktorer for danning av eget kroppsbilde. Ved å observere for eksempel hva foreldre sier og gjør, lærer unge hva som blir lagt vekt på og verdsatt (Kvalem, 2007 s. 17). Eksempelvis mødre som slanker seg, har stor innvirkning på unge jenters opptatthet av kropp og slanking (Kvalem, 2007 s. 17). Vår informant Nora forteller om hvordan familien har påvirket hennes tanker rundt kropp og kostvaner ved at de selv er overfokuserte på mat og trening. I sitatet under sier Nora følgende;

“Ja, og det har alltid vært liksom fokus, altså på liksom på at man skal lage mat og sånn. Mamma er ekstrem sånn jojo slanker. Og det tror jeg har på.. altså påvirka meg mye. At hun har dratt med sine dietter og sånn inn, også har jeg sett det og fått tilgang til det fra ganske ung alder. Og kanskje litt pappa. Fordi han var europamester, nei verdensmester i karate når jeg var liten. Så han har liksom prøvd å få meg inn på det. Pappa også dreiv med sånn Nature on greier, shaker og sånn. Så det har alltid vært et fokus der. Og vi har alltid vært en ganske aktiv familie”.

Lignende fremstilling finner vi også hos Sol og Sandra. De har også vokst opp i familier der fokuset på trening og kosthold har vært høyst aktuelt. De nevner også eksempler der familien har hatt innvirkning på deres opptatthet av kroppen.

Sandra: *“Jeg har vokst opp med bare fokus på slanking. Bare fokus på dietter”.*

Sol: *“Har en far som er super opptatt av trening og kosthold. Føler meg som en taper som ikke klarer dette”.*

Alle tre informantene våre ovenfor forteller hvordan de vokste opp i et hjem med mye fokus på dietter og trening. Det Sol også understreker, at hun følte seg som “taper” når

hun ikke klarer å følge treningsmengde og spisemønsteret til faren, er også interessant. Det vitner om at foreldrene også bidrar til å påvirke barnas selvbilde og selvtillit negativt.

I sammenheng med det våre informanter ovenfor har fortalt oss om, ser vi at foreldre også har sine egne kropper som de ofte er veldig opptatt av. Kvinner snakker ofte om kropp og slanking, og skaper ideer om at dette er noe av det viktigste i livet (Skårderud, 2013). I tillegg fortsetter ofte mødre å slanke seg selv om datteren utvikler en spiseforstyrrelse, og mange fedre snakker om trening og sunnhet på en usunn og tvangspreget måte (Skårderud, 2013). Vår informant Guro har foreldre som vet at hun strever med spiseforstyrrelser, likevel forteller hun om:

“...som pappa og mamma sier; nå har vi spist altfor mye, vi begynner å bli for feite. De er jo litt overvektige da. Så det...”. “Guro” sier videre: “Og da føler jeg det er litt feil å prøve å ta det opp med meg da. For jeg sliter jo såpass med.. Men selv om de vet at jeg sliter, så sier jeg jo ikke hvor ille det er da. Hvis de spør så sier jeg bare at nei det går mye bedre. Men de ser jo at jeg har mer eller mindre normal vekt nå. Jeg spiser jo når jeg er hjemme hos dem”. “Det ser ut som jeg koser meg her, men jeg gjør egentlig ikke det da”.

I møte med personer som strever med en spiseproblematikk er det viktig å tenke over hvilke egne holdninger en formidler (Skårderud, 2013). Forebyggende tiltak vil i denne sammenheng være å se nærmere på foreldrenes fokus og forhold til trening og mat. Sosialt samvær og gode tradisjoner rundt måltidet blir sett på som beskyttende for utvikling av spiseforstyrrelser, for det viser til et naturlig forhold til mat. Samtidig vil nærhet og omsorg gi en opplevelse av trygghet og anerkjennelse som igjen minsker utfallet av psykiske lidelser (Lie, 2016). Det “Mette” videre forteller om viser til nettopp dette med forebyggingen som beskrevet ovenfor kan være nyttig. Mette spiser sjelden regelmessige måltider idag, og hadde heller ikke mer enn 2-3 faste da hun bodde hjemme. Mette forteller:

“vi spiste aldri frokost eller lunsj egentlig noe sånn fast. Det var vel egentlig sånn stort sett bare middag. Så ja når jeg tenker på det nå, så er det jo litt sånn... Så jeg har vel egentlig aldri, jeg har vel spist maks 3 måltider sånn fast tror jeg, hele livet (ler). Tror jeg, ja... Så hvor ideelt det er, det kan jo diskuteres (ler)”.

Det Mette forteller om kan forstås med at foreldrenes ikke prioriterte det sosiale samværet og de gode tradisjonene måltider kan formidle. Samtidig som at Mette kan sies å speile foreldrenes holdninger til måltider, når hun selv ikke spiser mat regelmessig.

I dette underkapittelet har vi sett nærmere på foreldrenes rolle i kulturen. Vi har vist til sitater fra våre informanter som gir antydninger om at foreldre kan legge et grunnlag ved sine egen interesse om å trene eller spise sunt, og på denne måten legge føringer som kan være en av de påvirkende faktorene for utvikling av ortoreksi hos unge mennesker i dag.

4.9 Avsluttende kommentar

I dette analysekapittelet har vi sett nærmere på hvordan det har skjedd en endring i det kroppslige idealet. I dag er det ”in” å være sunn og trent. Kulturelle mønstre i samfunnet danner utgangspunkt for hva våre informanter vektlegger og ”måler” seg etter.

Strukturen danner press og forventninger om at man skal prestere på alle områder i livet. Aktørene påvirker strukturen ved å for eksempel legge ut bilder på sosiale medier for å fremstille seg som vellykket i trenings- eller matveien. Dette er i tråd med Giddens sin strukturasjonsteori hvor han hevder at aktøren og strukturen er gjensidige avhengig og påvirker hverandre (i Aakvaag, 2008, s. 131). Våre informanter har delt sine tanker om hvordan fokuset på kropp er i dag. Solheim har gitt en nærmere forståelse av hvordan kroppen kan ses på som et kulturelt symbol. Samtidig vil det for en med ortoreksi bli et dilemma når det som egentlig skal være bra for helsa, blir så sunt at det blir usunt. Med dette mener Bratman (2000, s. 23-24) at det går for langt og er ikke lenger bare et ønske om å følge en diett, holde seg i form, spise sunnere, men det blir en besettelse som går utover dagliglivet til personen. I forståelsen av hva som ligger bak utvikling av ortoreksi har vi sett nærmere på faktorer som press og forventning, lavt selvbylde og selvfølelse, medias rolle og familiens rolle.

De ulike kulturelle mønstrene våre informanter har fortalt om, danner utgangspunkt for vårt neste analysekapittel som belyser ambivalensen i det å ha en spiseforstyrrelse. Bak dette ligger det i stor grad et kontrollbehov.

5. “Så den ambivalensen der altså...” (Guro)

Sterk ambivalens, motstridende og blandete følelser er sentrale trekk i spiseforstyrrelser (Skårderud, 2013). Ambivalensen kan opptre som doble budskap, hvor atferden viser til egen forvirring som følge av motstridende og umulige krav (Skårderud, 2013). For en person med spiseforstyrrelser kan ambivalensen uttrykkes på flere måter. Å leve med en spiseforstyrrelse, betyr at man lever med en slags dobbelthet. Å ha en spiseforstyrrelse handler om mat, og maten reflekterer alt spiseforstyrrelsen handler om. Men samtidig så vil en person med spiseforstyrrelse kunne si at spiseforstyrrelsen ikke handler om mat, og maten bare er et “bilde” på noe annet. Maten kan være et bilde på at hun ikke er fornøyd med seg selv (Skårderud, 2016). Dobbelttheten kan også være en ambivalens om å ønske å bli frisk, men samtidig ikke. Det kan være et bilde på fortvilelse, fordi den ene delen av henne vil bli frisk og den andre delen vil oppnå sine mål om å oppnå idealkroppen, bli sunn og ren (Skårderud, 2016). Dobbelttheten tyder også på at hun er sterk og svak på samme tid. Hun er for svak til å be om hjelp eller til å finne bedre løsninger. Men hun er sterk fordi ingen kan stanse henne i de desperate forsøkene i å redde seg selv (Skårderud, 2016 s. 364). Videre ser vi nærmere på *kontrollbehovet*.

5.1 Refleksiv kontroll ute av kontroll

Som følge av massivt oppbrudd fra den industrielle tida til høymoderniteten, har det skjedd en refleksiv modernisering i form av en sosial revolusjon (Giddens i Aakvaag, 2008:271). *Refleksivitet* (referert i Aakvaag, 2008: 277) betyr at man som person tar aktive beslutninger på grunnlag av informasjonsbearbeiding, hvor det vil ha betydning i alle former for sosial aktivitet og for samfunnslivet. Giddens er opptatt av å knytte refleksivitet og valg i høymoderniteten, til selvidentiteten og selvet. Det refleksive selvet viser til at identitet ikke lenger er et resultat av sosiale forventninger og tradisjon, slik utformingen av identiteten var vanlig i førmoderne og industrisamfunnet. Det posttradisjonelle individets identitetsdannelse handler om å skape sin selvbiografiske fortelling om selvet. Det blir opp til den enkelte å etablere og vedlikeholde sin egen identitet, basert på aktive beslutninger og refleksive valg. Den selvbiografiske fortellingen knytter fortid, nåtid og fremtid sammen ved moralske idealer om hvem man ønsker å være. Nye erfaringer, ny informasjon og nye hendelser revideres å skaper nye enheter og sammenhenger i personens selvforståelse og liv. Den selvbiografiske fortellingen handler om hvor man kommer fra, hvor man er på vei, og hvem man er oppi det det hele (Giddens i Aakvaag, 2008: 277). Den selvbiografiske fortellingen blir

ifølge Giddens (referert i Aakvaag, 2008) beskrevet som å være *internt selvreferensiell*. Det er først og fremst det som skjer med individet (som sykdom) som skaper referansepunkter og avgjør hvem man er. Hendelser som foregår i den store verden integreres i individets livsfortelling, hvor den offentlige verden kretser rundt den private verden, ikke motsatt.

Anoreksi blir av Giddens beskrevet som en refleksiv *kontroll ute av kontroll* (Aakvaag, 2008). En spiseforstyrrelse som anoreksi kan være et uttrykk for den metodiske og refleksive planlagte disiplineringen av kroppen. Ortoreksi og anoreksi blir ansett som å ha mange likhetstrekk (Borchsenius, 2013). Dette gjenspeiler seg blant ved at en person med ortoreksi ønsker å ha kontroll, men når det går for langt, går det utover livskvaliteten til personen (Bratman, 2017). Livet er uforutsigbart, komplisert og ofte skummelt. Det er ikke alltid mulig å kontrollere livet, men du kan kontrollere hva du spiser. Det kan oppstå en betryggende illusjon om at livet ikke lenger er i fare for å spore av. Men uansett hva en spiser, vil livet ta sine egne veier (Bratman og Knight, 2000). Emma fremstiller sine tanker om kontrollen slik:

“I starten har du kontroll, så tar kontrollen kontroll over det, så tar det kontroll over deg. Du mister kontroll på kontrollen. Men så kan det bli litt overfokus på kontroll noen ganger, og blir stempla som en person med et enormt kontrollbehov. Og det stemmer ikke nødvendigvis at man har kontrollbehov som person altså sånn på alle områder av livet. Men konsekvensen av det var jo at når alt var så kaotisk så har man kontroll på noe”.

Det kan ligge en usikkerhet i kontrollbehovet, som kan vitne om lav selvfølelse eller negativ selvevaluering. En lav selvfølelse betyr i denne sammenheng at personen er misfornøyd med seg selv og vil forandre seg (Skårderud, Rosenvinge, & Gøttestam, 2004). Det å endre kroppen sin blir et forsøk på å fremme selvfølelse og kontroll (Skårderud, 2004b). Lav selvfølelse er ikke alltid synlig. En person med lav selvfølelse klarer å skjule den lave selvfølelsen fordi den søker etter mestring innenfor områder med målbare resultater (Skårderud, 2004b). Personer med spiseforstyrrelser vil ofte ikke greie å sette ord på egne følelser og ved en manglende opplevelse av hvem de er. De søker så bekreftelse hos andre og er avhengig av å bli bekreftet. Ofte blir personer med spiseforstyrrelser ansett som flinke da de søker mot målbare prestasjoner for å oppnå anerkjennelse hos venner og familie (Skårderud, 2004b). Motstridene følelser og

ambivalens er sentral i spiseforstyrrelsen. De indre motstridende følelsene kan gjøre personer med spiseforstyrrelser tvetydige på deres valg (Skårderud, 1994).

Spiseforstyrrelser er en psykisk sykdom. En person med ortoreksi kan miste kontrollen over det som skulle hjelpe han eller henne å oppleve mer kontroll. Men før man opplever å miste kontrollen, er det sannsynlig at en person med ortoreksi opplever seg som vellykket i sitt sunne matprosjekt. Man kan føle at endelig er det noe man får til og mestrer (Skårderud, 2016 s. 397). Kontrollen, atferden og overopptattheten rundt mat og kropp er en desperat kamp om full kontroll over kropp, prestasjoner og over egne følelser. Manglende mestring og mangel på kontroll kan ligge til grunn. Den indre opplevelsen kan handle om kaos, forvirring og ensomhet, men det kan også være en konkret hendelse i livet (Skårderud, 1994 s. 57). Spiseforstyrrelses atferd om kropp og mat kan bli et forsøk på å vinne kontroll over deler i livet som ikke er bra (Skårderud, 1994 s. 57). Kontrollen kan forklares som falsk og midlertidig. Fordi de emosjonelle behovene ikke blir tilfredsstilt, kun fortrent og dekket. Kontrollen kan bli til kontrollsvikt. Overopptattheten av å styre, blir viktigere enn det som skal styres (Skårderud, 1994, s 56-57). I psykodynamiske modeller kan kampen om kontroll forklares som et resultat av en svikt i bekreftelsen av barnets signaler i det tidlige spillet mellom foreldre og barn (Skårderud, 1994 s. 103). For å gi en dypere forståelse av den psykodynamiske modellen og forklare kampen om kontroll, vil vi i denne sammenheng vise til Hilde Bruch sin teori som eksempel (Bruch i Skårderud, 1994, s.102-103). Når foreldre ikke reagerer på barnets behov slik de uttrykkes, men at de heller blir fortalt av foreldrene for eksempel når de er trøtte eller sultne, kan det utvikles en svikt i bekreftelsen i barns utvikling. Mangelen på respons fra foreldrene fratir barnet grunnlaget for å utvikle sin egen kroppsidentitet (Bruch i Skårderud, 1994, s. 102-103). Når et barns behov ikke blir tilfredsstilt, eller et annet behov blir erstattet kan barnet bli forvirret i vurderingen av hva hun selv føler eller trenger og hvordan dette skal uttrykkes (Bruch i Skårderud, 1994, s. 102-103). Hvis barnet ikke oppmuntres til selvstendighet og får hjelp til å uttrykke hva den trenger, vil det også bli knyttet til foreldrene i større grad og vil opptre mer lydige. Evne til autonomi og å kunne ta egne avgjørelser avviker (Bruch i Skårderud, 1994, s. 102-103). En person med spiseforstyrrelser sin kamp om kontroll, kan forklares med en slik teori. Personen etterstreber et mål om mestring og selvstendighet. Hun forsøker å få kontroll, ved å kontrollere kroppen. Når hun selv ikke vet, handler hun i forhold til krav fra andre rundt seg. Den usikkerheten som oppstod i barndommen, forsøker hun nå å dekke over. Hun

tilfredsstillende sosiale krav og opptrer som en person som kan vise at hun klarer å imøtekomme samfunnets forventninger om en sunn og sterk kropp. Hun klarer med andre ord *frontstage* å fremstå kontrollert og vellykket, selv om hun er usikker og hjelpeløs *backstage* (Bruch i Skårderud, 1994, s. 103; Rysstad, 2016).

Vi ønsker å belyse tematikken *ambivalensen* ved å dele inn i “Venn” og “Fiende”, for å vise til informantenes egne refleksjoner omkring dette temaet. Innunder “Venn” og “Fiende” ser vi på ulike mekanismer som har betydning for den ambivalensen våre informanter har snakket med oss om. “Vennen” viser til siden hvordan ortoreksi kan betegnes som noe positivt i livet for informantene. “Fienden” siden reflekterer over konsekvensen av å ha en spiseproblematikk, og hvordan ortoreksi kan betraktes som fienden i livet. Sitatene fra informantene knytter vi opp til relevant teori og forskning på områdene.

Først beveger vi oss inn i “Venn” siden av tematikken ambivalensen. Vi ønsker å vise til hvordan en person med ortoreksi opprettholder sitt regime i forhold til mat og trening. Selv om hun etterhvert muligens innser at hun har mistet kontrollen over maten, så klarer hun likevel ikke bare “avslutte mat prosjektet”. Maten og treningen har blitt en besettelse.

5.2 “ Vennen”

”Vennen” i dette avsnittet danner et bilde av hvordan informantene ser på spiseproblematikken som en trofast venn og en motivasjon for å fortsette med samme spisemønster. Symptomene oppleves som en gevinst. Følelsen av å ha kontroll over maten, treningen og kroppen gir mestringsfølelse. Samtidig gir det motivasjon for å fortsette. Mange er ambivalente til å bli friske. Selv om de lider, føler mange med spiseforstyrrelse at de “får noe”. De er redde for å gi slipp på dette (Skårderud, 2016). Gjennom spørsmål om hva spiseproblematikken formidler og hvordan den kommer til uttrykk, har våre informanter delt sine tanker, følelser og erfaringer. De hadde ulike erfaringer å dele om hvordan det er å leve med spiseproblematikk. Sitatene nedenfor illustrerer “vennen” og hvordan informantene beskriver sin spiseforstyrrelse;

Sandra sier det slik: *“Den er liksom den eneste "vennen" jeg har hatt”*. Sandra sier videre. *“...spiseforstyrrelsen er den eneste som ikke svikter deg. Derfor er det og så*

vanskelig å komme ut av det. Hvert fall når en ikke får hjelp. Og bare motgang. For det er det eneste en føler en mestrer”.

Nora: *“Men, det er litt sånn; godt å se en gammel venn. Og når jeg går tilbake, det er veldig skummelt for du kjenner, du kjenner den siden av deg så innmari godt. Og du er nesten litt redd for å miste den”.*

Både Sandra og Nora ser på spiseforstyrrelsen som noe de mestrer og har kontroll over. Samtidig tolker vi sitatene som at spiseforstyrrelsen har fått gro så dypt, at begge er redd for å miste den “vennen”. For en person med ortoreksi, kan spiseforstyrrelsen oppleves og sammenlignes med et forhold som varer over tid. Bånd er sammensatte, fordi det etterhvert utvikler seg til å bli en vane (Skårderud, 2016). Spiseproblematikk kan bli en erstatning for annen relasjon. Den kan forklares som en relasjon med en selv, istedenfor relasjon til andre mennesker. En slik opplevelse av en relasjon, kan gi en følelse av mer kontroll (Skårderud, 2016 s. 385). I det store bildet, handler dette forholdet, eller vennskapet om en frykt for forandringer (Skårderud, 2016). Fordi hvordan vil livet være uten spiseforstyrrelsen? Vil hun legge på seg? Blir hun ensom?

Videre ser vi på hvordan man i søken etter kontroll på maten og kroppen anser spiseforstyrrelsen som et positivt element i livet.

5.2.1 Kontroll på mat og kropp

Kontroll handler som regel om individuelle erfaringer hos den enkelte.

Spiseforstyrrelsen kan være et uttrykk for lite eller manglende kontroll i livet. For å gjenvinne kontrollen, forsøker en person med spiseforstyrrelse å kontrollere eksempelvis appetitten (Skårderud, Rosenvinge, & Gøtestam, 2004). Ved å mestre kroppen og appetitten, mestrer man noe. Men det kan samtidig være et tilfluktssted for vonde følelser. Å ta kontrollen over maten og kroppen blir på en måte løsningen (Skårderud, 2004, s. 8-9 og 22). Å mestre noe, enten en indre uro eller en konkret hendelse, en av de viktigste kildene til å kunne oppnå selvrespekt (Skårderud, 1994 s. 56).

For en person med ortoreksi betyr det at ved å spise det perfekte kostholdet gjør dem mindre sannsynlig å få alvorlige sykdommer som kreft, og det kan også forhindre oppblåsthet og samtidig gi mer energi. Spiseforstyrrelsen ortoreksi starter uskyldig nok

som et ønske for å forbedre helsa eller overvinne en kronisk sykdom (Bratman, 2017). Det krever enorm viljestyrke og selvdisiplin å praktisere en diett som kanskje er forskjellig fra matvaner man er vant med fra tidligere eller forskjellig fra den omkringliggende matkulturen man er omgitt av (Bratman, 2017). Sunt kosthold blir til ortoreksi når en persons forhold til mat begynner å svekke andre viktige dimensjoner i livet. Etterhvert vil større og større del av hverdagen omhandle hva man spiser, planlegge, kjøpe, lage, og tenke på hvor mye man spiser. Konsekvensen blir en besettelse av sunn mat (Bratman, 2017). Personer med ortoreksi anser seg ikke som at de er fete, de tror de er urene. De vil rense, ikke miste vekt. Det er en kroppsforvirring rundt følelsen av fysisk ”urenhet”. Den bevisste motivasjonen er ganske annerledes (Bratman, 2017).

Sunn mat og lav-kalori mat skiller seg ikke så mye fra hverandre lenger i dagens samfunn. Men fordi det ikke lenger er sosialt akseptabelt for en ikke-overvektig person å telle kalorier, vil mange med anstrengt forhold til mat heller snakke om å spise sunt i stedet (Bratman, 2017). Vår informant Nora, begynte med ulike dietter fra 11 årsalderen. Et turbulent familieforhold, mobbing på skolen og en anbefaling om vektreduksjon fra treneren ble starten på spiseproblematikken for henne. I dag er hun 24 år, og kontrollen over maten har alltid vært en del av hennes måte å takle livets utfordringer på. Å ta kontroll over maten og kroppen har vært løsningen. I lang tid har Nora ført en kamp om full kontroll over følelser og prestasjoner, over kropp og det som omgir henne. Nora føler seg bra når hun spiser sunn mat, sunn mat overgår kaloriinntaket. For henne handlet det om å utelukke ulike matvarer. Kjøtt spiste hun ikke, kylling var dyrt for en student, egg glemte hun bort og tenkte at ja, ja, da kan jeg vel kutte ut det også, melk fant hun ut at hun var allergisk mot, så da var det enkelt å kutte ut dette. Grønnsaker likte hun, og ble mer interessert og opplyst rundt det å spise dette istedenfor så hun gikk over til det. Føler seg lett i kroppen, motsetning til når hun spiste kjøtt osv.

For personer med ortoreksi er mat hovedsakelig en kilde til helse (Bratman, 2017). Bratman (2017) beskriver at de har en overdrevet tro på at ved å tilføye eller eliminere bestemte typer mat kan forebygge eller kurere en sykdom eller påvirke det daglige velværet. Selv om det er bevis for at enkelte diett valg fører til underernæring, har de en vedvarende tro på at deres valg er helsefremmende. Nora er overbevist om at ved å ha kontroll over matinntaket og eliminere flere typer matvarer samt spise reint, er det som

får henne til å føle seg bedre. I dag er Nora veganer. I sitatet under beskriver Nora kontrollen over maten;

”Nå merker at jeg har veldig fokus på å spise reint. Jeg spiser selvfølgelig veldig sjeldent sånn blanda ting, som ferdigretter og liksom sånne ting. Men at jeg skal ha kontroll på hva jeg har i maten. Det er veldig ofte at jeg, at det er ris og grønnsaker, og det er det”.

Videre beskriver Mette også hvordan hun føler seg når hun spiser sunn og usunn mat:

”hvis jeg.. det kommer veldig an på, fordi usunn mat da blir jeg veldig sånn ughh, nå føler jeg meg litt daff, og ekkel, og jeg føler at jeg har grisa til kroppen innvendig. Hvis jeg spiser mye sunn mat, hvis jeg spiser mye salat og sånne ting som jeg tillater meg selv da. Mmm så føler jeg ikke så ille. Fordi da greier jeg lissom å reflektere over at; å ja men det trengte da kroppen min da. Da er det mye vitaminer og greie vitaminer og mineraler og heve seg over kaloriinntaket på en måte. Da er det litt sånn. Ja, da er det greit (ler”).

Å velge rene sunne produkter er typisk for en med ortoreksi (Bratman, 2017). Vårt inntrykk av Noras utsagn er at hun styrer sine følelser med maten. Det hun spiser blir avgjørende for henne for hvordan hun føler seg.

En annen informant som også bruker maten som et forsøk på å få oversikt og orden i livet er Mette. For Mette startet spiseforstyrrelsen med et følelseskaos som hun ikke klarte å forholde seg til. Når hun spiste mindre, følte hun at hun slapp å forholde seg til følelser og ble dermed følelsesløs. Mette sier at hun aldri har følt trygghet på grunn av en mobbehistorie. For Mette er det veldig betydningsfullt hva andre mener om henne og at hun blir akseptert. Hun har i lang periode brukt maten og treningen til å regulere følelser og til å føle seg bedre. I sitatet under sier Mette følgende:

“Det var liksom sånn at jeg spiste ingenting usunt og var liksom, det var ikke liksom snakk om å røre en sjokoladeplate en gang, eller sånn...altså det var sånn at jeg skulle ikke spise noe fetende mat og karbohydrater, i hvert fall ikke for mye av det. Og liksom bare sånn, ikke brød og ja liksom, så ja jeg spiste veldig sånn der, jeg var veldig opptatt

av å lage all maten min fra bunnen av min ikke ha noe sånn der halvfabrikat. Alt skulle liksom være frukt og grønt, og bønner og linser og (ler)... liksom sånn derre sunn greenfood på en måte. Ja. Men da også så var det sånn, da var det liksom bare mat og trening som opptok hodet mitt”.

Mette søker etter å bli bedre og helere, men maten fungerer også som en slags trygghet fordi den demper og skjuler følelser. Når hun fokuserer på maten eller treningen så får hun en beskyttende følelse hvor hun kan være seg selv (Skårderud, 2016). En person med spiseproblemer speiler seg i andres godkjennende blikk og kommentarer. Å være noen vil bli det samme som å bli bekreftet. Mette søker etter å bli bedre, få bedre kropp, helse og trene, for å bli godtatt av andre (Skårderud, 2004). Å sammenligne seg med andre og å gjøre noe til det bedre, blir et konkret bevis på å mestre (Skårderud, 2004 s. 26). Ulike helsetrender beskriver attraktive og enkle løsninger for å “få bedre helse”. Ved å vie all oppmerksomhet til mat og trening kan de unnsnippe livets fryktelige kompleksiteter (Bratman, 2017).

I likhet med Mette, som i lang tid har strebet etter det å bli bedre, er Line. Line har ikke hatt den vanskelige oppveksten som Mette. Line er ei jente som alltid har vært aktiv innen idrett, hun har gode venner og støttende familie. Spiseproblematikken blusset opp etter sterkt ønske om å bli bedre og sunnere. Hun ville være den beste versjonen av seg selv. Line sier det slik:

“Jeg husker jo sjøl og.. jeg har på en måte alltid hatt et sunt forhold til kosthold, Så jeg var jo sånn; hvordan er det folk kan velge å bli sjuke? Hvordan kan de velge å ikke spise? Men, når jeg satt oppi det sjøl, så er det ikke så enkelt. Fordi det sitter oppi hodet. Og det er sånne regler som sitter der som er veldig vanskelig å bryte da...”.

Videre forklarer Line hvordan ortoreksien ble sett på som noe positivt. “Jeg tror egentlig den har pusha meg mer, i riktig retning. Eller ja, man blir jo veldig sånn ensidig og målbevisst. Og på det verste som jeg sa, så er det ikke bare det med maten og med trening. Det gjenspeilet seg også veldig mye i forhold til å ha det reint, i forhold til vasking, i forhold til gjøremål. Så jeg skreiv en sånn liste over, sjekklister over dagens gjøremål som skulle være gjort, så... eh, og jeg fikk jo bare toppkarakterer når det sto på det verste også. Så det gjenspeilte, at man pusher seg veldig hardt da, ja.

Veien til en spiseforstyrrelse for Line var å pushe seg mer og mer og bli god på alle områder for å oppnå perfektjonisme. Perfeksjonisme opptrer som et hyppig fenomen for en person med spiseforstyrrelser (Skårderud, 1994 s. 59). Sammenligningen eller konkurransen med andre kan være eneste form for å måle egenverd. En person med spiseforstyrrelser søker seg mot prestasjoner hvor de kan se målbare resultater. Og man kan sjelden være fornøyd og sikker før det er perfekt nok (Skårderud, 1994 s. 60). Bratman (2017) hevder at i kostholdenes renhet, ønsker man å være fysisk hellig og enda mer hellig enn andre. Total renhet betyr å være total mat- resistent. Men søket etter absolutt renhet vil være motstridende av hva som er naturlig. Det kan sammenlignes som en krig mot kroppen eller som korstogene av enhver religion. Bratman (2017) beskriver at deres kontroll over kostholdet gjør at ønsket om å bli mer og mer ekstrem og mer og mer ren. Listen over nei-mat øker mer og mer, og etterhvert kommer man til et punkt hvor listen over mat som man kan spise blir veldig snever (Bratman, 2017). Ovenfor har vi vist til informantenes positive opplevelse av å ha kontroll over mat og kroppen. Videre blir treningsregimet ved spiseforstyrrelsen betraktet som noe bra for våre informanter.

5.2.2 Trening

Å kunne føle seg frisk og samtidig se bra ut er en dobbel motivasjon for å gå på trening og spise sunn mat (Bratman, 2017). Og for noen er motivasjonen av å trene like primær og viktig i deres liv som å spise. For å oppnå en ideell kropp, må man overvåke både mosjonen og maten. For å bygge muskler må man redusere fettprosenten, og øvelser og trening bidrar til det. En nøye oppmerksomhet mot kostholdet er nødvendig for å redusere fettprosent. Og dette er fornuftig med tanke på at opprettholdelse av normal kroppsvekt er det viktigste helsefremmende aspektet av et diett valg (Bratman, 2017). Hos mennesker med ortoreksi vil ikke vekttap være det avgjørende motivasjon, men vil allikevel være også et fokus om vekttap når man trener mye og spiser kun utvalgte produkter. Men det store fokuset på sunn mat gjør dem sunne og renheten av en diett gir en perfekt glødende hud. Line beskriver følelsen av å kunne trene på denne måten;

“Fordi det gir meg overskudd og energi og jeg gleder meg til å gå på trening. Eh, og selv om trening var en veldig stor del av min spiseforstyrrelse, så var det mer før at det fokuset at jeg følte jeg måtte på trening. Men nå gjør jeg det jo for på en måte for jeg vil

og synes det kjempe gøy. Og nå har jeg også begynt, jeg legger inn hviledager og liksom. Så, det betyr mye for meg. Jeg... det er deilig å trene (ler)''.

Ei annen informant som i likhet med Line også liker å trene er Guro. Guro er ei jente som er vokst opp i et hjem hvor fokus på kropp, trening og "dietter" aldri var temaer i hennes familie. Allikevel forteller Guro at hun allerede i ungdomstiden ble opptatt av å tenke på kropp og ønsket å ha en fin kropp. Hun var i utgangspunktet aldri fornøyd med kroppen sin. Spiseproblematikken startet da hun for noen år tilbake begynte å trene bevisst for å bli sunn og definere kroppen. Etterhvert som hun trente, begynte de andre på treningssenteret å mase på henne om hun ikke ville begynne å definere kroppen enda mer. Hun sier videre at hun aldri ble helt fornøyd for hun fikk ikke bort valpefettet, og følte hun ikke var sunn nok. Guro ble besatt av å trene for å oppnå målet. I sitatet under kan vi se hvordan hun beskriver treningen;

"Så når det begynte så tenker jeg at det var egentlig helt greit. Men det tok jo selvfølgelig av det og. Fordi du ble jo veldig opptatt av å være sunn. Eh.. også at du må trene, trene og trene, ikke sant. Og du må trene sånn, du kan ikke gjøre mindre''.

Vi tenker at Guro i utgangspunktet ønsket å se bra ut, styrke selvtilliten og bli godtatt av de andre på treningssenteret, men treninga tok etterhvert mer og mer overhånd, og ble en besettelse som senere utviklet seg til en spiseforstyrrelse. Nora forteller om den positive opplevelsen treningen gir henne:

"De dagene jeg.. eller de ukene da hvor jeg ikke trener, såå føler jeg meg dritt. Da er det lissom sånn, da er det rett ned i.. i kjelleren igjen. Og det trenger ikke å være lissom så hard trening, men bare det at jeg får brukt kroppen litt. Mens de ukene jeg trener så føler jeg meg supertopp. Psyken blir mye... mye bedre med engang og så det har mye å si''.

I motsetning til Nora og Guro som brukte treningen på å definere kroppen og for å bli sterkere og føle seg bedre, har vi Mette som forteller at treningen er bra fordi det tar oppmerksomheten fra vonde tanker og følelser. Skårderud (2004 s; 34) hevder at en delstrategi av å avgrense seg er å forsøke å stenge tanker og følelser ute, å forsøke å glemme. Mette forklarer treningen på denne måten;

“Men samtidig så handler treningen om at jeg på en måte bare.. Også er det, også er det liksom sånn følelsemessig også. At det handler veldig om, hvis jeg bare kan løpe en time så er det utrolig hvor, hvordan jeg på en måte bare kan holde følelsene på avstand på den måten. Eller å få utløp for følelser på den måten. Uten at en nødvendigvis trenger å føle noe. Men at jeg får utløp for det allikevel. Og det er kanskje det som jeg blir lurt av på en måte. Fordi jeg egentlig unngår bare å føle ting da. Eh, ja”. “..men samtidig så får jeg sånn rush av å trene da. Da er det liksom sånn... eh, at det på en måte gjør at jeg, altså det holder meg i form...”

Slik som tidligere beskrevet, så tenker vi at for Mette er treningen noe hun ser på som positivt, fordi det regulerer hennes følelser.

Bratman understreker at du har ikke ortoreksi hvis du trener og velger sunn mat. Man kan velge hvilken som helst teori om sunn mat og dietter uten at det betyr at man er en ortorektiker, så sant det inneholder tilstrekkelige næringsstoffer (Bratman, 2017). Ortoreksi er ikke det samme som hengivenhet til sunn mat. Sistnevnte er et bevisst valg. Ortoreksi blir en besettelse med sunn mat og trening som involverer andre emosjonelle faktorer og har blitt psykologisk og kanskje til og med fysisk usunn (Bratman, 2017). Vi har ovenfor vist til treningen som noe positivt i livet. Nedenfor ser vi nærmere på hvordan informantene opplever en avhengighetsfølelse om å ville fortsette i spiseforstyrrelsens mønster.

5.2.3 Rusfølelsen

Å bli avhengig av sunn mat er et av de fundamentale elementene av ortoreksi (Bratman og Knight, 2000). Selv om det kan virke rart, fordi avhengighet ofte betraktes som noe dårlig, eksempelvis sånn som heroinavhengighet. Men en positiv opplevelse kan også føre til avhengighet (Bratman og Knight, 2000). Dietter, mindre mat og faste kan gjøre en person med ortoreksi “høy” (Bratman, 2017). Ulike typer dietter blir betraktet som positive og rene, slik at de for en person med ortoreksi gir en følelse av bedre helse og renhet (Bratman, 2017). Man kan føle seg så bra av følelsen av å være sunn og ren, at deres indre intuisjon ikke forteller dem at de har en spiseforstyrrelse, eller at man ved faste over lengre tid sulter seg til døden (Bratman, 2017). Å gå med for lite eller ingen mat i magen kan gi en triumferende følelse av å lykkes med å klare seg med mindre

mat, mens andre kan føle en slags betingede svimmelhet og time-out fra den krevende hverdagen (Skårderud, 2004 s. 35).

Nedenfor finner vi sitater fra Mette, Nora og Emma som alle gir en beskrivelse av denne rusfølelsen;

Mette: “ *Liksom det som er så rart er at liksom man blir, eller i hvert fall jeg blir nesten liksom høy av å det. I hvert fall de to- tre første dagene som jeg har gjort det, har jeg nesten blitt litt sånn, skal ikke si manisk men. Men litt sånn, fått mye mer energi, men jeg har jo skjønt at jeg kanskje blir lurt av det da. Med at det er kroppens måte å slippe en form for adrenalin på eller noe, jeg vet ikke. Det høres jo veldig rart ut egentlig, jeg skjønner ikke det, hvordan det funker*”. “ *...ja det er litt rart, men det føles nesten ut som jeg bare var..., jeg skal ikke sammenligne det med noen som er alkoholiker. Men, men jeg føler på en måte noen ganger at det kanskje kan være litt samme mekanismen allikevel. Man blir avhengig, man blir, eh ja man blir nesten litt sånn, man klarer liksom ikke å la være, man må bare gjøre det, man må ha det. Og må liksom, ja... ja man blir veldig... når man først kommer inn i det mønsteret der så er det, så tror jeg faktisk man nesten kan sidestilles med å være avhengig, av noe. Man klarer ikke å slutte med det da, med mindre man tvinger seg selv til det. Og selv da så er det helt eh... ja det er ikke lett*”.

Nora: “ *...fordi dette med avhengighet, det er jo noen har jo litt mer latente til å bli avhengige enn andre. Og det er et gen som vi har. Så noen kan jo prøve heroin en gang uten å bli avhengige, mens en kan jo bli hekta for livet ikke sant. Så jeg tror det er noe av det samme med spiseforstyrrelser, at noen har altså det ligger mer til rette for at en spiseforstyrrelse kan gro så sterk da. At du da har litt mangler på ting da, også fyller det her deg opp på områder du ikke har kontroll på sjøl*”.

Emma: “ *...avhengighetslidelse, det er en ruslidelse rett og slett. Det kunne like godt være alkohol eller rus, eller annen rus*”.

Vi tolker rusfølelsen som informantene beskriver, som en drivkraft til å opprettholde den “sunne” livsstilen, som etterhvert kan gå over i en alvorlig spiseforstyrrelse. Vi tenker at informantene har en rusfølelse fordi de har kontroll over maten og treningen, og det gir dem en følelse av mestring, og at de er noen. Rusfølelsen blir en slags

“heroin” som opptrer ubevisst. Ortoreksi handler ikke om vekt, men om deres helse. Bevisst ønsker personer med ortoreksi å bli i perfekt fysisk form, å bli immun mot alle typer helseproblemer, enten det er oppblåsthet eller tretthet eller mer alvorlig som leukemi. Ved en dypere forståelse vil de prøve å kontrollere noe som ikke kan styres, nemlig roten til å være menneske (Bratman, 2017). Ovenfor har vi fremstilt informantenes rusopplevelse, i forståelsen av at spiseforstyrrelsen gir dem noe de savner i livet og som de har kontroll over. Videre ser vi nærmere på hvordan spiseforstyrrelsen kan oppleves som en del av identiteten til personen.

5.2.4 Identitet

Røer (2009 s. 28) forteller at en spiseforstyrrelse kan ende opp som personens fulle identitet. Vedvarende symptomer blir etterhvert en del av historien til personen. Hun argumenter dette med at mennesker har en kapasitet til å skape fortellinger, narrativer og knytter det sammen til en meningsfull rekkefølge. Beskrivelsene blir styrende for menneskers virkelighetsoppfatning og valg. Mette forteller det slik;

”Men så er det liksom ett hav imellom de tinga en har lyst til, og det å bli frisk liksom. Fordi jeg har på en måte ikke helt klart å finne ut av hvordan... hvordan jeg skal få det til enda på en måte. Fordi det er det neste som man på en måte må.. det føles som man må gi slipp på noe, på ett vis. Fordi det som jeg tror er litt farlig med spiseforstyrrelse, er at man nesten kan føle at det blir en form for side identitet liksom. At du på en måte bare blir.. du blir så avhengig. Så du må nesten skille deg fra det, du må liksom.. ja, så det er jo ikke så lett”.

En annen informant som også snakker om identitet og spiseforstyrrelsen som et stabilt punkt i livet er Emma. Hun er i utgangspunktet helsepersonell, men har levd med en spiseforstyrrelse i mange år. Emma har delt sine erfaringer med oss både fra sitt eget liv som pasient, men hun har også gitt oss god og nyttig informasjon som helsepersonell. Vi sitere Emma (helsepersonell) når hun forteller om erfaringer fra arbeidslivet, og bare Emma når hun siterer om sine egne erfaringer i livet som pasient for spiseforstyrrelser. I sitatet under forteller Emma hvordan hun beskriver følelsen av å ha kontroll.

Emma: *“Sånn som for meg så var det et stabilt punkt i livet egentlig, den visste jeg hvor jeg hadde. Den var min. jeg visste alltid hvor den var lissom. Det var venn og fiende,*

men den hadde jeg full kontroll på, alt annet var totalt utenfor min kontroll. Og ikke sånt normalt, altså vi skal holde det og vi kan ikke kontrollere alle omgivelser og sånn, ikke på det nivået. Men at hvor det faktisk ting er så overveldende og stort og ukontrollert da, både følelsesmessig og belastningen at den eneste måten som du klarer å overleve på er å finne noe som du har kontroll på”.

Både Mette og Emma beskriver hvordan spiseforstyrrelsen opplevdes som en del av deres identitet, og noe man ikke ønsker å miste.

Vi har til nå løftet frem den betydningen spiseproblematikken som *vennen* har for noen av våre informanter, videre ser vi på hvordan ortoreksi kan betraktes som *fienden*.

5.3 “Fienden”

Personer med ortoreksi starter opp med å føle stolthet fordi de tar vare på helsen sin på best mulig måte (Bratman & Knight, 2000). Men når tanken på sunn mat og trening blir en besettelse, er det ikke lenger så sunt (Bratman & Knight, 2000).

Reistad og Vrabel (2013, s. 25) skriver at en person med ortoreksi bruker maten for å regulere følelser, og det går derfor utover livskvaliteten. Dette samsvarer med hva vår informant Frida (helsepersonell) forteller oss:

”...når maten blir en løsning, så blir det ett nytt problem”. Frida (helsepersonell) sier videre: *”...styrer følelsene sine med mat, de straffer seg eller de belønner seg”.*

Det å ha en spiseproblematikk er ikke enten opplevelsen av venn eller fiende. Det blir som regel til en ambivalens mellom begge deler hvor på den ene siden det er trygghet i å ha *vennen* der som dekker over vanskelige følelser og lar deg føle at du har en “falsk” kontroll. På den andre siden oppleves kaos og konsekvensene av hva en spiseproblematikk medfører, hvor en opplever *fiende* siden av å ha besettelse på mat og trening. Når ortoreksi tar over og okkuperer en stor del av livet til personen, velger vi her å se nærmere på hvordan spiseproblematikken kan opplevelses som “fienden”.

5.3.1 Zombie tilstand og “demoner” som snakker

Solheim (1998, s. 108) viser til hvordan anoreksi kan sees som en krigstilstand fordi det står om livet. Hun bruker metaforer som invasjon og okkupasjon for å vise til bildet av

at kroppen hennes allerede er tatt i besittelse, og hun må sette grenser og kaste fienden ut. I vår oppgave om fenomenet ortoreksi kan vi trekke lignende paralleller til Solheim sin fremstilling. Vår informant Emma sier blant annet at:

”Så alt, det innebærer veldig mye planlegging, og detaljer, og regler, og rutiner, og det må for guds skyld ikke forstyrres av andre. For da møter det monsteret liksom”.

Vi tenker med dette sitatet at spiseproblematikken har invadert en stor plass i livet hennes, hvor det vil gå utover andre elementer om rigiditeten forstyrres.

Zombie- forestillingene kom opprinnelig fra Haiti, hvor det tidligere ble trodd at trollmenn kunne utøve sort magi å gjøre personer om til et tanke og viljeløst redskap. Zombie kan i overført betydning betraktes som en sløv og robotaktig person (Live Science Staff, 2011). Om vi ser dette i sammenheng med den tilstanden informantene våre Mette og Nora her forteller om, kan vi trekke likheter med at det er en fiende som har okkupert kroppen og tankene deres. Mette forteller at:

”det var liksom meg og spiseforstyrrelsen og ikke noe annet. Jeg var vel bare i noe zombie land egentlig”. Videre prater Mette om at: “jeg prøver og liksom å tenke at nei jeg må ikke trene hver dag. Eh, og jeg må ikke trene etter at jeg har spist. Eller at jeg må ikke sånn, eller jeg må ikke slik. Men, men samtidig så blir jeg liksom overkjørt av de andre tankene som bare; jo du må! Du må gjøre sånn, du må gjøre sånn, du må gjøre sånn, hvis ikke så kommer det og det til å skje. Eh, så jeg vet ikke. Det blir veldig sånn kamp fram og tilbake. Med å liksom overstyre den tanken om at ja eh hvis jeg har spist de kaloriene der, så må jeg trene etterpå hvis ikke så legger jeg på meg liksom. Eller så ikke, eller så føles det som jeg mister kontrollen eller eh ja. Så det er veldig sånn. Men det er perioder jeg bare skulle ønske at jeg slapp å trene egentlig. Fordi det er, fordi det er ett slit”.

Nora forteller også om opplevelsen av at spiseforstyrrelsen har okkupert livet hennes:

”Ting tar så mye lenger tid. Jeg glemte ting hele tiden. Og hvis jeg kunne sitte på skolen, og hvis jeg synes noe var drit interessant og hadde så lyst til å følge med, så hadde jeg ikke sjans. Jeg hadde ikke sjans. Og det var helt når jeg gikk til og fra skolen,

så gjør en autopilot, jeg husker ikke at jeg hadde gått hjem. Det var liksom, da bare gikk jeg hjem. Og perioder blir liksom litt borte, fordi kroppen bare gikk på auto. Og du.. hjernen og liksom blir så slapp, og du blir super sløv og kjempe trøtt. Nei, du bare går inn i sånn overlevelsmodus. Du bare blir som en zombie”.

I sitatene ovenfor har Emma, Mette og Nora fortalt oss om følelsen når spiseforstyrrelsen invaderer og legger føringer for livene til informantene. De opplever seg i en “zombie” tilstand hvor de er okkupert, mens de samtidig kjemper en kamp for å gjenvinne kontrollen.

Videre ser vi på hvordan det å ha en spiseforstyrrelse ofte får negative konsekvenser for det sosiale livet til individet.

5.3.2 Det sosiale

Mennesker betraktes som grunnleggende sosiale i sin natur (Norvoll, 2013, s.137). Det å oppleve sosial isolasjon vil derfor både være veldig belastende, men også kunne hemme menneskers opplevelse av å ha en egen identitet (Norvoll, 2013). Mye av gleden i livet kommer fra vennskap (Bratman og Knight, 2000). Når ortoreksien blander seg inn i disse vennskapene, fører det til et ”fattig” liv (Bratman og Knight, 2000). Vår informant Line forteller oss følgende:

”Fordi, det livet man levde når man var syk det var, det var ensidig og trist egentlig (ler). At man må spise det og det og det, og ikke kan spise det og det. Og ikke kan være med på det, så... Det er jo det jeg vil trekke frem. Det med sosiale sammenkomster. At man trakk seg jo unna venner, ja...”. Line snakker videre om at: ”Man tar, man distanserer seg veldig og for å ha kontroll sjøl. Eh, og det fører jo til at du på en måte unngår å være med på sosiale sammenkomster hvor du kan få tilbudt godteri, eller noe annet som ikke er lagd av deg selv da. Så... ja. Jeg er jo en sosial jente, og jeg liker å være med på alt. Så, og det var ikke det at jeg ikke ville være med. Men det var at for på en måte ha kontrollen selv da. Så sånn sett så er den sykdommen ganske fæl”.

Informanten Emma forteller om lignende opplevelse:

”Du har rutiner på liksom når du må få gjort ting, så du begrenser deg veldig sosialt for du må jo ha rom til det. Mange isolerer seg mye, og det har jeg gjort i perioder og. Og du vil jo ikke ha besøk hjemme, for du kan ikke risikere at folk kommer på besøk når du står midt opp i det... , og der også hvis folk kommer inn og bryter rutiner eller bryter planen din... Å herre jævel altså... Det, du blir et annet menneske enn det du egentlig er”.

I tråd med det Emma forteller, finner vi Guro som også snakker om hvilken konsekvens kontrollbehovet har for det sosiale:

”...det er jo mye kaos i hue”. ”...kom det plutselig en venn og sendte meg en sms på onsdags morgen og sier at jeg lurte på om vi kunne møtes og spise litt ute i kveld. Det var helt uaktuelt. Jeg hadde ikke forberedt meg. Jeg måtte ha en uke å forberede meg hvis jeg skulle ut å spise noe sted. Så måtte jeg planlegge treninga i forhold til hva. Og så måtte jeg også sjekke ut det stedet vi skulle, hva kunne jeg spise der? Var det noe jeg kunne ta?”.

Sitatet til Guro samsvarer med Bratman og Knight (2000, s. 51) sin fremstilling om at ortoreksi gjør det vanskelig å spise alle andre steder enn hjemme. De fleste restauranter serverer ikke den ”riktige” maten, og om de gjør det, stoler man ikke på at den er tilberedt riktig (Bratman & Knight, 2000, s. 51). Konsekvensen som følge av å ha ortoreksi, blir at det ofte går ut over det sosiale livet til personen (Bratman & Knight, 2000, s. 52). Dette er noe vi gjenkjenner i sitatene ovenfor fra Line, Emma og Guro. Videre ser vi nærmere på hvilken sentral rolle *tvangen* får i livet til personer med spiseutfordringer.

5.3.3 Tvang

I følge Bratman (2017) vil en person med ortoreksi komme til ett punkt hvor lidelsen går ut over mesteparten av tiden, hvor man planlegger hva man skal kjøpe og hva man skal spise til neste måltid. Det indre livet til en med ortoreksi vil dreie seg om å motstå fristelser, redsel for å ikke klare å overholde sitt regime, samtidig føler de seg overlegne over andre som ikke spiser like sunt som dem selv (Bratman, 2017). Vi spurte vår informant Emma (helsepersonell) om hennes kunnskap omkring ortoreksi og rigiditeten, dette svarte hun:

”...med ortoreksi og sånn at det, jeg tenker at det er kanskje den store fellesnevneren for alle spiseforstyrrelsene. Det her med at, du blir veldig fokusert på det du holder på med, du lager deg rutiner, du lager deg masse regler, du blir stressa hvis du må bryte reglene. Så det blir en form for tvangshandlinger ikke sant. Selv om du kanskje ikke har tvang i utgangspunktet, eller er en tvangsprega person. Men du skaper deg altså et tvangsproblem. For at når folk da prøver å bryte det, eller at du ikke får trent det du skal, eller du ikke får overspist og kasta opp eller at du må spise når du ikke hadde tenkt til det, eller du har gått opp en kilo uten at du hadde kontroll på det. så, så går alt til helvete. Altså, da raser dagen, da kan du like godt dø liksom. Altså du ender der, det er helt absurd. Og det tror jeg er kanskje det store fellestrekket for det. Det blir, det blir på en måte et prosjekt da”.

Guro forteller oss om hennes behov for å ha kontroll på hva hun spiser:

”...selv om jeg spiser jo ting med både fett og karbohydrater per i dag. Men jeg klarer ikke å la være å ikke se på innholdsfortegnelsen når jeg kjøper ting. Selv om jeg vet det hundre ganger hva ting er og sånne ting, så må jeg alltid sjekke. Og jeg er alltid redd for at jeg skal overstige for mye kalorier, så jeg må alltid se igjennom en ekstra gang da. Og så likevel så må jeg veie opp. Eh.. helst så vil jeg unngå karbohydrater, og kaloririk mat. Den, den sitter i meg ennå”.

Det Guro forteller om i sitatet ovenfor kan vi se i sammenheng med det Emma (helsepersonell) beskrev om rigiditeten. Guro forteller at selv om hun nå spiser matvarer som hun tidligere hadde utelukket fra kostholdet, må hun se på innholdet til det produktet hun skal kjøpe. Det kan betraktes som en tvang for å fortsatt kunne opprettholde kontrollen på maten.

Vår informant Emma som ble referert som helsepersonell i starten av delkapittelet, forteller nedenfor om sin egne erfaringer rundt det å ha en spiseforstyrrelse og hvordan tvangstankene skaper mange nye utfordringer om de ikke blir gjennomført:

”Det blir så mye rutiner og tvang i det som du må gjøre for å klare å holde deg gående da, for hvis du bryter de rutinene da skyter angsten i været. For da har du jo ikke

kontrollen lenger, og hvis.. også er du det der å bli veie opphengt, herregud asså vekta blir jo din beste venn og din største fiende. Det er jo liksom første du gjør om morran og det blir jo avgjørende omtrent for hvordan den dagen blir. Og hvis det da ikke er sånn som du har forventet eller feil vei så begynner du å leite etter hvorfor og at det var sikkert fordi at jeg var, spiste det måltidet i går, og var sikkert litt mer sånn... og da skal jeg ikke,. Da skal jeg ikke spise på den restauranten mer i hvert fall ikke sant, og det har jo ingenting med saken å gjøre (ler)”. ”Så lager du deg nye sperrer og hindringer”.

For Emma handler alt om å føle at hun har kontroll. Tvang og rutiner gjør at hun klarer å utestenge angsten. Lignende beskrivelse finner vi fra samtalen med Anne. Hun er veldig bevisst på at mat og trening har tatt en stor plass i livet hennes. Hun sier:

”Maten er vanskelig, for JEG MÅ HA KONTROLL. Det at jeg må trene for jeg kan ikke sitte i ro. Jeg har denne kommentaren som kan ødelegge mye for meg om den får vokse i mitt hode”.

Personer med ortoreksi vil i tillegg til å være veldig opptatt av å spise sunn mat, også med motivasjonen om en sunn helse, trene så mye at trening blir det andre fokusområdet og besettelsen i livet (Bratman, 2017). Her forteller Guro oss om treninga:

”...Noen ganger kunne det hende at jeg gleda meg, men det var fåtall jeg gleda meg til å trene. Det var på tvang. Hadde jo liksom disse her måla mine da. Jeg kunne i hvert fall ikke være under 1 mil da, og hvis jeg var under 1 mil kunne jeg i hvert fall ikke være under 5..., eller under 1000 kalorier. Men om jeg var dårlig for eksempel, så måtte jeg bruke 3 timer på denne treninga, for jeg må ha den der mila. Så, det var jo vondt. Virkelig vondt. For det med sulten, den blir borte, så den tenker du egentlig ikke så mye mer på. Men så blir det perioder som selvfølgelig nå kunne jeg tenkt meg å kosa meg. Men det blir borte. Men det som var mest vondt for meg, det var treninga. Jeg ble så sliten. Jeg trena, trena og trena og det var på en måte alt da. Og det var, var sånn at jeg helst ikke skulle sitte i løpet av dagen. Det var ikke før jeg kom hjem igjen, da kunne jeg få lov til å sitte i sofaen. Og selvfølgelig når jeg sov da. Men ellers så skulle jeg helst være oppe å gå, å gjøre aktiviteter hele tida”. ” ja tar masse energi og ja... Det unner jeg faktisk ingen, å komme i den fella der. Det er forferdelig”.

Guro fortalte oss om hvordan hun tidligere trente hver dag, 4-5 timer i hverdagene. I helga, hele dagen fra klokka 5-18. Regimet hadde eskalert. I starten hadde hun kosedag på lørdager men det ble sånn at for å fortjene kosen på lørdagene, måtte hun trene enda mer de andre dagene. Treningen skapte et tvangsmønster hun ikke kunne, eller klarte å bryte. Hun hadde sine mål hun skulle gjennomføre. Opplevelsen av å føle at hun i begynnelsen hadde kontrollen over treningen, gikk ut av kontroll.

Lignende fremstillingen finner vi i samtalen med Mette. Mette forteller at hun skulle ønske hun kunne fått noe positivt ut av å trene. Treningen har bare vært tvang, som har fått store konsekvenser for livet hennes:

”...Men at jeg faktiske klarte å nyte det litt og da. Eh for i det siste har jeg egentlig ikke nytt å trene. Det har mer vært sånn, forpliktelse nærmest. Sånn ja det må jeg bare. Selv om jeg bare har hata det som pesten”. Hun forteller videre om hvordan treningen har eskalert: ”Men det har jo vært liksom perioder hvor jeg bare, hvor jeg har trent og bare vært så sliten at jeg bare ha måtte ligget på gulvet en halvtime etterpå. Sånn på treningscenteret for eksempel, sånn på gulvet i garderoben og bare grått. For det at jeg er så sliten”.

I sammenheng med den tvangen rundt maten og treningen som våre informanter forteller om ovenfor, har vår informant Sonja (helsepersonell) en erkjennelse å komme med:

“jeg tror vi, når vi behandler spiseforstyrrelse så går vi i detaljfella, og altså setter opp kostlista på en avdeling, så går vi inn å veier antall gram nøtter, eller da ble det for lite. Altså vi går inn i den samme rigiditeten som vi prøver å hjelpe de bort fra. Så hvis vi også liksom kunne ha med oss det at, for ulempen er jo at vi skal gjøre ting likt, også er det mange som skal gjøre ting relativt likt. Men at det, om vi liksom hadde klart å spille på at ja noen ganger blir det litt mer, og noen ganger litt mindre, og spille på de forskjellene eller, enn det vi gjør. At det kanskje kunne gjort det litt bedre”.

Det Sonja (helsepersonell) forteller om her vitner om at også helsepersonell som er der for å hjelpe en person med spiseforstyrrelse, ofte også kommer inn i et rigid mønster

fordi de ønsker å opprettholde den samme praksisen innad i personalgruppa. De mener det godt for å sørge for at person får det den trenger ut i fra kostlista, men det blir en rigiditet som de egentlig ønsker å hjelpe personen bort fra. Sonja (helsepersonell) peker på at det kanskje kunne hjulpet om en også var åpne for at mengden og typen mat kan være litt ulik fra dag til dag, slik det som regel er i hverdagen. En dag spiser man hamburger med chips til middag, en annen dag fisk. Det er vanlig å unne seg en is i ny og ne eller hva det skulle være. Om helsepersonell også kunne vise litt fleksibilitet, kunne det kanskje hjulpet litt opp på den rigiditeten og tvangen personen med spiseforstyrrelse har opparbeidet seg?

I dette avsnittet har vi sett nærmere på tvangens betydning for en med spiseforstyrrelse. Videre belyser vi tematikken frykt/angst, sett i forhold til en person med ortoreksi.

5.3.4 Frykt/ Angst

For en person med ortoreksi vil tankene om hva en spiser og hvor mye, oppta mer og mer av det mentale livet (Bratman og Knight, 2000). Samtidig vil konsekvensene av å spise noe personen anser for å være usunt, være å begynne med en enda strengere diett, eller å faste for å rense bort den usunne maten (Bratman & Knight, 2000). Denne tankegangen kan vi også se når vår informant Mette forteller:

“Så det er jo den følelsen jeg får. At jeg føler meg ekkel og eh nesten føler meg litt skitten liksom. Jeg får liksom sånn der, ekkel følelse at jeg har putta i meg noe jeg ikke skulle. Jeg får liksom sånn, nesten litt dårlig samvittighet, litt sånn... også kommer den frykten da for å legge på meg da, og frykten for å bli stor og overvektig, og ja...”.

Denne opplevelsen etter å ha spist noe usunt forteller også Nora om:

“Fordi usunn mat da blir jeg veldig sånn uggh, nå føler jeg meg litt daff, og ekkel, og jeg føler at jeg har grisa til kroppen innvendig og også nå blir jeg tjukk. Det er jo sånne tanker”.

I henhold til det Mette og Nora forteller i sitatene ovenfor om hvor ekkel og skitten de føler seg ved å ha spist noe usunt, ser vi dette videre i forbindelse med renhetens betydning for en med spiseforstyrrelse. Ortoreksi og anoreksi har flere lignende

fremstillinger, blant annet er anorektikere ofte fanatisk opptatt av renhet (Solheim, 1998, s. 106). Det samme er gjeldende for en person med ortoreksi, hun blir besatt av renhet (Bratman, 2017). En person med ortoreksi kjemper mot følelsen av å være uren og forurenset av hva de har spist uansett hvor mye de kontrollerer sitt matinntak. For en ortorektiker vil kun det å føle seg hel ren, ren og gjennomsiktig være perfekt nok (Bratman, 2017). I følge Solheim (1998, s. 107) symboliserer det rene alltid klare grenser. Anorektikers kroppsritualer handler om en tømning, renselse og rengjøring av kroppen for alt som er fremmed, ikke bare om å ikke få i seg mat på grunn av vegring mot det farlige utenfra (Solheim, 1998). Det urene er forbundet med det som flyter over grensene og som en anorektiker regner som farlig og forbudt. Det urene signaliserer kaos, sammenbrudd og oppløsning (Douglas i Solheim, 1998: 107). Vi snakket med Line om hennes opplevelse etter å ha spist noe forbudt:

”når man spiser usunn mat, da var det på en måte at jeg vil straffe, straffe meg da. Eventuelt utelukke det ene måltidet jeg skulle spist. Eller det å pushe meg enda hardere på trening, eller trene en time ekstra på mølla. Så det gikk jo i det å straffe seg, fordi... ja. En følte seg dårlig da”.

Line må få bort det farlige utenfra (Solheim, 1998). Hun må straffe seg om hun ikke klarer å opprettholde det regimet hun har laget seg, hun mister kontrollen. Dette må betales i å utelukke måltider eller pushe seg hardere på trening.

Et sentralt trekk ved spiseforstyrrelse er sinne. Hun får ikke utløp for aggresjonen. I et forsøk på å holde avmaktsfølelsen og aggresjonen unna ønsker hun å straffe seg selv ved å dekke over det med å spise for mye, eller å være tom (Skårderud, 2016a). Spesielt hos jenter og kvinner kan det å være sint oppfattes som noe som ikke er akseptert. Hun dreier sinnet innover seg selv istedenfor å vise det utad. Det indre sinne viser seg ved avsky for sin egen kropp, og sterk misnøye med seg selv (Skårderud, 2016a).

Videre ser vi dette i sammenheng med frykten for å legge på seg.

Hygiene og mat er to kulturelle symbolfelt for å markere grenser (Solheim, 1998, s.107). Kroppens primære symbolspråk er matens språk, som snakker umiddelbart og direkte. Maten handler om en inkorporasjon. Hygiene handler om å skille seg av med og rens kroppen. Eksempler på dette er rituell vasking, og tømning av kroppen. En

anorektiker setter grenser utenfra og innenfra. Hun lukker kroppen fra å ville motta noe, og frastøter det hun har fått (Solheim, 1998, s. 107). Vår informant Guro forteller:

”jeg bruker avføringsmidler for at jeg vil føle meg tømt. Så jeg kan vite hva den reelle vekta mi er, uten mat og drikke i kroppen”. Guro snakker også om at hun gikk opp 2 kilo etter en reise, dette er følelsen: ”...helvetets randen føler jeg at jeg står på”. ”...nå har jeg bare lyst til å dø, rett og slett, så ille er det, faktisk”. Det urene fører til fullstendig kaos. Guro sier også til oss at: ”...man ønsker jo på en måte å bare leve ett normalt liv. Man ønsker jo ikke å leve sånn som detta her. Det er jo ikke noe jeg ønsker. Selv om jeg ønsker å være tynn, så er jo ikke noe ønske å slite med detta her, frykta for vekta og utseende. Og føle deg stygg, fæl og feit og ja”. “Ja jeg ønsker å bli frisk, men samtidig er det så skummelt å bli frisk. Så atte det holder meg igjen, for at det jeg forbinder med å bli frisk nå er det å være lubben, ikke sant?”.

For Guro handler det om at hun ikke føler seg ren nok før hun er helt tom. Hennes sykdomshistorie forteller om et ambivalent forhold mellom det å ønske å bli frisk, samtidig som hun har en virkelighetsoppfattelse om at det å bli frisk er det samme som å være lubben.

Guro forteller at det ikke har manglet på muligheter for å få hjelp:

”ja, jeg har fått mye hjelp, men jeg har jo egentlig ikke ønska hjelp da. Jeg vil... og for det første var det en god stund jeg fornektet at jeg var sjuk og”.

Spiseforstyrrelser handler mye om angst og frykt for å skulle spise annerledes. Det dukker opp bekymring for å måtte slippe den strenge kontrollen man har opparbeidet seg ved å “dope” seg på maten (Skårderud, 2013). For en med spiseforstyrrelser kan denne frykten og angsten handle om manglende kunnskap om hvordan en kropp fungerer. Det kan også handle om å få en *språkforståelse* for å gjenkjenne hvordan man har det. “*Kunnskap er makt; i dette tilfelle over seg selv*” (Skårderud, 2013, s. 232).

Guro snakker nettopp om denne kunnskapen når hun tenker på hva som kan gjøres som forebyggende tiltak for å normalisere forholdet til kropp og helse hos barn og unge:

“Og kan jo sikkert også ha noe med heimkunnskap og skolelunsj, slik at en kan ha fokus på at, ikke sånn at man sier det høyt, men at man nå lager vi av norske råvarer, ikke

sant, får laget ting fra bunnen av da, får inn kunnskapen der istedenfor. Og at man har en normal gym. Altså vanlig norsk gym som man hadde i gamle dager, så, det har man ikke nå lenger som jeg har forstått. Nå har en nesten ikke gym på skolen, fordi det ja.. så heller på en måte gjøre normalisere alt”.

I tråd med det Guro forteller om, finner vi det Emma (helsepersonell) tenker rundt forebygging:

“jeg tror det har mye å gjøre med at man har mista mye av de lærerne med spesialkompetansen både og heimkunnskapen. Heimkunnskapen var et ypperlig sted å drive med den type foreb.. altså opplæring og forebyggende arbeid. Husker jo det sjøl. Du opplevde jo aldri heimkunnskapen som noe sånn derre - nå skal vi være sunne dere, og dette er ikke bra for dere og slankefokus og sånn. Barn og unge får jo fettfobi jo, altså det er jo farlig. Vi trenger jo fett og. Sånn som man bør ha mere fokus på den naturfaglig kunnskapen knytta opp mot det og, enn hva som er sunt for deg og ikke. Hvis du heller fokuserer på å lære ungene om hvordan kroppen fungerer, hva den trenger, hva bruker kroppen fett til. For det er liksom ikke bare fett på hoftene. Altså vi trenger jo fett i cellene, de er.. altså uten fett så dævver vi jo. Så det er liksom... de vil vel og meniga er god men de bommer (ler)”. Videre sier Emma (helsepersonell):

“Så liksom det med sunnhet i skolen, ja fokuser gjerne på at godteri på lørdagene og grønnsaker er viktig. Men du må ha fokus på hvorfor det er viktig. Og sånn som å forby brunost i barnehager og på skolen, da har du og bomma. Det er liksom at hvis du ser at en unge alltid har brunost, så okej så kan du ta foreldrene til side og si at det er kanskje greit med litt mer variert. Enn å begynne å snakke om at vi skal ikke ha brunost for det er det sukker i. Altså (ler) også er det på noen artikler som det har vært på lissom så mange sukkerbiter er det i en banan. Og det var det jo en som skrev en rasende bra innlegg på; jeg skjønner ikke hvordan de sukkerbitene har kommet inn i den banana (ler). For det må jo faktisk skille på fruktsukker, og melkesukker og reint sukrose”.

I tråd med det Emma (helsepersonell) her forteller om, ser vi det i sammenheng med skolens viktige rolle. Skolen er en viktig innfallspurt for helsefremmende arbeid med barn og ungdom (Mæland, 2005). Skolen har som utdanningsinstitusjon ansvar for å gi elevene kunnskap om helserelevante forhold. I tillegg skal skolen i

sosialiseringprosessen sørge for at elevene opparbeider seg ferdigheter, verdier og holdninger, også i sammenheng med helse (Mæland, 2005).

Paradokset er slik som Guro forteller om litt tidligere; hun fikk mye hjelp, men ønsket det ikke. I frykt for å miste kontrollen hun hadde over maten. Kanskje i mangel på kunnskap om sin egen kropp og helse? Samtidig har vi snakket med Mette som forteller at hun føler hun står helt alene og savner hjelp. Dette antar hun er fordi hun blir regnet for normalvektig og dermed for frisk. Mette forteller:

“Det er liksom det som er veldig skuffende. Jeg har vel egentlig, at det eh... jeg har vel egentlig fått minimalt med hjelp da, eh, egentlig fra starten av. Jeg har følt at jeg egentlig bare har stått veldig aleine. Og noe av grunnen til det, føler jeg at har med vekt og sånn å gjøre. Det er knytta veldig til det. Jeg føler at i fjor da jeg liksom hadde gått ned så mye på så kort tid og sånn, da var de bekymra. Og liksom sånn nå må vi gjøre noe, sette inn tiltak og sånn. Og da var jeg, da var jeg undervektig en lengre periode. Og da var de liksom veldig opptatt av det. At jeg skulle følges opp av fastlegen, at de skulle samarbeide og sånn og slik. Og at jeg skulle veies en gang i uka, og det var ikke måte på”. “...for de har jo vært sånn hele veien at de ja hvis vi skal hjelpe deg, så må du la oss veie deg en gang i uka, hvis ikke så er vi ikke interessert. Også sa jeg bare at vet du hva jeg er ikke interessert i å veie meg uke, fordi eh hvis det er det eneste dere skal ha fokus på så hjelper ikke det meg noen ting. Eh, men da tok de som om at jeg ikke var motivert, til å få hjelp. Også hadde de bare, jaja, lykke til”. “Liksom jeg har egentlig hatt behov for mer hjelp til å komme meg ut av det. Og selv om jeg på en måte ble normalvektig igjen, så betyr jo ikke det at det går bra”

Dette Mette her forteller om kan vitne om en svikt i velferdsstaten og det offentlige systemet i videreformidling av kunnskap og hjelp. Vår informant Sandra kommer også med en bønn: *“Eneste jeg kan si er å i det minste prøve å hjelpe de som ber om hjelp”*.

Skolehelsetjenesten har en sentral rolle i å identifisere barn som har en problemutvikling, samtidig som de skal gi råd til foreldre og eventuelt henvise til videre oppfølging (Sosial- og helsedepartementet, 2000). *Helsestasjonen for ungdom* skal være et tilbud til ungdom som ønsker å ha noen å prate med eller annen oppfølging (Helsedepartementet, 2000). Vi spurte vår informant Oda som jobber som helsesøster,

om hun tenkte hun og andre helsesøstre har nok kunnskap om spiseforstyrrelser. Hun sa følgende:

“Altså eg kan ikkje veldig mye om eh, om spiseforstyrrelse. Eg har prøvd å lese meg litt opp og prøver å følge litt sånn med. Og det også kommer av faglig..., eg var på et seminar her nå på poliklinikken en sånn fagdag, men da var det bare i forhold til voksne. Men eg tenker er det helt likt for barn?, det er det som er. Men eg tenker at vi må jo tørre å snakke med de om det da. Og prøve å...”. Videre sa hun dette om andre helsesøstre har nok kunnskap:

”nei det tror eg ikkje. Eg tror ikkje, og vi er generalister sant, vi er spesialister på masse sant. For det er jo, hvis man tenker det som en ren spiseforstyrrelse så trenger en jo behandling. Og vi skal ikkje drive med behandling, sant. Men eg tenker det med oppfølging og fange opp, sant. Det å faktisk klare å fange opp. Og spesielt da om det er foreldre som ikkje er med på det, sant. Hvordan skal vi da klare å stille spørsmål som at vi da skjønner ja det er det det handler om”. I forhold til arbeidet med barn og unge sier hun videre:

“Og eg tror også det er en del helsesøstre som syns det er vanskelig å snakke med det om kost. Det er jo ikkje alle helsesøstre som har like god peiling på det heller, eg syns jo ikkje det. Det er ikkje bedre å spise nugatti enn syltetøy for det er sunt, det er nøtteolje i nugattien (ler)”. *”nei da er det bedre å spise syltetøy, med mindre sukker i, ja. Der er det bær. Bær er faktisk ganske bra. Frukt også. Eg hadde en lege som sa at man måtte slutte å spise banan etter skoletid fordi det var så mye så mye kalorier i banan. Og ja? Å bytte til hva da?”*. *“ Det er mange som har mange tanker i hodet”*.

Oda (helsepersonell) forteller ovenfor om en intensjon om å skulle hjelpe barn og unge, men at helsesøstre er *“generalister sant, vi er spesialister på masse”*. Dette vitner om at det kan være en kunnskapsmangel rundt spiseforstyrrelser generelt, blant helsesøstre. Det kan bli en utfordring om hvordan en da skal hjelpe barn og unge med begynnende spiseutfordring, som for eksempel det å få et sterkt fokus på å spise sunn mat? Med frykten og angsten, og manglende kunnskap om egen kropp, kan spiseforstyrrelsen dekkes over med skam og løgn som vi videre ser nærmere på.

5.3.5 Skam og løgn

Skam kan være knyttet til selvhat og selvforakt. Skammen kan dreie seg om å føle skyld for *noe*, eller skamme seg for *noe*. Frykten til den skamfulle er å bli avslørt som den man er (Skårderud, 2013: 39). Emma forteller oss om følelsen av skam her:

”også den ekstreme skammen, det der at du ja etterhvert da når folk veit eller har skjønt at du er sjuk”.

Skam hindrer positive følelser, og kan være til stede i psykiske lidelser (Berg & Pallesen, 2004). Skam oppleves når man har gjentakende skamfølelse, negative selvpåfatninger og dårlige erfaringer over tid. Skam kan uttrykkes på forskjellige måter og graden av skam kan variere. Skammen kan oppstå når en ikke klare å forholde seg normalt til mat, eller skammen en føler når en ikke opplever mestring (Berg & Pallesen, 2004). Skammen er noe man ikke viser og det er vanskelig å snakke om skammen man føler. Skammen skaper også ofte en ambivalens for den som lider av spiseforstyrrelser. Dette kan handle om frykten for å bli avslørt, samtidig som hun ikke ønsker å fremstå så velfungerende som hun gir uttrykk for (Skårderud, 1994).

Det å ta vare på helsa si, og spise sunt vil i starten være noe man er veldig stolt av for en som har ortoreksi (Bratman & Knight, 2000, s. 2), men når kontrollen går ut av kontroll som Giddens peker på (Aakvaag, 2008, s. 278), ser vi at også her kan det dukke opp en skamfølelse.

Vår informant Emma (helsepersonell) forteller om hva hun tenker bør jobbes med forebyggende. I dette tilfelle relaterer vi det til skamfølelsen:

“Og jeg tror det er mye mer å hente på å tenke forebygging på psykisk helse generelt. Og det å få barn og unge til å ta kontakt, til å tørre å be om hjelp. Til å ufarliggjøre psykisk sykdom, det å slite psykisk, istedenfor å fokusere på hvor påvirka vi blir på vekt”.

Det Emma (helsepersonell) i sitatet ovenfor sier, handler om at det forebyggende bør jobbes med mer åpenhet om psykisk helse, og at man ikke trenger å føle skam for å streve med en psykisk lidelse. Det samme savner en annen av våre informanter, Mia:

“Åpenhet om psykisk helse, og hvordan man kan søke hjelp”.

Videre ser vi på løgnens rolle i livet til en med en spiseforstyrrelse.

For de som strever med andre spiseforstyrrelser i kombinasjon med ortoreksi, eller veksler mellom ulike spiseproblematikker, ser vi at det med løgn er fremtredende.

Erving Goffman utviklet tenkningen om stigmatisering i boka *”Stigma”* fra 1963 (Norvoll, 2013, s. 120). Goffman ønsket med sin utvikling av begrepene stigmatisering og stigma å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer, og hvordan samhandlingen mellom den syke og andre mennesker foregikk (Norvoll, 2013, s. 120-123). Emma forteller oss:

”du blir jo en løgnhals av rang. Du blir jo ekstremt god på å jule”. ”...mange fler enn det jeg tror man er klar over, fordi folk ikke tør å si det, ender jo opp med å stjele fordi man ikke har penger til mat. Eller til mat- misbruket sitt”.

Line snakket også med oss om hvordan man dekket over med løgn:

“Så det var liksom sånn om folk hadde spurt om jeg hadde spist middag, så ljugde jeg om det. Man lager sånne løgner. Det er jo bare for å liksom ha den kontrollen selv da”.

Guro sier dette:

”Jeg står jo alltid aleine, selv om jeg er kjempe fortvila. Det er veldig sjelden folk får vite hvor mye jeg sliter, om de ikke spør da. Om de spør så svarer jeg. Men jeg er veldig flink til å ta på meg maska og så er det fryd og gammen, men så kommer jeg hjem også er jeg helt rådvill”.

I forhold til Goffman sin forklaring om stigma, vil psykiske lidelser bryte med det normale og forutsigbare, og bli oppfattet som sosialt avvik eller annerledeshet (Norvoll, 2013, s. 121). Personen som oppfattes som annerledes, merker seg ofte at omgivelsene reagerer (Norvoll, 2013, s. 121). Goffman beskriver at man inntreer ulike roller i livet som på en scene, hvor man opptrer ”frontstage” eller ”backstage”. ”Frontstage” beskriver det man viser utad med “maska” på, mens ved ”backstage” kommer den virkelige personen bak “maska” frem når sceneteppe er dratt igjen (Rysstad, 2016). For å forstå våre informanter kan vi se en sammenheng med det Goffman her er opptatt av

at på utsiden ønsker man å vise at alt er bra med personen, mens på innsiden og i det innerste jeget kan personen ha flere utfordringer når kontrollen går ut av kontroll. For Anna er det viktig å skjule spiseforstyrrelsen, så "frontstage" kommer dette frem:

"Jeg legger bestandig bort spiseforstyrrelsen når jeg drar på jobb. Da er jeg "ikke" spiseforstyrret, selv om jeg er det. Jeg elsker barn og jobben min så da er den ikke med meg".

Vår informant Guro forteller oss at det ligger ett paradoks i ønsket om å bli frisk. Det er vanskelig å leve opp til samfunnets forventninger, så "frontstage" kan være trygt å opprettholde for å slippe å ta tak i egne utfordringer:

"Det er jo skummelt da å bli frisk så... Det er jo kanskje litt feil å si det og, men det er jo litt ett skalkeskjul også.. Når du er sjuk så slipper du å tenke at du må jobbe, du må utdanne deg mer, du må ha familie, du må ha barn, du må ha sånn og sånn kontakt med venner og sånn. Du kan på en måte kunne ha gjemt deg litt bak det da. Jo mer du nærmer deg å bli frisk, jo mer kjenner du på det presset med å skulle burde ha familie, burde ha kjæreste, burde få barn, jeg er snart 40! Om jeg skal få det, så burde jeg tenke på å få det nå. Så det begynner jo å bli veldig, veldig skummelt! Det der og. Det å leke normal. Det å gjøre normale ting. Det å dra til middag til hverandre, eh... og alt det derre greiene der. Som man, på en måte ønsker ja, men som på andre ikke".

Vi forstår det sånn at for Guro kan det handle om at det er vanskelig å ta tak i egne følelser, det er lettere å la spiseforstyrrelsen ha kontrollen over livet hennes. Det stilles ikke så høye forventninger i samfunnet til noen som er psykisk syk (Unneland, 2012). Lavt selvbilde vil muligens gjøre at hun ikke har tro på at hun klarer å bli frisk. Samtidig vil hun miste en del av seg selv som hun anser som trygt, i jakten etter en ny identitet uten spiseforstyrrelsen.

For vår informant Frida (helsepersonell) handler forebyggingsarbeidet om å fremme det normale, for å styrke selvbildet:

“Jeg snakker jo, jeg har veldig mye fokus på å være normal og være bra nok. Det tenker jeg det er noe av det viktigste vi helsesøstre kan formidle så er det liksom å på en måte fylle på med at de er gode nok”.

Vi oppfatter det slik at Frida (helsepersonell) trekker paralleller mellom det å være normal og være bra nok. Ved å være normal er man god nok, og man er ikke syk. I sammenheng med det Guro fortalte om viser det til kontrasten til hennes liv; hun føler seg ikke anerkjent nok for det normale livet. Løgner og jenta bak masken viser til en sterk usikkerhet om å skulle takle livets utfordringer. Anerkjennelsens betydning vil vi se nærmere på i vår neste analysedel.

5.4 Avsluttende kommentarer

I denne analysedelen har vi ønsket å belyse tematikken ambivalens. Ambivalens og motstridende følelser er sentrale trekk hos en person med spiseforstyrrelser.

Ambivalensen opptrer som en dobbelthet av tanker og følelser. Ambivalensen handler om å ha kontroll på situasjonen, på maten og treningen. Men så går det for langt og ut av kontroll. En person med spiseforstyrrelser kan da miste kontrollen over det som skulle hjelpe han eller henne å oppleve mer kontroll. Før de opplever å miste kontrollen, er det sannsynlig at en person med ortoreksi opplever seg som vellykket i sitt sunne matprosjekt. Man kan føle at endelig er det noe man får til og mestrer (Skårderud, 2016 s. 397). Kontrollen, atferden og overopptattheten rundt mat og kropp er en desperat kamp om full kontroll over kropp, prestasjoner og over egne følelser.

Vi har valgt å dele denne analysen i to deler, vennen og fienden. “Vennen” viser til siden hvordan ortoreksi kan betegnes som noe positivt i informantenes liv. “Fienden” siden reflekterer over konsekvensen av å ha en spiseproblematikk, og hvordan ortoreksi kan betraktes som fienden i livet. På “fiende” siden av analysen har vi belyst noen forebyggende tiltak knyttet til tematikken. Sitatene fra informantene er knyttet opp til relevant teori og forskning på områdene.

6. *“For meg er det viktig å bli godtatt” (Sandra)*

“Yes. To put it another way, “eating healthy” can be a form of competition, like buying a fancy car, or joining an elite club. People who would never be so materialistic become exactly as materialistic with food while not recognizing it”.

Dette direkte sitatet har blitt utvekslet mellom oss og Bratman på spørsmålet om hvilken betydning det har for mennesker med ortoreksi å få anerkjennelse for den sunne livsstilen sin. Bratman sammenligner det å “spise sunt” med en slags konkurranse og søk om bekreftelse for å bli godtatt. Det strebes etter et ønske om å være vellykket, oppnå status og passe inn i sunnhetsidealet i dagens oppvekst.

I et samfunn preget av mangfold og individualisme er det et behov for å forstå fenomenet anerkjennelse (Skoglund og Åmot, 2012). Begrepet individualisme viser til kulturell og psykologisk forståelse av mennesket, der alle individer blir forstått som unike (Frønes 2011 s. 36).

Anerkjennelse er et overordnet begrep som rommer sider av bekreftelse, respekt og likeverd. I den dagligdagse talen snakker vi om å prestere og få ros, bli hyllet og sett opp til (Schibbye og Løvlie, 2015). Mennesker er avhengige av anerkjennelse, og dermed sårbart for krenkelser og overgrep ved fravær av anerkjennelse (Skoglund & Åmot, 2012). Kampen om anerkjennelse oppstår overalt rundt oss (Honneth, 2008). Anerkjennelse kan betegnes som et psykisk behov; et behov for å bli sett og forstått som menneske. Men innenfor her foregår det en kamp om hva som er verdifullt (Unneland, 2012). I dagens samfunn har det skjedd en endring til en stadig mer individualisert kamp for prestisje og status (Unneland, 2012). Flere og flere mennesker opplever psykisk sykdom, tross bedret levekår og levestandard. Det kan være sammensatte årsaker, økt individualisme kan være en forklaring (Honneth i Unneland, 2012). Individualiseringen bidrar til å legge opp livet etter egne premisser og økt frihet. Men dette kan føre en svakhet på det sosiale kollektivet som er et gode for samfunnet og individene (Frønes 2011, s. 49-52).

Unneland (2012) skriver om dagens samfunn hvor de sterke opphøyes, og de svakere personene elimineres og isoleres som omsorgs objekter. Anerkjennelse har som grunnide at mennesker har verdi og er elskverdige. Men ideologier som legger forakt på det som er annerledes og det svake, finnes fortsatt i dagens samfunn. Anerkjennelse betraktes ut fra menneskers verdier, og preges av samfunnet vi lever i (Unneland, 2012).

I utviklingen av selvet lærer barnet å betrakte seg selv som et selvstendig individ, som følge av relasjoner til andre mennesker (Honneth, 2008). I denne forbindelsen ser vi nærmere på hvilken betydning *sosialisering* har for opplevelsen av å bli et anerkjennende individ.

6.1 Sosialisering

Sosialisering kan forstås som en livsvarig prosess hvor hvert enkelt menneske lærer å tilpasse seg samfunnets normer og regler (Frønes, 2011, s. 12-13). Gjennom sosialiseringen lærer vi hvordan vi skal forholde oss til andre mennesker, hva vi kan forvente av dem og hva de forventer av oss. Sosialisering er noe som er fremhevet av tradisjonene og fortiden, der eldre generasjoner har overført kulturer og forestillinger til de yngre (Frønes, 2013, s. 13-14). Før i tiden ble barnet beskrevet som en kilde til arbeidskraft. Vårt samfunn derimot ser på barnet som uskyldige, naturlige og ekte (Frønes, 2011 s. 18-22). Sosialisering styres også av forestillinger om fremtiden, som når foreldre søker om å tilpasse oppdragelsen av barna til det de mener er fremtidens krav og samtidig at fremtiden forutsettes å inneholde noe annet enn fortiden (Frønes, 2013 s. 13-14). Med utgangspunkt i sosiokulturell teori for å forstå sosialisering og hvordan denne sosialiseringen virker inn på individets selvoppfattelse, hevdes det at i dette perspektivet vil mestring ha sammenheng med forventningene som er bygget inn i konteksten, dvs. det sosiale samspillet, kulturen og samfunnet (Frønes 2011, s. 16-25). Normer og forventninger tilknyttet og da sammenligninger med venner, bekjente og idealer. Utseende, kropp, interesser og miljø er noen av de faktorer som representerer utfordringer tilknyttet unge i dag. Hvordan disse utfordringene mestres, vil være avgjørende for et individs selvbilde, relasjoner, tilpasning, og problemer (Frønes 2011, s. 16-25) .

Det skilles mellom to former av sosialiseringprosessen; primærsosialisering og sekundærsosialisering. Primærsosialiseringen får vi først og fremst fra våre nærmeste, våre foreldre og søsken. Mens sekundærsosialiseringen er den som fortsetter gjennom hele livet og den starter ofte i møtet med barnehagen og skolen. Når vi får venner lærer vi oss hvordan de tenker og oppfører seg og vi lærer oss å se verden fra deres synspunkt (Frønes 2013, s. 21-24). For å kunne utvikle et bra følelsesliv må et barn oppleve trygghet, nærhet og tillit til voksne og andre omsorgspersoner (Frønes, 2011 s. 76-77). Utgangspunktet i utviklingsteorien betyr at mennesker er født med et behov for å knytte seg til å få beskyttelse av andre og foreldre da er som regel de viktigste

tilknytningspersonene for barnet. Hvis et barn har erfaring med trygt samspill, vil dette danne et grunnlag for sosial og emosjonell trygghet senere i livet (Smith, 2006 s. 139-179). Barndommen blir betegnet som en utviklingsprosess og dannelsesprosess hvor medlemmer av en kultur og et samfunn legger grunnlaget for hvordan vi utvikles som individer (Frønes, 2011 s. 12-17). Ungdomstiden beskrives som en tid mellom barndom og voksenrolle, der ungdom ses på som handlende subjekter, og i en fase for frigjøring fra familien (Frønes, 2011 s. 44-48). Den enkelte vokser opp under ulike materielle og kulturelle forhold. Slike forhold varierer i forhold til tidsepoke, sosiale klasser og kjønn. Ungdomstida er derfor en sensitiv aldersfase hvor holdninger, verdier og selvbildet som dannes, ofte forblir der (Øia og Fauske, 2010 s. 47-54). I ungdomsårene øker behovet for sosial kontakt med jevnaldrende, mens avstanden til foreldrene har en tendens til å bli større. Mange har et ønske for å løsrive seg fra familie og oppleve seg selv som selvstendig og uavhengig. En del av sosialiseringen eller dannelsesprosessen i moderne samfunn, foregår utenfor voksenstyrte arenaer (Frønes, 2011, s. 126-131). Familien har en sentral oppgave i å gi støtte og skape trygghet i den unges liv. Men det er også viktig å bli godtatt og akseptert i vennekretsen (Frønes, 2011 s. 130). Det å oppleve meningsfulle fellesskap, vil også gi mulighet til sosial utvikling (Frønes, 2011 s. 130).

I sosialiseringen som foregår i dagens samfunn møter ungdom på ulike forventninger. Prestasjonssamfunnet gjør at det er en fare for at individer blir overdrevent avhengig av vurdering og respons (Unneland, 2012). Anerkjennelse kan få for liten og for stor betydning i dagens oppvekst (Unneland, 2012). Videre i oppgaven ønsker vi å se nærmere på danning, og identitet, før vi videre ser på kampen om anerkjennelse i lys av Honneths teori.

6.2 Danning

”Danning er ikke å bli som de andre, men å bli seg selv” (Unneland, 2012, s. 130).

Begrepet danning handler om å tilegne seg det gjeldende innenfor kulturen, utover det som betraktes som sosialisering (Skoglund og Åmot, 2012). Danning kan forstås som et livsprosjekt, hvor vi utfordrer og strekker oss for å utvide våre forståelsesrammer.

Danningsprosessene i samfunnet blir viktige for å gjøre oss til selvstendige, reflekterte og bevisste samfunnsborgere og individer (Skoglund & Åmot, 2012). Mulighetene vi har for danning er avhengig av andre mennesker. Sosiale og kulturelle vilkår virker inn på dannelsesprosessen (Skoglund & Åmot, 2012). Det å ivareta dannelsesprosessen hos

elever, barn, studenter er blant annet et krav for pedagoger. For å ivareta danningens intensjon, er det nyttig å se nærmere på anerkjennelse som fenomen (Skoglund & Åmot, 2012). ”Det er et grunnleggende eksistensielt behov for alle mennesker å få følelsmessig bekreftelse, det handler om menneskelig sårbarhet” (Skoglund og Åmot, 2012, s. 30).

Før vi ønsker å belyse tematikken anerkjennelse grundigere, og se nærmere på menneskets behov for gjensidig anerkjennelse, ser vi først kort på hvilken betydning identitet har for individet.

6.3 Identitet

Begrepet identitet gir oss en opplevelse av erfaringer, minner og verdier som egne og unike (Erikson, 1968 i Falkum, Hytten og Olavesen, 2011). Identiteten dannes ut fra menneskets biologiske og psykologiske kjennetegn og det sosiale og kulturelle miljøet som omgir personen (Falkum et al., 2011). Selvet våres formes av samhandling med andre, men vi kan oppleve det også bare ved å observere andres reaksjoner i det sosiale og kulturelle miljøet som omgir oss. I et slikt miljø bør man kunne uttrykke de biologiske og psykologiske behovene vi har, men det bør også være mulig å få behovene bekreftet eller anerkjent (Falkum et al., 2011). Moderne kultur representerer muligheter for å velge. Friheten fra tradisjoner betyr mer frihet, men også høyere forventninger til seg selv. Unge mennesker kan derfor svinge mellom håpløshet og fortvilelse, på grunn av store drømmer og urealistiske fremtidsplaner og i tillegg en følelse av utilstrekkelighet og manglende evner (Skårderud, 1994, s. 177-179).

Identiteten formes av anerkjennelse fra andre. *Anerkjennelse* er et omdiskutert fenomen som mange har ment noe om. Betydningen av begrepet vil vi videre se på når vi går nærmere inn på Honneths ideologi om anerkjennelse.

6.4 Axel Honneths teori om anerkjennelse

Siden tidlig på 1990- tallet har *anerkjennelse* vært et viktig begrep innenfor samfunnsforskning og praktisk filosofi (Skoglund & Åmot, 2012). I tillegg brukes begrepet i felt som helsevitenskap og sosialt arbeid, i tilknytning til fagpersoners relasjonelle møter med hjelpetrequende eller klienter. *Anerkjennelse* har også fått stor betydning innenfor pedagogisk fagfelt som skole, barnehage og høyere utdanning (Skoglund & Åmot, 2012).

Begrepet anerkjennelse bygger på tenkningen til sosial filosofer som Charles Taylor og Axel Honneth, som igjen bygger på filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel sitt teoretiske fundament (Honneth, 2008 s.101). Honneth har basert sin anerkjennelsesteori på Hegels ideer om en ”kamp om anerkjennelse”, som han hentet fra Hegels Jena skrifter. Meads sosialpsykologi har også vært en inspirasjon (Honneth, 2008 s.101). Anerkjennelsesbegrepet har to underliggende tanker; at hvert individ har et utviklingspotensialet og en egenverdi, og at mennesket har en ukrenkelig verdi (Honneth 2008, s 101-102). Anerkjennelse legger grunnlaget for autonomi, frihet og identitetsdannelse (Skoglund & Åmot, 2012). Menneskers identitet utvikles ikke isolert (Honneth, 2008). Vår identitet er avhengig av gjensidige anerkjennende relasjoner til andre mennesker, og viser til fenomenet som oppstår i relasjonen mellom individ og verden (intersubjektivitet). Med anerkjennelse i tankene vil det å utvikle selvvverd, selvtillit og selvbevissthet være basert på relasjoner til andre (Skoglund & Åmot, 2012). Honneth og Taylor er opptatt av at det samfunnsmessige, kulturelle og sosiale fellesskapet må ha som mål å styrke den enkeltes autonomi (Honneth, 2008 s. 117). Dagens flerkulturelle samfunn bør ha som mål å gjensidig styrke individualiteten, samt den sosiale inklusjonen (Honneth, 2008 s. 132). Honneth og Taylor er enige om at det kan oppstå nye grunnleggende verdier i form av kulturelle endringer (Honneth, 2008 s. 132). Anerkjennelse dreier seg ikke bare om symbolske ytringer eller ord, men også atferd og handlinger (Skoglund & Åmot, 2012). Anerkjennelse regnes først og fremst som et eget fenomen med egen hensikt, ikke som et biprodukt av andre handlinger med andre hensikter (Skoglund & Åmot, 2012). Mennesker kan bare anerkjenne det som allerede finnes av egenskaper hos andre, som kjennes igjen som verdifullt. Her ligger muligheten for menneskers autonomi. Selvstendighet blir utformet ved at andre mennesker anerkjenner personens ferdigheter og egenskaper (Honneth, 2008). Honneth hevder at anerkjennelse er grunnleggende for en persons utvikling og opprettholdelse av en helhetlig eller intakt identitet (Honneth i Skoglund & Åmot, 2012). Honneth skiller seg ut fra andre filosofer som også er opptatt av anerkjennelse, fordi han deler temaet inn i tre sfærer og ser på forholdene mellom de, inspirert av Hegel sine tanker. Hegel er opptatt av de ulike sfærene, og viser til at det å bli anerkjent på et nytt nivå er basert på en moralsk motivert kamp (Honneth, 2008 s 101-102). “Selvet” dannes ifølge Honneth (2008, s.112-113) mellom egne opplevelser og våre sosiale erfaringer. Å respektere seg selv, ha selvtillit og det å kunne hevde seg selv,

danner grunnlaget for menneskets forståelse av seg selv eller oppfatningen av seg selv utfra andre menneskers respons, men også fra relasjoner mennesker har til hverandre (Honneth, 2008 s. 113). Selvtillit betyr menneskets tiltro til sin evne til å prestere, og kan forklares som en identitetsdannelse ut fra omsorg basert på nære relasjoner (Honneth, 2008 s.113). Selvrespekt betyr hvilken verdi vi setter på oss selv, og baserer seg på mennesker som rettssubjekter og borgere med like rettigheter og plikter (Honneth, 2008 s. 116-117). Selv- verdigheten dannes gjennom gjensidig respekt mellom mennesker når deres samhandling bygger på solidariteten til utviklingen og opprettholdelsen av den enkeltes unike “selv” eller identitet (Honneth, 2008). Enkelte ganger ser det ut til at rettslig anerkjennelse eller økt sosial verdsetting som følge av mobilisering og bruk av egne ressurser, kan kompensere for mangel på anerkjennelse i tidlige nære relasjoner. Det kan også tenkes at sosial verdsetting kan kompensere for manglende rettslig anerkjennelse og motsatt (Falkum et al., 2011). De tre sfærene bygger på og påvirker hverandre når det gjelder hvordan anerkjennelse eller krenkelse kommer til uttrykk. De tre anerkjennelses formene danner samlet sett forutsetning for et inkluderende samfunn (Skoglund & Åmot, 2012).

Videre ser vi nærmere på det Honneth kaller for den *private sfæren*, og hvordan dette området legger grunnlaget for å gå inn i intersubjektive forhold.

6.4.1 Den private sfæren

Honneth (2008, s. 103) kaller anerkjennelsen som skjer i nære relasjoner for *den private anerkjennelsesformen*, også kalt kjærlighetsområdet. Den private sfæren er først og fremst knyttet til familien, men også voksens kjærlighetsforhold og vennskap. I denne sfæren bygger barnet opp grunnleggende selvtillit gjennom kroppslig og emosjonell anerkjennelse i kjærlige relasjoner til de nære omsorgspersonene (Honneth, 2008 s.104). Individet danner her et grunnlag for å kunne utvikle selvrespekten, og med tillit fra andre mennesker sørge for at man er mer klar for å takle utfordringer i livet (Honneth, 2008).

Honneth (2008 s.107) knyttes i denne sfæren til den engelske psykoanalytikeren Donald Winnicott (i Honneth, 2008 s.107). Winnicott og flere andre innenfor hans tradisjon beskriver alle kjærlighetsforhold; forholdet mellom barn og foreldre, eller vennskap eller parforhold som en gjensidig anerkjennelses prosess. Samhandlingen mellom mor og barn blir en prosess hvor de øver på en evne til å oppleve hverandres følelser og

forstå hverandre. Mors kjærlighet er avgjørende for barnets utvikling av grunnleggende selvtillit (Winnicott i Honneth 109-112). Den moderne psykoanalysen refererer ofte til at barnets behov ikke blir sett (Skårderud, 1994). Barnet begynner sitt liv med mangel på personlig integrasjon (Winnicott i Skårderud, 1994 s. 104). I den første tiden etter fødselen opplever barnet moren som en del av seg selv, og er totalt avhengig av mor. I denne fasen kan ikke barnet uttrykke sine behov, og er overgitt til mors kjærlighet og dets kroppslige signaler (Honneth, 2008 s.110-112). Danningen går ut fra at mor kan lese og speile barnets behov. Hvis mor lar barnet alene, så vil barnet gråte og protestere, og mor vil komme tilbake (Winnicott i Honneth s. 110-112). Barnet internaliserer at «hun blir borte, men hun kommer tilbake» (Winnicott i Honneth, 2008 s. 111-113). Fra å opprinnelig anta at mor er en del av seg selv, vil barnet etterhvert utvikle en mer relativ avhengighet som anerkjenner mor som en annen person og evnen til å være mer alene øker. Mors kjærlighet i interaksjonen blir på den ene siden grunnlaget for barnets opplevelse av seg selv og den andre som atskilte personer. Hvis mor klarer å «holde» barnet gjennom de første leveårene, antar han at det utvikler en tiltro til verden og til seg selv (Winnicott i Falkum et al., 2011). Kjærligheten innebærer en anerkjennelse av barnets behov. Hvis mor av en eller annen grunn ikke mestrer denne holdningen, kan barnets utvikling stanse opp og blant annet resultere i en mangelpatologi (Winnicott i Falkum et al., 2011). Negative opplevelser i tidlige relasjoner kan øke risikoen for psykisk lidelser og forstyrrelser i personlig utvikling (Winnicott i Falkum et al., 2011). Dannelsen av selvfølelsen forklares som at alle mennesker blir født med en enkelt «selv», og en ambisjon om å oppnå et stort «selv». Barnet trenger å bli bekreftet av idealer som blir omsorgspersonene for det barnet (Winnicott i Skårderud, 2004, s. 51). Ved å bli sett og bekreftet, så modnes selvet, og det lages kompromisser mellom det store selvet på den ene siden, og avhengighet og hjelpeløshet på den andre siden (Winnicott i Skårderud, 2004). Gjentakende mangel på empati og medfølelse fra foreldrene kan føre til en selvfølelse preget av ustabilitet og svingninger. Følelsen av hjelpeløshet og en ambisjon om et stort selv, varierer da i stor grad. Dette kan gi en god beskrivelse av hva man ofte ser ved en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2004, s. 52).

6.4.1.1 Å oppleve anerkjennelse fra familie og venner

De grunnleggende kjærlighetsforholdene er basert på likeverdige, symmetriske relasjoner, hvor man opplever anerkjennelse for egne verdier, innstillinger og ressurser (Skoglund & Åmot, 2012). I denne sfæren bygges grunnlaget for å kunne utvikle egen

identitet. Vennskap og kjærlighet er viktige elementer for at mennesker skal kunne skape tillit til seg selv, formulere seg, og være en del av fellesskapet (Honneth, 2008).

Nedenfor forteller våre informanter Sandra, Anne, Line og Mette om hvilken betydning det å oppleve anerkjennelse fra familie og venner har for dem. Det å få støtte, bli lyttet til og at noen tror på dem, har gjort at de ønsker å få til en endring når spiseforstyrrelsen har gått for langt, og de slipper å stå alene i denne kampen. Vår informant Sandra sier:

“Jeg vil bli frisk. Tantebarna motiverer meg. Og de få som står på for meg uansett. Som faktisk behandler meg som et menneske. Og som har trua på meg”.

En annen informant forteller også om hvordan hun opplever støtte fra familien. Anne beskriver støtten fra familien på denne måten;

“Jeg har ingen behov for å måtte bli godtatt av andre. Mitt forhold til familien har vært veldig bra. Det var min mor som oppdaget at jeg ble meget opptatt av trening, kosthold, slanking og at min helsetilstand forandret seg. Jeg har en tvillingsøster som støtter meg og er den som jeg stoler 100% på, en samboer som er fantastisk og selvfølgelig min pappa som alltid er der om det er noe. Jeg er den jeg er og om ikke folk liker meg så er det helt greit. Min storebror har også det vært godt støtte i”.

Anne forteller i sitatet ovenfor om at alle i kjernefamilien og kjæresten har vært støttende når det kom frem at hun hadde en spiseforstyrrelse. Anne sier at hun er den hun er, og ikke trenger å bli godtatt av andre. I dette kan det ligge et uttrykk om at hun først og fremst ønsker å bli godtatt av seg selv. Slik vi forstår det kan lavt selvbilde og selvfølelse ligge til grunn. Men anerkjennelsen fra familien vil kunne gi henne en god støtte på veien til å bli frisk og hjelper henne i å ha trua på seg selv.

En annen av våre informanter; Line forteller også om hvor viktig støtten fra familien har vært:

”Men, ja jeg synes de har vært støttende og familien min også, absolutt! De har vært der fra dag en og... mamma spesielt var sånn at det er bedre at du tar ett lite skritt i riktig retning enn å liksom presse i deg alt av mat, og tro at hele sykdommen skal da bli ferdig over natta. Så det, de har vært snille og flinke (ler)”.

I likhet med Sandra og Anne gir også Line en beskrivelse av støtten hun har fått av sine nærmeste. For alle tre informantene betyr støtte fra familien enormt mye. Vi får et inntrykk av at når familien anerkjenner informantenes spiseutfordringer, “heier fra sidelinja” og har trua på at de skal bli friske, så øker også egen motivasjonen ytterligere og informantenes selvtillit styrkes.

På den andre siden forteller Mette at hun har funnet støtten hos vennene sine. Siden familieforholdet har vært preget av lite støtte, var det vennene som alltid har vært der for henne på godt og vondt;

“...jeg har ett par gode venner som har holdt ut med meg da(ler). Som har, hva skal jeg si.. som ikke har gitt meg opp. Det er de som på en måte har gjort at jeg har klart å holde ut da når det har vært som verst. Som på en måte har vært der og støtta meg. Og som jeg på en måte har kunnet snakke med da. Hadde det ikke vært for dem, så kunne det gått skikkelig ille”.

Mette forteller i sitatet ovenfor at anerkjennende venner som har vært der og støttet henne, har vært avgjørende for at det ikke har “gått skikkelig ille”.

Jevnaldrende og nære vennskapsrelasjoner kan være en god støtte ved vanskelige familieforhold (Frønes, 2013, s.89).

Ovenfor har vi vist til ulike sitater hvor våre informanter har fortalt om det å få støtte og anerkjennelse fra familie og venner. I neste avsnitt ønsker vi å se på hvordan anerkjennelsen fra familie og venner har ført til at noen av våre informanter har fått en rådgiver rolle, hvor de har påvirket sine nærmeste til å endre matvaner.

6.4.1.2 Anerkjent som rådgiver

Guro: *”Men selvfølgelig alle vennene har jo vært, hatt ett problem med at de har vært litt sånn overvektige da, så... nå må jeg slanke meg, og vært innenfor det. Og selvfølgelig også kommet og spurt meg om råd da. I forhold til at nå har jeg lyst til å gå ned noen kilo og har du noen tips til hvordan jeg kan, gå ned?. Og selvfølgelig, da har jeg jo hjelpta til. Eh...men det har jeg jo bare syns har vært hyggelig”.*

Når Guro gir råd til vennene om sunt kosthold og slanking, opplever hun dette som positivt. For Guro betyr det at vennene godtar hennes “sunne” livsstil og vil lære mer om den. Vi finner lignende utsagn hos Nora. For Nora handler det om at hennes sunne matvalg har påvirket kjæresten til å prøve dette også. Hun sier:

“...etter at jeg introduserte han for noen matvarer, og lagde noen retter og sånn for han, så har han selv etter at jeg dro til England..., da ringer han meg over ” hei, nå har jeg gjort det sånn at jeg er vegetarianer da, 6 dager i uka, og 1 kjøtt dag hos en kompis”. Og jeg liksom; gjorde du det sjøl? okej. Det er jo supert, for det gjør at da blir det veldig mye enklere for meg”.

Nora er overrasket over at kjæresten har valgt å bytte om kosten til vegansk kost. For Nora vil det nå bli enda lettere å opprettholde denne livsstilen hjemme, når kjæresten også kan spise samme maten. For Nora er dette også en bekreftelse på at kjæresten anerkjenner og støtter hennes valg.

Ovenfor har vi sett på sitater hvor informantene har fortalt om positive opplevelser og opplevd anerkjennelse for sine spisevaner fra sine nærmeste. Vi har sett hvordan støtten fra nære relasjoner har hjulpet informantene i riktig retning og mot å kjempe for å bli friske. Vi har også tolket det slik at støtten fra familien og venner har vært med på å styrke informantenes selvtillit ytterligere.

I kontrast til de informantene som har fått anerkjennelse for den de er, vil vi videre se på hvilke tanker og erfaringer helsepersonell som arbeider med barn og unge har for hvorfor unge utvikler en spiseforstyrrelse.

6.4.1.3 Mangel på anerkjennelse; fra helsepersonells ståsted

Gjentagende mangler på foreldrenes empati, der foreldre enten er fraværende, unnvikende eller har sine egne problemer, kan føre til at barnet blir frustrert og opplever håpløshet. Symptomene hos barnet og streben etter bekreftelse blir forstått som et forsøk på å føle seg bedre (Skårderud 2004 s.52-53).

Helsepersonell Sonja forteller hvordan hun kjenner igjen en form for sårbarhet hos unge mennesker med ulike utfordringer:

“Hoved fellestrekket er en eller annen form for sårbarhet. Det er vel et behov å bli sett, og bli hørt, bli liksom verdsatt for den man er på en måte”. Sonja (helsepersonell) forteller videre: “Et av de grunnleggende behovene er å bli sett, speila og forstått, gjerne av trygge voksne. Hvis man tidligere ikke har blitt sett av omsorgspersonene, så kan det bli på en måte hvis man blir syk at man faktisk får omsorgspersonene veldig knytta til det på et vis. Hvis de ikke klarer å se de behova vanligvis, så blir man i hvert fall som regel med til legen eller man blir med og støtter opp på en annen måte da”.

Ved ett tilfelle informant nevner, mistenkte de at det var konkurranse for å få foreldrenes sine oppmerksomhet blant et søskenpar. *“Men det blir på en måte forståelig når personen tidligere hadde blitt oversett i mange situasjoner, så den krevde det mer. Men man tenker samtidig at det er spiseforstyrrelser er veldig komplekst, og noen ganger er det summen av mange enkeltfaktorer, ikke bare en klar årsak på ett vis”.*

Frida (helsepersonell) legger også vekt på foreldrenes viktige roller når hun sier:

”Foreldre de er de viktigste støttespillerne til barna. Det at barna vokser opp i trygge og gode hjem. Og de vet at foreldrene er glad i meg uansett hva jeg gjør. Jeg kan gjøre mange dumme ting, men at mamma og pappa er der, på en måte kjærlighetstanken er fylt opp. Og at de lærer sunne og gode vaner der da. Og det å da føle at en er gode nok”. ”Så jeg tenker det der å lære voksne det å på en måte at man skal erkjenne barna sine for den de er, at de er gode nok som de er i bønner og spann”. “Jeg sier vi for jeg er mamma sjøl, jeg ser jo hvor mye vi oser på prestasjon. Så det å ha en sånn... Ja jeg tenker at foreldre må lære, om det er via foreldre, hvor skal man lære å bli gode foreldre det er jo et annet spørsmål. Ja”. “Så det den der, foreldre biten er kjempeviktig”.

Frida (helsepersonell) sier i likhet med Sonja (helsepersonell) at de viktigste støttespillerne for barna er foreldre som anerkjenner de, som støtter oppom, og er glad i dem for den de er. Oda (helsepersonell) legger også vekt på foreldrenes og andre voksne sitt ansvar når hun sier:

“Eg tenker at som med mange andre ting så tror eg at ja at gode foreldre, gode rollemodeller, venner er veldig viktig. At de har noen voksne rundt seg. At de har voksne som, som er tydelig på at de er glad i de uansett. Og eg tenker at ja altså vi må

ha foreldre som gode rollemodeller. Det tror eg er kjempe viktig. Eh, også må vi tørre å snakke med ungene våre om mat og kosthold og kropp, og vi må normalisere ting og liksom lære de...”.

Å sikre at barn og unge har trygge og gode oppvekstvilkår, regnes som noe av det mest lønnsomme å jobbe for i det forebyggende helsearbeidet knyttet til psykiske lidelser (Mæland, 2005). Barnets psykiske helse og personlighet bærer sterkt preg av kvaliteten i forholdet til foreldrene i de første leveårene. Foreldreveiledning i regi av helsestasjonen og familievern arbeid kan være viktige forebyggende tiltak for å bedre barn og unges oppvekstvilkår. Sonja (helsepersonell) forteller følgende om veiledning til foreldre:

“Ja det burde i hvert fall være. For det at jeg tenker sånn om man ser på forskningsmessig så er det vel absolutt liksom familieintervensjonene som er best dokumentert. At de også må få veiledning på hvordan stå i det og på en måte hjelpe til å ta det ansvaret i en behandlingsprosess”. “...om vi går inn og tar ansvaret for mye fra foreldrene, så blir det, da liksom utsetter vi problemet ditt for det at da får de ikke med seg det hjem og får den støtta de trenger videre hjem. Så det er mange gode grunner til å ha familien kobla tett på”.

Veiledning til foreldre, og familieintervensjonen hvor foreldrene tar sitt ansvar når barnet strever med en spiseforstyrrelse, er noe Sonja (helsepersonell) i sitatet ovenfor sier er viktig. Det kan være avgjørende å få til et best mulig samarbeid slik at barnet kan få den hjelpen hun/han trenger på vei mot å bli frisk.

Oda (helsepersonell) forteller i likhet med Sonja (helsepersonell) at det kan være nyttig og viktig å gi ny kunnskap til foreldre:

“...eg tenker at, tenker at liksom foreldre altså vi må bli flinkere til å snakke med foreldre om dette her. Hvordan de opptrer, hvordan de omtaler seg sjøl, omtale av andre, hvordan fokus de har på mat og måltider og...”. “Og det tenker eg kommentarer ved bordet, det slutter man med! Det bare slutter man med altså! Hvem av oss hadde likt det da å hatt sånn blikk mot oss, har ikkje lyst til å bli snakket til sant”.

Emma (helsepersonell) er også opptatt av at foreldre bør få veiledning;

“Jeg tror hvert fall at... kurse foreldre”. “...det er jo selvfølgelig, for det er jo selvfølgelig en del familier som ikke har en veldig bra kosthold. Og både det, men også på hva gjør det med barn og unge, når det blir overfokus på det å være tynn, det å være sunn. Det at vi skal ikke spise gluten, vi skal ikke spise laktose. Vi skal ikke ha det, og vi må ikke ha ditten og datten. Og vi må trene så så mange timer i uka, og så så mange ganger. Og hvis ikke mor får trent så blir mor sur, ikke sant. At man kurser foreldre på det, og hva gjør det faktisk med barn og unge. Og at.. og det at foreldre snakker om andre mennesker, kommenterer andre mennesker”.

Psykiske lidelser har ofte sammensatte årsaksforhold, men balansen mellom sosial støtte, belastninger og egne ressurser, regnes ofte som avgjørende for om det blir en vedvarende sykdom eller lidelse. Genetiske faktorer spiller en viktig rolle for noen psykiske lidelser. Men for de fleste psykiske lidelsene betyr miljøforhold knyttet til arbeidsliv, oppvekst, sosialt fellesskap og familieliv mest (Mæland, 2005). Som våre helsepersonell informanter; Frida, Sonja, Emma og Oda peker på ovenfor, er det mye som tyder på at uheldige oppvekstsvilkår i de første leveårene, danner grunnlaget for en generell sårbarhet. Motsatt blir barn med gode oppvekstsvilkår bedre rustet til å stå imot belastninger senere i livet (Mæland, 2005). I tillegg vil også forholdene senere i barne og ungdomsårene, være av stor betydning. Her vil forebyggende helsearbeid spesielt rettet mot det psykososiale oppvekstmiljøet, representere ett av de viktigste innsatsområdene (Mæland, 2005).

I neste del forteller noen av våre informanter om deres opplevelse av å ikke bli anerkjent av familie og venner.

6.4.1.4 Brudd på forventninger; fra informantenes ståsted

Nora har opplevd manglende anerkjennelse fra sine nærmeste omsorgspersoner i oppveksten. Hun sier følgende;

“Det har alltid vært noe mangel på omsorg, mangel på forståelse, mangel på trygghet og kontroll da. Også tilfeldigvis så har bare det blitt tatt, altså retning maten, istedenfor for liksom å legge det til noe annet”. “...jeg har på en måte aldri blitt godtatt for hvem jeg er. Jeg har alltid vært litt rar, litt sånn eksentrisk, kunstnerisk sjel som sier litt rare ting og ja, er litt sprøø (ler). Emm, men når jeg var yngre så var det veldig viktig å.. å

bli godtatt som det, når man ikke blir det så føler man igjen jo, at man mister litt kontrollen”. “Mens nå, så føler jeg ikke at det er så viktig å bli godtatt for den jeg er, fordi nå har jeg såpass kontroll på det selv. Det er ikke så viktig nå hva andre mener. Og siden jeg ikke ble på en måte, følt meg godtatt av mine foreldre. Så har en på en måte mista det første grunnlaget, så da må du bygge opp det selv. Så nå, det eneste som jeg liksom føler er viktig for meg å bli godtatt er vel egentlig ja.. jeg veit ikke”, ”...at du blir akseptert da, at du blir, at folk skjønner seg på deg kanskje. At du er liksom at du blir ikke misforstått. Det er det som er okej”.

I likhet med Nora har heller ikke Guro opplevd å få støtte fra sine nærmeste tidligere. Vår informant Guro forteller oss:

“...så først var pappa veldig sinna på meg, om hvor mye jeg ødela livet demmes og hele greien, til at nå har de på en måte endra seg til å vi skjønner at det ikke hjelper å kjefta på deg, vi må bare støtte deg og... Så nå er de jo litt mer støttende”.

For både Nora og Guro har det å mangle anerkjennelse fra sin nærmeste familie vært veldig vanskelig. Nora skulle ønske foreldrene fikk mer oppfølging slik at de kunne fått en større innsikt i spiseutfordringen hun slet med, og samtidig møte henne med mer anerkjennelse og forståelse. Hun sier:

“...men også det at de, ja at de skulle hatt mer oppfølging. Fordi ofte så, som mamma har sagt da, hun visste ikke hva de skulle gjøre da. Fordi, jeg var så vanskelig. Og hun kunne ikke lese tankene mine. Og at hun skulle ønske at noen kunne presse henne litt hardere. Fordi det ble så ukomfortabelt hvis hun pusha meg og jeg pusher jo tilbake. Men at noen kunne gi henne noen råd da”. Videre sier Nora :

“...mer veiledning til foreldrene og kanskje litt mer innsikt i altså unges sine tanker. Så de kan forstå seg bedre. Og muligens oppleve litt sånn.. fordi som når man har spiseforstyrrelser så.. man lever i en helt annen verden. Du har så mange sånne regler, som ikke skal føl.. altså det er, det er så strengt. Men at de kanskje kan få noen tips til filmer, bøker de kan liksom lese som kan hjelpe de med å forstå, hva vi som går gjennom dette her, hva vi faktisk går gjennom da. Fordi hvis de aldri har gått gjennom noe lignende, så kommer de ikke til å forstå det. Så det tror jeg er viktig”.

Nora forteller at hun savner veiledning til foreldre slik at de bedre skal forstå den vanskelige situasjonen barnet som strever med spiseforstyrrelse står ovenfor. Det samme er Oda (helsepersonell) klart enig i, når hun sier:

“Altså har barnet ditt en spiseforstyrrelse så er det din fordømte plikt å bidra, hjelpe til, søke hjelp da i systemet”. “Mye omsorg tror eg. Og det tror eg spesielt de med spiseforstyrrelser”. “...de tror eg trenger mye omsorg”.

Oda (helsepersonell) sier det så sterkt at foreldrene har en *plikt* til å sette seg inn i situasjonen til datteren eller sønnen sin. Oda forteller videre at foreldrene må være gode rollemodeller:

“Eg tenker at som med mange andre ting så tror eg at ja at gode foreldre, gode rollemodeller, venner er veldig viktig. At de har noen voksne rundt seg. At de har voksne som, som er tydelig på at de er glad i de uansett. Og eg tenker at ja altså vi må ha foreldre som gode rollemodeller. Det tror eg er kjempe viktig. Eh, også må vi tørre å snakke med ungene våre om mat og kosthold og kropp, og vi må normalisere ting og liksom lære de...”.

Samtidig forteller Oda (helsepersonell) at mange foreldre mangler kunnskap, og selv lett lar seg påvirke av kommersieringen. Hun sier:

“Men det er jo, det er jo mye ukunnskap om hva som er sunt syns eg også. Eller hva som er, ja, også leser man mye der ute, også er det mange ulike dietter som noen vil liksom hive seg på da. Også, men sånn generelt ja, at eg tror ikkje hvermannsen vet hva som er bra for oss alltid. Nei, det tror eg ikkje. Så det tenker eg, også det der med å være litt obs på hvordan man bruker mat. Det er lett for ”å huff da er du lei da nå”, men du skal få. Bare vent du så skal du få, sant, mmm”. “Og da har det jo lært spiseforstyrrelse da”. ”Så da er det jo avlæring som må til. Men eg tror vi foreldre må være obs på hvordan vi er, hvordan vi fremstår og...”.

I dette sitatet bekrefter Oda (helsepersonell) behovet for at foreldre i noen tilfeller ville hatt en gevinst av å få foreldreveiledning i den tidlige fasen, for å stagnere en

begynnende spiseproblematikk hos barn og unge. Det skal ikke være nødvendig at anerkjennelse og bekreftelse av barnet går via maten og det barnet skal ta til seg i kroppen. I denne forbindelsen vil tidlig intervensjon være et viktig forebyggende tiltak for å hindre utvikling av utfordringer knytta til dårlig psykisk helse, hvor spiseforstyrrelser er et av uttrykksformene (Sosial og helsedepartementet, 2000).

I tillegg til foreldre som vi har vist til er veldig betydningsfulle i den private sfæren, og at anerkjennelse fra de nære omsorgspersonene vil gi et godt grunnlag for å takle og komme seg ut psykiske utfordringer, vil også venner som vi pekte på tidligere, være en viktig brikke i utviklingen av selvet. Sosiale nettverk som er støttende, vil gjøre at en kan føle seg anerkjent og nyttig (Mæland, 2005). Ustabile relasjoner til jevnaldrende kan få konsekvenser for den unges selvfølelse (Øia og Fauske 2010, s. 231-236). Ustabile relasjoner til jevnaldrende og mangel på sosial støtte fra familie kan være risikofaktorer for psykiske vansker og andre psykiske lidelser (Nordahl et al., 2009 s. 192-200).

Nora forteller at det ikke bare har vært lett med vennerelasjonene:

“Når det kommer til venner så har forholdene vært variert. Jeg har mistet en del venner som ikke forstår hva eller hvordan det er å leve med en spiseforstyrrelse, hvor jeg har venner som trigger meg med mat og trening og ikke tolererer at jeg sier ifra at dette kan trigge meg. Men jeg har venner som er der og hjelper meg når de tyngste periodene er oppe. Jeg er åpen om at jeg sliter med dette og jeg ser hvem som er venner og hvem som ikke er venner”.

Vi forstår det sånn at Nora har hatt venner som ikke har anerkjent henne når hun har forklart om sine trene- og spiseutfordringer. Hennes virkelige venner er de som anerkjenner henne, støtter og er der for henne når hun har det vanskelig.

Brudd på forventninger om anerkjennelse vil oppleves som krenkelser og kan ødelegge identitetsutviklingen og skade selvforholdet. Mangel på anerkjennelse kan slå seg ut i patologier (sykdomstegn) i samfunnet vårt (Honneth i Skoglund & Åmot, 2012). Det er sannsynlig at krenkelse eller tap av anerkjennelse på ett nivå øker risikoen for tap på flere nivåer (Falkum, Hytten og Olavesen, 2011).

I følge Bratman (2018) er det ikke nødvendigvis sammenheng mellom traumatisk eller vanskelig barndom og ortoreksi, som er mer karakteristisk ved de tre vanligste formene for spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi, overspising). Videre vil vi fokusere på anerkjennelse og mangel på dette i den rettslige sfæren, som vi ser på i forhold til hva våre informanter har fortalt oss.

6.4.2 Den rettslige sfæren

For våre informanter er det å bli sett og lyttet til i møte med det offentlige, ved helsepersonell, lærere og eventuelt behandlingsforløp, et utfordrende tema.

Anne: "Det helsepersonell må lære seg er at det er INGEN som har en spiseforstyrrelse som er lik og de må og skal behandles med respekt!! Ikke få avslag UTEN at den med en spiseforstyrrelse har blitt hørt og sett!"

Anne er ikke fornøyd med hvordan helsepersonell behandler mennesker som oppsøker hjelp for sine spiseutfordringer. Mia og Emma har også lignende fremstillinger om møtet med hjelpeapparatet:

Mia: "Det å kjenne at jeg blir sett for «meg», og ikke sykdommen". Mia savner dette: "Mer åpenhet, og at helsepersonell kan bli flinkere til å lytte"

Emma: "Så det å klare å se individet opp i det her og"

Anne, Mia og Emma forteller alle om at de mangler anerkjennelse for den de er med sine utfordringer, i møtet med det offentlige. De savner helsepersonell som ser og lytter til dem.

Anerkjennelsen på det rettslige området handler om respekt og rettigheter (Honneth, 2008, s.117). I standssamfunnet var den rettslige anerkjennelsen knyttet til individets tilhørighet til en gruppe eller klasse, mens i det moderne samfunnet knytter den rettslige anerkjennelsen til individet som fritt og rasjonelt menneskelig subjekt (Honneth i Falkum et al., 2011).

Den rettslige anerkjennelsen handler om at mennesket skal utvikle selvrespekt, sosial status og moralskt ansvar, slik at det blir sosialt anerkjent som medlem av fellesskapet.

En oppnår sosial beskyttelse av menneskelig verdighet ved å bli rettslig anerkjent (Honneth, 2008). Menneskerettighetserklæringen er et eksempel for den rettslige anerkjennelsens mål (Honneth i Falkum et.al., 2011). Den rettslige sfæren handler om moralsk respekt. Sfæren sees i sammenheng med samfunnets institusjoner, der vi blir til rettighetspersoner (Skoglund & Åmot, 2012). Det skilles mellom frihetsrettigheter, politiske deltakerrettigheter og sosiale velferdsrettigheter. Dette betyr at rettighetene skal først og fremst beskytte menneskets frihet, liv og eiendom mot statlige inngrep, alle individer skal ha rett til å påvirke den offentlige meningsdannelsen gjennom debatter og stemmerett, og velferdsrettighetene skal kunne sikre mennesker en andel av samfunnets goder (Honneth, 2008 s. 125). Den rettslige anerkjennelsen fokuserer også på hva som skiller individer fra hverandre, hvilke positive egenskaper et individ har og hva individet yter til fellesskapets beste. Rettighetene forstås som tegn på sosial respekt (Honneth, 2008 s. 120-124). Anerkjennelse på dette området handler om å bli møtt med like rettigheter, respekt og likeverd, som danner utgangspunktet for selvrespekt. Det handler om at mennesker ved rettigheter oppnår mulighet for autonomi, og prinsippet for anerkjennelsen på dette området har utgangspunkt om universell likeverdighet (Honneth, 2008). Den rettslige anerkjennelsen er viktig for individets utvikling av selvrespekt (Honneth, 2008 s. 122-124). Selvrespekten betyr også en oppfatning i individet om at det kan respektere seg selv fordi det fortjener å bli respektert av alle andre (Honneth, 2008 s.120-121).

Gjennom livet møter de fleste mennesker på kriser og utfordringer, som en må prøve å komme seg ut av. I slike situasjoner er egne mestningsressurser av stor betydning, men også støtten fra andre for å overvinne sykdommen er avgjørende (Mæland, 2005).

6.4.2.1 Å se barnet, tidlig intervensjon for gode oppvekstvilkår

Det viktig å ha ett hjelpetilbud for å fange opp personer som viser for eksempel tegn på økt sårbarhet, så tidlig som mulig (Mæland, 2005). Frida (helsepersonell) mener også dette med tidlig intervensjon er viktig når hun sier:

”Jeg tenker det der å komme tidlig inn og at det er lav terskel, tenker jeg er superviktig før det har på en måte problemene og utfordringene har fått utviklet seg og det tar for lang tid”.

En annen som også forteller om lignende, er Sonja (helsepersonell). Hun sier;

”...vi må være flinke til å se barnas behov, speile de, være trygge voksne, må sikkert ha tidlig, altså tidlig folk som plukker helsesøstre, lærere, altså tidlig inn å plukker opp tidlige fare vei liksom”. Videre sier hun også; ”...Så bedre opplæring av alle de som jobber med barn og unge...”. ”Men du må jo se barna oppi det hele. Jeg vet ikke, kanskje hvis man er tverrfaglig team at man kan diskutere å se det, se helheten bedre. Jeg tenker, helsesøstrene jeg kjenner til her i S... de er jo, deler seg mellom flere skoler og strekkes i bauger. Hvordan kan man i det hele tatt ha tid til oppfølging, og se folk”.

I skolesammenheng kan tidlig intervensjon handle om at person med spiseforstyrrelser vil ha rett til å få tilpasset opplæring ved for eksempel mye fravær (Opplæringsloven, 1998). Frida (helsepersonell) forteller om hva hun tenker rundt lærernes viktige oppgave:

*“Det er viktig hvordan dem møter elevene sine hver dag, og bekrefter og ser ikke sant”.
”...det med å bygge relasjon, bygge relasjon, bygge rel.. det er jo, den må ligge der i bønn”. ”Jeg tenker det viktigste på skolen det er elevsynet. Det er at læreren liker alle elevene sine”. Frida (helsepersonell) sier videre: “Og det å ha god struktur og klasseledelse at det er, i hvert fall på skolen at de voksne rundt ser barnet og at det på en måte gode miljøer”. “...den viktigste forebyggende jobben som gjøres i skolen, det er det læreren som gjør”.*

Skolen har en sentral rolle i å utdanne unge til å mestre sine liv. Skolens oppgave blir å lære barn og ungdom fag og gi læringsutbytte, og samtidig skal skolen bidra til at barn og unge utvikler sosial tilhørighet og mestrer ulike roller i samfunnet (Wilhelmsen, 2008, s. 183-184). Det kontekstuelle rundt undervisningen og sosial samhandling i skolen sees på som viktige faktorer i læringsprosessen (Frønes, 2011, s. 16-25). Ved å oppleve å bli sosial akseptert av jevnaldrende, vil øke selvbildet. Mestring av sosiale relasjoner henger sammen med det å føle tilhørighet og nærhet og aktiv deltakelse i fellesskapet (Frønes, 2011 s. 126-139). Skolen er en institusjon som barn og unge oppholder seg mest på, og her ligger det også muligheter for å forebygge psykiske vansker og bidra til at den unge opplever mestringsfølelse og lære mestringsstrategier (Nordahl et al., 2009, s. 162). Anerkjennelse blir sett på som et grunnleggende behov for alle mennesker (Øia & Fauske, 2010). De voksnes tilbakemeldinger til barn og unge er derfor viktige. Betydningen av anerkjennelse innebærer også at handlinger og utsagn

fra lærerens side som av elever oppleves som devaluerende, vil ha en negativ innflytelse på barns utvikling og atferd (Øia & Fauske, 2010).

Tidlig intervensjon kan også handle om rett til helsehjelp ved konsultasjon med helsesøster, for å hindre stigmatisering (Opplæringslova, 1998). For vår informant Nora var konsultasjoner hos helsesøster en god støtte og en anerkjennende samtalepartner når hun gikk på ungdomsskolen og strevde med spiseproblematikk. Helsesøsteren har også etter endt skolegang, fortsatt å være en betydningsfull person for Nora. Hun forteller:

“Jeg har gått til “psykolog”;- helsesøster, hun som tok meg opp i niende klasse. Hun går jeg til enda. Det er jo mange år siden, men hun har vært en sånn samtalepartner, siden jeg aldri har følt at jeg aldri hadde noen å snakke med om dette her, som forsto da. Og da, når jeg kunne gå til henne, og få utløp for alt jeg følte å snakke om, foreldrene mine, søsken, ekskjæresten, så var jo liksom ja.. Ja hun har vært veldig sånn som har latt meg kunne snakke om det, istedenfor å ta det innover også begynne å tulle igjen. Det er absolutt hun som har vært, skikkelig...Ja, hun er helt gull. Hun har liksom et knippe da på noen få som hun har fulgt siden de var unge da og ut i voksenlivet”.
“Ja, hun er gull verdt, så hun ja all creds (ler)”.

Grunnleggende for alle barn og unge er god psykisk helse. I dette ligger at barn og unge skal føle tilhørighet, fellesskap og trygghet. I regjeringens Soria- Moria- erklæring er det å sikre barns rettigheter og gode oppvekstvilkår sentrale punkter (Regjeringen, 2005). I Rundskriv om styrking av oppvekstmiljøet for barn og ungdom, står det;
“Barn og ungdoms oppvekstmiljø er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Et overordnet mål er å sikre alle barn og unge likeverdige tilbud og utviklingsmuligheter, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. Likeverd, solidaritet og deltakelse er viktige verdier i barne- og ungdomspolitikken”
(Likestillingsdepartementet, 1999, s.1).

Oppvekst og miljø blir beskrevet som summen av de materielle, psykiske og sosiale forholdene som påvirker barn og unges oppvekst (Gulbrandsen 2006, s. 20-21). Oppvekstmiljøet består av de gruppene og sosiale arenaer som barn og unge er en del av. Hvilke utviklingsmuligheter et barn eller ungdom har, kommer an på miljøet og de sosiale arenaer barnet er en del av (Gulbrandsen 2006, s. 20-21). For å se nærmere på

oppvekstmiljøet for barn og unge ser vi videre på betydningen av å fokusere på psykisk helse.

6.4.2.2 Psykisk helse på agendaen

Psykisk helse hos barn og unge, og det å skape gode rammer og oppvekstvilkår rundt hvert barns utvikling og oppvekst, regnes som noe av samfunnets viktigste oppgaver. De som arbeider for barns psykiske helse, må ha dette godt forankret. Kommunen har ett viktig ansvar for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Dette gjelder både forebyggende tiltak og koordinerende samarbeid rundt barn som har utviklet psykiske lidelser av ulik karakter (Helsedirektoratet, 2007). For noen barn vil det være “nok” å få hjelp fra for eksempel skolehelsetjenesten, mens for andre barn vil det være nødvendig med hjelp fra andre offentlige instanser som spesialisthelsetjenesten (BUP) eller andre aktører. Det blir dermed kommunens ansvar å ha et helhetlig tilbud for å dekke disse behovene og nødvendighetene hos hvert enkelt barn (Helsedirektoratet, 2007).

I et fellesskap hvor ulike individer møtes og skal kunne verdsettes og bidra, vil det som flere av våre informanter forteller oss, være et behov for større aksept for mennesker som strever med psykisk helse. Både Nora og Mette tenker at man bør begynne med å jobbe med barn og unges selvtillit og styrke dem mentalt. De sier følgende;

Nora: “Jeg tror det er veldig viktig å snakke om det. Om psykisk helse. Jeg begynte å tenke med også tenke at jeg ikke var verdig nok. Fordi jeg hadde liksom, hadde kjipe dager for det var ingen som snakka om det. Så det som å bare snakke, og ærlighet og dette med at mental helse er like viktig som fysisk helse. Det tror jeg er hvert fall er et godt steg i riktig retning. For det har alltid vært så tabu, og vært lagt lokk på. Man snakker ikke om sånt”.

Mette: “Det handler om hvordan.. hvordan man oppfatter seg selv. Jeg tror.. jeg tror kanskje det er der man må jobbe. Å få liksom, få barn og unge til å jobbe med liksom, jobbe med selvtillit, jobbe med selvbilde, jobbe med liksom styrke barn og unge da, sånn mentalt på en måte. Og få.. at de på en måte har rom og mulighet til å kunne snakke om det de føler, uten at det blir sånn skambelagt. Jeg tror det er ganske viktig. Fordi jeg opplevde hvert fall aldri det da jeg vokste opp, at jeg hadde et slags rom hvor

jeg kunne snakke om hva jeg følte. Og da tenker jeg på sånn helt normale ting også som liksom sånn”.

Nora og Mette er opptatt av at det skal bli mer akseptabelt å snakke om psykisk helse. Jentene forteller om viktigheten av å kunne være åpne om egne tanker og følelser. De forteller om egne opplevelser, hvor følelsene var noe som var blitt lagt lokk på og som var skambelagt å snakke om. De dårlige tankene fikk lov å gro dypt inni dem, som igjen førte til usikkerhet rundt eget selvbilde og manglende anerkjennelse fra omgivelsene.

Våre informanter med helsefaglig bakgrunn er også bevisste på at helsepersonell bør være åpne om psykisk helse i arbeid med barn og unge. Flere av informantene snakket om hvordan man skal styrke barn og unges selvtillit og jobbe helsefremmende.

Emma, Frida, og Sonja sier følgende;

Emma (helsepersonell): *“altså med fokus på livsglede og livskvalitet så kommer man langt, og så da får man flere med seg og tror jeg.*

Frida (helsepersonell) tenker en spiseforstyrrelse er et resultat av ulike faktorer. Hun sier;

“Nei min generelle erfaring uten å ta noen spesiell greie.. så handler det om dårlig selvbilde ikke sant, og.. og kombinasjon på en måte med miljøet man vokser opp i og alle påkjenninger man... og det er jo noen utløsende faktorer. Men det jeg syns er så kompleks med det, og det er jo å forstå kompleksiteten med det. Fordi det eneste, det jeg får ungdommene med på, det er jo at som jeg sa vi kan jo snakke om mat ikke sant, vi kan jobbe i skorpa her. Vi kan snakke om at du ikke har lyst på mat, eller du spiser ikke, eller du kaster opp maten, eller du overspiser eller ikke sant. De ser at de styrer følelsene sine med mat, de straffer seg eller de belønner seg. Men da behandler vi jo ikke, da snakker vi jo ikke om det som er det reelle problemet”.

Læringsplakaten i skolen legger vekt på ulike prinsipper for å sikre elevenes psykiske helseutvikling. Dette er prinsipper som omhandler utvikling av selvbilde og selvtillit, om trygghet, sosial tilhørighet, mestring, relasjoner, inkludering og akseptering (Utdanningsdirektoratet, 2015). Dette styringsdokumentet til skolen skal legge til rette

og tilstrebe for psykisk helse utvikling hos elevene, men som et paradoks er det nødvendig å påpeke at begrepet *psykisk helse* ikke blir brukt i styringsdokumentene til skolen (Berg, 2012). Målet om god psykisk helse blir heller å betrakte som et underforstått budskap på de områdene skolen setter inn ulike tiltak. Dermed blir det å regne at når psykisk helse ikke står som klart mål, vil det avgjørende være hvordan skolen forholder seg til hele tematikken (Berg, 2012). Dette med psykisk helse inn i skolen er et dagsaktuelt tema. Frida (helsepersonell) forteller:

“Også tenker jeg at.. nå har det vært fokus på om skal vi ha psykisk helse som et eget fag i skolen”.

Vår informant Line tenker at nettopp dette kan være lurt:

“Lage kanskje ett miljø, eller jeg vet ikke, prøve å lage en kultur for at, at man kan snakke om det. At det, at det ja skal være lett tilgjengelig å eventuelt kunne ta tak i en som... man kan snakke med”. Videre sier hun: “Atte liksom barrieren er litt lav da, for å ta tak i folk da... som har kompetanse på området”.

Mette, en annen informant, forteller også det å kunne snakke om psykisk helse kunne hjulpet for mange:

“Jeg tenker det er så viktig å kunne normalisere ting, at ikke alt skal bli sykeliggjort og psykiske lidelser og at på en måte at man skal få lov til å på en måte ha normale følelser også. At ikke alt skal bli altså hvis man er trist så får man depresjonsdiagnose, hvis man er hyper så blir det ADHD liksom. Jeg føler det er litt der. Man kan ha skjedd på vei, men jeg tror det at ja, på en måte det her er noe som man kan jobbe med alle uansett hva slags historie de har. Kanskje ha.. jo det er en ting som jeg også tenker er viktig, er det her med, det er mange ganger jeg har tenkt på hvorfor har vi ikke livsmestringsfag på skolen. Hvor man på en måte lærer å.. mestre ulike livssituasjoner da. Sånn følelsesmessig liksom problemløsning av ting og situasjoner man kanskje kan komme opp i. Så det var en tanke som slo meg bare, noe jeg tenkte på. Mere åpenhet. Ja eller bare rett og slett ha, fordi jeg tror man må starte tidlig med det hvis man skal komme noen vei. Og for å få gode resultater så må man starte... sånn som samfunnet

utvikler seg nå, så tror jeg man nesten må starte i barnehagealder kanskje. Med på en måte, hva skal vi si snakke om følelser, snakke om kropp og seksualitet... ”.

Både Line og Mette, samt Frida (helsepersonell), ser viktigheten av å ha psykisk helse som eget fag på skolen. Ved å ha psykisk helse som eget fag hadde unge mennesker fått økt kunnskap om psykisk helse og hvordan oppsøke hjelp, samtidig som det ville vært en “kultur for at man kan snakke om psykisk helse” slik Line understreker.

Anne savner at foreldre og det offentlige tar mer ansvar, og at det lettere gjøres mulig å stille spørsmål når det gjelder spiseforstyrrelser og psykiske lidelser:

“At foreldre, skoler, kontaktlærere og instanser tar ansvar og snakker om hva det vil si å ha en spiseforstyrrelse. La unge få møte mennesker med denne psykiske lidelsen og se/høre hva det har gjort med livet da tenker jeg både gode og dårlige sider ved den! La det være lov å spørre og undre seg over hva?, hvorfor? og hvem?, når det kommer til spiseforstyrrelse”.

I samsvar med Anne, forteller Britt lignende;

“Unnskyld at eg sier det”. “...så tenker eg på tel forskjell fra når eg hadde spiseforstyrrelse, så var det fremdeles en sånn hysj hysj lidelse tross alt. For at det var jo psykisk lidelse, og hvert fall hvis det var behandling som er gjort på psykiatrisk. Så tenker eg at fornuftig informasjon, og da mener eg ikkje å lære unge, at ja så så mange kalorier er i dette eller så så mange kalorier er dette. Men at det blir mer åpenhet rundt det. Sånn at både de som slit sjøl, kanskje ser, treng.. Hvis, hvis noen hadde sagt det første halve året eg begynte å slite, så hadde eg kanskje puslespillbitene hadde på en måte lagt seg tidligere, at eg liksom skjønnte at eg er ikkje aleine og dette er ikkje bra”.

Både Britt og Anne tenker at mer aksept og åpenhet rundt spiseforstyrrelser og psykisk helse vil gi økt kunnskap om temaet. Å kunne snakke om psykisk helse er et viktig arbeid i å forebygge både spiseforstyrrelser og andre psykiske plager hos barn og unge. Slik Britt forteller, så hadde hun kanskje ikke hatt en spiseforstyrrelse i dag, hvis hun hadde fått hjelp og informasjon om lidelsen på et tidligere stadie.

Å forebygge handler om å begrense eller eliminere en uønsket utvikling (Javo, 2010). Utviklingen av forebyggende strategier i forhold til psykiske helseplager har gått sakte. Årsaken til det er at en vet for lite om årsaksforholdene bak psykiske vansker, og de årsakene man kjenner til kan ofte være vanskelige å gjøre noe med (Friestad 2002, s. 74-76). Forebyggende tiltak som er basert på sosiale og samfunnsmessige arenaer er allikevel viktige å jobbes med. Emma (helsepersonell) forteller at noen skoler har satt inn tiltak for å sette fokus på psykisk helse i skolen. Hun sier:

“...også er det den ene Venn1 altså den ene mentale helse, som gjør en kjempejobb. Det er et forebyggende..., det er jo høgskolen her nede har jo visstnok starta. For det er jo nettopp det som er poenget med venn1, er jo å gå inn å på en måte kurse barn og unge altså ungdomsskole og videregående skole elever i det der med psykisk helse, forebyggende da. For liksom hvordan kan du oppdage at, se at venner av deg sliter, venner sliter, hvor kan du få hjelp, hvordan kan du sjøl få hjelp, hva er faresignalene og hvordan kan du forebygge det. Og hva er viktig for godt klassemiljø”.

I sitatet over forteller Emma om den gode jobben Venn1 gjør som et forebyggende tiltak til psykisk helse. Venn1 blir i denne sammenheng et konkret tiltak som hjelper barn og unge til å få informasjon om psykisk helse. Flertallet av våre informanter ønsker at psykisk helse blir et fokusområde, hvor det også jobbes forebyggende.

Videre ser vi nærmere på hvordan det er for våre informanter å møte hjelpeapparatet når de ikke er “*vandrende skjelett*”, og hvordan de da opplever å ikke bli anerkjent og hjulpet på veien mot å bli frisk fra spiseforstyrrelsen.

6.4.2.3 Å føle seg krenket i møte med hjelpeapparatet

Mennesket er moralsk sårbare og krenkbare (Honneth i Falkum et. al., 2011). Tap av rettigheter og krav om likeverdig behandling vil være konsekvenser om en mangler rettslig anerkjennelse (Honneth, 2008, s. 117). Kampen for rettslig anerkjennelse, oppstår daglig i forhold til ulike institusjoner for eksempel Nav, skattevesen, trygdeytelser og behandling. Retten til behandling for en person med psykiske lidelser kan også være et konkret eksempel (Honneth i Falkum et al., 2011). På individnivå handler kampen om rettslig anerkjennelse å få sine plager anerkjent som sykdom for å oppnå rettigheter som syk. For er man syk nok til å slippe plikter og oppnå nye rettigheter til omsorg? Eller er man syk nok til å ta fri fra skole eller jobb? Eller rett og

slett få rett til behandling i offentlig helsevesen? (Thorbjørnsrud, 2007). Ikke alle plager anerkjennes som sykdom eller egen diagnose. Ofte kan det handle om uenighet om hvilke sykdomskategori plagene tilhører, eller det kan handle om at plagene ikke oppfyller alle krav i diagnosesystemet (Thorbjørnsrud, 2007, s. 263). Ortoreksi omtales som tidligere nevnt som den fjerde spiseforstyrrelsen, men ortoreksi regnes ikke per i dag som en egen diagnose (Reistad & Vrabel, 2013, s. 24).

I noen situasjoner dreier kampen for rettslig anerkjennelse i utgangspunktet ikke om helsespørsmål, men om flere hendelser som mennesket opplever som krenkende, ydmykende eller urettferdige. Slike betraktninger tar utgangspunkt i hvordan den enkelte person opplever situasjonen, og ikke av hva autoriteter betegner som rett og galt. Det kan være situasjoner hvor for eksempel mennesker med psykiske symptomer opplever frustrasjon, nedstemthet og hjelpeløshet, som igjen bidrar til vedvarende og økte symptomer på sykdommen. Helsepersonell bør i en gitt situasjon ta utgangspunkt i pasientens fortelling, lytte og bekrefte den, selv om hun ikke tenker at det er sannsynlig å se den opplevde urettferdigheten eller krenkelsen som uttrykk for tap av rettslig anerkjennelse (Honneth i Falkum et al., 2011).

En av våre informanter Mette har følt at hun er alene om sykdommen, sliter med angst og tvang i forhold til maten, men får ikke den hjelpen hun trenger og ønsker fordi behandlingsapparatet fokuserer kun på BMI og undervekt ifølge henne:

“Behandlingsapparat ble bekymra bare når jeg var på det tynneste og hadde gått mye ned i vekt. Og da skulle de følge opp med fastlege og veiing og sette i gang tiltak. Men når jeg senere ble normalvektig, slutta de å bry seg”.

Når Mette var undervektig var det stort fokus på henne, men når hun ble normalvektig var liksom alt greit selv om det ikke var det. Hun sier videre:

”Men jeg tror dessverre at det er veldig sånn mange i helsevesenet tenker. Selv om de burde vite bedre. Så tror jeg det er mange som blir påvirket av hvordan samfunnet er for øvrig. Det er veldig sånn, det er veldig mye fokus på anoreksi, og at man ser veldig tynn ut, at det da en er skikkelig syk, det er skikkelig ille på en måte. Men så er det jo, men så er det mange i helsevesenet som glemmer også at, man kan være skikkelig

dårlig uten å nødvendigvis være, misforstå meg rett, et vandrende skjelett”. Mette sier også:

”Også har det jo blitt sånn nå, at i helsevesenet lover de jo gull og grønne skoger ikke sant. At nå har det blitt bedre, og nå fokuserer vi på de som ikke er underviktig også. Liksom utad virker det jo veldig fint og flott og sånn. At de fokuserer på de som kanskje har en atypisk spiseforstyrrelse, og som kanskje ikke fyller de vanlige kravene. Eller sånn har bulimi, eller har overspisingslidelse, eller noe annet da. Men så er det liksom sånn innad i systemet så har de fortsatt den derre tanken grodd fast om en liksom sånn derre bilde på en spiseforstyrrelse, er liksom en ung, syltynn, radmager jente som er på randen til å dø liksom”. ”Så jeg vet ikke. Det er liksom..., så det har frustrert meg veldig mye”.

Dette som Mette her forteller om kan sees i sammenheng med det Skårderud (2013) hevder om at behandling i stor grad handler om *holdninger* fra helsepersonell. Skårderud (2013, s. 95) sier: *“Vi har alle behov for å bli sett. Om behandleren bare ser ytre symptomer, er det langt på vei det samme som å ikke se”*. Om en behandler kun er opptatt av vektøkning, vil det kanskje bli igjen en person som har mistet sin løsning på et problem. Den somatiske helsen har blitt til det bedre, men allikevel vil personen være like spiseforstyrret. Personen kan føle seg verre, og nye utfordringer kan oppstå. Behandleren, foreldre, venner som kun ser de ytre symptomer og atferd, har selv gått i samme felle som den som har lidelsen (Skårderud, 2013).

Våre informanter Britt og Emma forteller om sine erfaringer i møte med helsevesenet.

Britt: *“Så det er kanskje det viktigste at slutt å sei at vi er vanskelige og slutt og si at vi er på en måte håpløse...”. “Eg fikk jo til å med beskjed om at eg var behandlingsresistent. Og det var sånn at en spiseforstyrrelse, så kan du bli frisk av, eller i hvert fall friskere av, med rett tilnærming, hvis du bare får rett hjelp på rett tid”*.

Emma: *“jeg er en som følger regler, jeg følger avtaler jeg vil jo altså oppføre meg, og når du da er i en behandling som du ender med å spolere også blir du beskyldt for at du ikke er motivert da (ler). Eller at du gjør ting med vilje, å ja du må ha ans.. du har jo*

ansvar sjøl for guds skyld, man er voksne mennesker og man må ville, og man må ta ansvar”. “...altså at enten så er du motivert eller ikke motivert, og sånn er det jo ikke”.

Både Britt og Emma har fått erfare å bli møtt med en dårlig holdning av helsepersonell. Begge forteller om opplevelser der helsepersonell sier at de er; håpløse eller ikke motiverte nok til å motta hjelp. Informantenes ambivalens er knyttet til et ønske om å bli frisk, samtidig som de har en frykt for gå tilbake til “gamle vaner” og den livsstilen de hadde før. Britt sier at veien til å bli frisk fra en spiseforstyrrelse handler om riktig tilnærming til riktig tid. Videre ser vi nærmere på hvordan det at informantene føler seg krenket i systemet, kan sees i sammenheng med *makten* som utspilles der.

6.4.2.4 Makten og ansvarsfraskrivelse i det offentlige systemet

I samfunnet vårt er tematikken *makt* av stor betydning for å forstå møte mellom helsetjenestene og pasient, og hvilke innvirkninger det har på pasientens psykiske vansker og psykiske helse (Øye & Norvoll, 2013, s.73). Fenomenet *makt* blir fort sett på som noe negativt, men det kan ha både positive og negative sider; det som kalles ”maktens dualitet”. I dette ligger det at makt kan opptre som myndiggjørende, her vil makten kunne oppleves som mulighetsskapende og produserende, hvor man kan få igjennom noe en ønsker. På den andre siden kan makt oppleves som noe skadelig eller krenkende, og dermed oppfattes som hemmende og innsnevrende (Øye & Norvoll, 2013, s. 74). Max Weber har definert makt som “*ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand*” (Weber i Øye & Norvoll, 2013, s. 75). Med bakgrunn i Max Weber sin definisjon av makt, kan en forstå det sånn at personen med makt legger føringer som begrenser andres muligheter, ved å for eksempel gi sanksjoner i form av straff eller belønning (Øye & Norvoll, 2013, s. 75-76). I et asymmetrisk maktforhold vil den som besitter makten kunne innfri eller nekte den andre personens ytringer (Øye & Norvoll, 2013).

Vår informant Frida (helsepersonell) forteller om at hun på den ene siden ønsker at unge med spiseutfordringer eller andre psykiske vansker skal henvende seg til henne raskere, men på den andre siden vil hun sende de videre i systemet. Hun forteller:

“... jeg vil nok påstå at helsepersonell er ganske gode da (ler). Men det kan sikkert gjøres mer. Så ser jeg jo og jeg syns på en måte fra det er avdekka til her er det et reelt

problem eller her har det begynt å utvikle en spiseforstyrrelse, så syns jeg på en måte det tar for lang tid før ungdommen får hjelp. For det har ofte gått lenge før de har søkt kontakt med meg. Så vi bruker litt tid på å finne ut av at det er det det handler om. De tar gjerne kontakt med litt mere sånne ufarlige ting. Også når vi først får avdekket at dette.. oj her har du streva en stund. Så tar det så lang tid for å få hjelp videre. Så det syns jeg er noe av utfordringa. Og hvis da ungdommen ikke er motivert til behandlingsopplegg eller det er dårlig kjemi med behandler i andre linja, så får vi de tilbake igjen. Ja. Også blir vi på en måte sittende der”.

Dette sitatet kan forstås sånn at Frida (helsepersonell) egentlig ikke føler hun har nok kompetanse om spiseutfordringer selv. Frida (helsepersonell) forteller samtidig at det er lite tilbud med psykisk helseteam i hennes kommune i forhold til antall innbyggere, og tenker at det er behov for bedre tilbud. Hun sier:

“Så har vi et psykisk helseteam i kommunen med en psykolog. Men det er jo en halv stilling psykolog. Så det er jo liten klinikk på en måte til en kommune på 40.000 jeg vet ikke hvor mange det er i vår kommune nå, ja litt i overkant av 40. Tror jeg”.

Videre forteller Frida (helsepersonell) når det gjelder tilbud til foreldre om veiledning, råd og informasjon om sykdommer og andre spørsmål som omhandler ungdommer generelt følgende:

“Ja ikke sant, vi ... vi har nok ikke på en måte tilbudt det. Vi har nok lagt det litt på andre linja da ikke sant, som er på en måte fordi vi ikke stiller noen diagnoser eller ikke går i noen behandling. Så det er klart at foreldreveiledning til ungdom, hvis vi snakker om ungdomsgruppa nå som jeg har mest, så vil jeg jo generelt si at det er litt dårlig tilbud til foreldrene. Ja. Vi har flere sånne foreldremestringskurs og ulike andre typer kurs til foreldre og barn ikke sant. Foreldremestringprogram, og de utrolige årene og trygghetssirkelen og alt det her. Men når det gjelder ungdom så er det jo litt mere marginalt. Du kan si 3 dager i uka da på en ungdom, så får du nesten 300 elever og jeg skal ha alle 8 klasse inne der. Det er nesten 100 samtaler da og en halv time. Også ellers skal man delta på ansvarsgrupper og samarbeid og ja så blir tida spist opp. Så jeg ser jo at vi kunne drevet mye mer med det”.

Vi forstår det sånn at det som Frida (helsepersonell) forteller om ikke nødvendigvis er et resultat av dårlig kompetansen hos helsepersonell. Hun føler selv en avmakt når “tiden blir spist opp” som hun sier.

Maktrelasjoner dannes som faste mønstre i samfunnets kulturelle, økonomiske og politiske oppbygging, og som organisering i form av helsetjenestene. Systemnivået ville legge føringer for hva som skjer i møtet mellom bruker og hjelper. Selv om ikke hjelperen har egne intensjoner, vil makten være til stede i situasjonen. Makten til å bestemme avgjøres av hvordan tjenestene er organisert på, ikke av personlige ytringer eller ønsker (Norvoll, 2013). For Giddens handler strukturasjonsteorien om frie og kreative aktørers konstruksjoner av sosial praksis, der det bare er ressursene og reglene som brukes som er det underliggende fra strukturen (Aakvaag, 2008, s. 130- 131). Det som strukturasjonsteorien mangler, er ifølge Aakvaag (2008, s. 144) å sette ord på tyngselen og tregheten i det sosiale livet; med dette menes den avmakten mange mennesker erfarer i møte med institusjoner som skole, marked og stat. Dermed kan ofte sosiale strukturer oppleves som begrensende istedenfor muliggjørende, og den refleksiviteten og kreativiteten Giddens er opptatt av ved den handlende aktøren, vil ikke bli likt fordelt i samfunnet på grunn av skjevfordelte ressurser (Aakvaag, 2008, s. 130-131). Postmodernisten Foucault ønsker med sin fremstilling av moderniseringsprosessen å utfordre forestillingen om at mennesker ved overgangen fra det tradisjonelle til det moderne samfunnet har blitt mer frisatt fra tradisjoner, religion osv., og dermed blir mer rettferdige, fornuftige, opplyste og frie individer (Aakvaag, 2008). Foucault (gjengitt i Aakvaag, 2008: 303) mener motsatt at det moderne mennesker er underlagt mer omfattende former for institusjonell disiplinering og intellektuell normalisering, enn det som har vært tilfelle før i historien. Foucault hevder dermed at moderniteten gir ”*mindre frihet og mer makt, og ikke mindre makt og mer frihet*” (Aakvaag, 2008, s. 303), som for eksempel Giddens legger vekt på (Aakvaag, 2008, s. 145).

For noen av våre informanter har det vært nødvendig å få hjelp og støtte fra andre steder, når de ikke har følt seg møtt og anerkjent i hjelpeapparatet. Videre forteller vi om informantenes opplevelse av frivillige tilbud rettet mot mennesker med psykiske lidelser.

6.4.2.5 Å finne nye veier for anerkjennelse

Av ulike årsaker faller noen utenfor en kort periode, andre faller utenfor store deler av livet. Regelmessig kontakt med andre, også i perioder der livet er vanskelig, er en verdi i seg selv (Øia & Fauske, 2010). Ros, støtte og positive tilbakemeldinger er viktige for både barn og voksne (Øia og Fauske (2010, s. 215). Annerkjennelse som et grunnleggende behov er viktig for alle mennesker (Øia og Fauske, 2010).

Mette har ikke følt at hun har fått den hjelpen hun har ønsket fra hjelpeapparatet. For henne ble det viktig å finne nye arenaer for å møte andre mennesker, bli anerkjent og få hjelp, når hjelpeapparatet ikke har vært til særlig hjelp. Når helsevesenet *“ikke gjør det de skal”* som hun sier, har det vært positivt med frivillige tilbud. Mette sier følgende:

“Det som jeg derimot synes er bra, er at det fins jo flere frivillige tilbud og sånn også. Men samtidig så, at det på en måte er det man skal gå til fordi helsevesenet ikke gjør det de skal. Det er jo litt sånn...”. “Samtalegrupper man kan melde seg inn i holdt jeg på å si. Også er det noe sånn, også er det drevet av frivillige men som har erfaringer med det selv da, eller ja, også har de folk som jobber der som har erfaringer med det selv, som har en slags form for utdanning da. Men ja jeg føler på en måte at i helsevesenet så er det litt ja, så må de bli flinkere til å se personen. Og ikke bare ja, tall som sagt”.

Møtet med frivillige tilbud hvor andre mennesker med egne erfaringer rundt spiseforstyrrelser bistår med sin kunnskap, har vært positivt for Mette når helsevesenet bygger på et maktprinsipp hvor det er *“lettere”* å få konkret hjelp når en er veldig tynn og syk. Guro er også ei av våre informanter som setter pris på frivillige tilbud i samfunnet. Hun forteller oss om Fontenehuset; et frivillig arbeidssted for personer som har eller har hatt psykiske lidelser og/ eller rusproblematikk. Dette tiltaket er basert på at en må jobbe der med noe, huset skal driftes. Samtidig er det en jobb- og skolespesialist der som hvor de sammen kan finne ut hva som passer for den enkelte. Om det er noen som ønsker å komme seg i ordinært arbeid, kan veilederen hjelpe til med å legge til rette for dette. Vi synes det virket som ett fint tilbud, Guro sier:

“Veldig! Har hjelpta mye på min rehabilitering til der jeg er i dag da”.

Fontenehuset er ett sted hvor Guro opplever mestring, men også ett sted hvor hun er sosial og blir anerkjent for den hun er av andre. Hun uttrykker en stor begeistring og engasjement til oss om dette tilbudet. Det å føle seg anerkjent i et fellesskap, er noe vi går videre inn på i neste avsnitt som tar for seg den solidariske sfæren.

6.4.3 Den solidariske sfæren

På det solidariske området skaper individene selvverd gjennom å orientere seg mot felles mål (Honneth, 2008, s. 135). Mennesker kan bare føle seg verdifulle hvis en blir anerkjent for sine ferdigheter og egenskaper. I fellesskapet får mennesker bidra med sine egenskaper, som igjen styrker den egenverdien. Personene betrakter hverandre som gjensidige, ved at andres egenskaper og ferdigheter har betydning for fellesskapet (Honneth, 2008, s. 137). Om en opplever krenkelse på det solidariske området, kan det innebære marginalisering eller stigmatisering, og en følelse av at noen er viktigere enn andre (Honneth, 2008, s. 139). I den solidariske sfæren er man opptatt av at mennesker blir verdsatt og sett ut i fra sine individuelle bidrag, i form av verdighet og status og hva de kan tilføre fellesskapet (Skoglund & Åmot, 2012). Anerkjennelse på dette området handler også om å verdsette seg selv som medlem av et solidarisk fellesskap (Skoglund & Åmot, 2012). Under denne sfæren har vi sett på hva det betyr for våre informanter å bli sosialt verdsatt av andre, og hvordan dette påvirket deres selvfølelse og verdsettingen av seg selv. Flere av informantene har fortalt at det viktigste er behovet for å akseptere seg selv som individ, mens mange har likevel uttrykt en usikkerhet rundt eget selvbilde og påpekt hvor viktig det er å bli godtatt av andre og å passe inn i samfunnets normer og krav. I neste underavsnitt har vi lagt vekt på hvordan våre informanter uttrykker sine tanker og følelser om behovet for å verdsette seg selv i samfunnet. I tråd med dette har vi sett på hvordan informantene streber etter aksept og verdsetting på sine prestasjoner og handlinger knyttet til mat og trening. Vi ser også på viktigheten av å bli akseptert av andre og redselen for at andre skal tenke negativt om dem. I denne sfæren har vi også sett på hvordan bilder, innlegg og kommentarer fra andre på sosiale medier påvirker og gir utslag i kampen om anerkjennelse.

6.4.3.1 Å verdsette seg selv

Anerkjennelse dreier seg om den enkeltes tanker og følelser, og den du er som menneske må bli sett og forstått og dermed akseptert og verdsatt (Schibbye & Løvlie, 2015). Andre prosesser som har sammenheng med anerkjennelse er individets egen

opplevelse både av seg selv og av andre, samt psykiske prosesser som selvfølelse, trygghet/utrygghet, depresjon og angst (Schibbye & Løvlie, 2015).

I tråd med dette viser vi til hva våre informanter uttrykker rundt sine tanker og følelser om behovet for å først og fremst verdsette seg selv i samfunnet;

Nora: *“jeg tror ikke jeg har så mye behov for å være akseptert av andre, men jeg har et veldig stort behov for å bli akseptert av meg selv”*

Guro: *“Egentlig så bryr jeg meg egentlig ikke så mye om hva andre mennesker tenker og sånn, om å bli godtatt. Men jeg er jo selvkritikker da. Jeg vil jo være den beste versjonen av meg sjøl”*.

Mia: *“Mest viktig er at jeg føler meg komfortabel selv”*.

Line: *“nei jeg..., jeg føler at det viktigste er hva jeg føler. Så kan folk mene hva de vil. Men selvfølgelig alle vil jo på en måte bli godtatt og likt og sånne ting, eller og ja. Men for meg er det viktigste hva jeg føler. At jeg er fornøyd. Eh, hvis ikke jeg er fornøyd så, ja... det er det viktigste”*.

Nora, Guro, Line og Mia sier alle at de ikke har det behovet for å bli anerkjent av andre, men heller å være “komfortabel med seg selv”. For våre informanter er behovet for å verdsette seg selv det viktigste. Når Line allikevel sier noe om at alle innerst inne liker å bli likt og godtatt, tolker vi det som at hun mener at alle har et behov for å bli sett og akseptert for den de er. Men for Line handler det også om å:

“Men jeg liker, jeg er også en person som liker å gi veldig mye. Så, det viktigste for meg er at de andre rundt meg har det bra”.

Vi tolker hennes utsagn som at hun vil akseptere og verdsette andre rundt seg, slik hun selv ønsker at andre skal behandle og verdsette henne.

Individet kan ikke være en anerkjennende person, uten at en på samme tid anerkjenner seg selv (Solheim, 1998). I en slik forståelse vil mennesker forholde seg til eget bilde og hvilken symbolsk plass en har i møte med andre mennesker. På denne måten viser vi til

vårt eget selvilde, men også som et utgangspunkt for hvordan vi oppfatter verden (Solheim, 1998). Solheim (1998, s. 13) ser med sammenligning til Mead nærmere på hvordan subjektet i ”jeget” og ”meget” alltid vil være splittet, men Solheim er opptatt av at en ikke trenger å beklage denne splittelsen, men heller se den som mulighet for forandring og oppnåelse av selverkjennelse. I dannelsen av egen identitet ligger det en forutsetning om erfaring fra den solidariske sfæren (Skoglund & Åmot, 2012). Det å føle selvverd handler om å bli verdsatt for det man kan, den man er og det man kan bidra med i sosial kontekst. Det er et gjensidig forhold som handler om å både gi og få anerkjennelse (Skoglund & Åmot, 2012). Om et samfunn kan karakteriseres som solidarisk, er avhengig om det klarer å inkludere ulike fellesskap der medlemmene blir verdsatt ut i fra ulike ferdigheter og presentasjoner. Samfunnet som helhet må kunne inkludere ulike livsformer og verdiorienteringer (Honneth gjengitt i Skoglund & Åmot, 2012, s. 21). I neste avsnitt ser vi nærmere på hvordan informantene i møte med andre mennesker ønsker å oppnå anerkjennelse.

6.4.3.2 Å strebe etter andres anerkjennelse

Honneth (i Skoglund & Åmot, 2012, s. 22-23) viser til det stigende antall mennesker med depressive utfordringer, kan tolkes som reaksjon på *individualismen* som foregår i samfunnet. I samfunnets selvrealiseringen vil konsekvenser som ensomhet og depresjoner være mulige realiteter, da noen mennesker ikke føler at de strekker til eller anerkjennes for den de er. Men i kampen om anerkjennelse kan det oppstå nødvendige opprør og protester med bakgrunn i krenkelser (Skoglund & Åmot, 2012, s. 23).

Anerkjennelse ønskes å oppnås for egen skyld, men også i kampen for den andre i et solidarisk samfunn (Skoglund & Åmot, 2012, s. 23). Anerkjennelse kan dreie seg om det som verdsettes eller beundres med hensyn til en handling eller prestasjon (Schibbye & Løvlie, 2015). Det er selvsagt bra å få ros, men ros og beundring henvender seg til prestasjonen og ikke til personen for den man er (Schibbye & Løvlie, 2015).

Spiseforstyrrelser er et eksempel på et uttrykk for en mangel, der kroppen blir et ønske på å mestre noe. Man speiler seg i anerkjennende kommentarer og blikk, ved å bli bekreftet er man noen (Skårderud, 2013).

Flere av informantene forteller om hvor viktig det er å bli akseptert. Samtidig ser vi også hvordan de uttrykker redselen for at andre skal tenke negative ting om dem. Nora sier:

”Og det å se bra ut, jeg merker veldig godt det, det er veldig ofte jeg reflekterer over hvordan jeg mener..., altså når jeg synes andre er vakre så tar jeg ofte det til.. til refleksjon mot meg selv. Og ofte så har det ingenting med hvordan vi ser ut og gjøre, men det har alt med liksom utstråling. Og det, tror jeg har... har hjulpet meg mye, at jeg har reflektert over det. At hvis jeg ser andre sånn, da kan det jo hende andre se på meg sånn og. At hvis jeg har en dårlig dag, men har et skikkelig stort smil da, kanskje det hjelper bedre liksom”.

Om Nora har en “dårlig dag”, ønsker hun "frontstage" å dekke over det dårlige med ett smil, for at det utad skal se ut som hun har det bra. Vi tenker at Nora er ei jente som ikke er så fornøyd med seg selv, hun er usikker og ønsker å bli anerkjent av andre. Vi kan se lignende tendenser hos Mette og Mia;

Mette: *“Altså jeg er veldig redd for at folk skal mislike meg”. ”Men det er liksom sånn generelt da noe jeg er redd for, å ikke bli godtatt og ikke bli akseptert”. ”...at de kanskje tenker negative ting om meg da”.*

Mia: *”Jeg føler på en måte at jeg trenger å «bli akseptert». At andre mennesker liker meg; ialfall ikke misliker meg. Så jeg forsøker å gi et godt inntrykk”.*

Både Mette og Mia gir uttrykk for at de vil bli sett for den de er og ønsker å gjøre et godt inntrykk hos andre. Informantene forteller om et behov for å bli akseptert og anerkjent av andre. Deres utsagn viser til personlig usikkerhet og lav selvtillit. Ved å få tilbakemeldinger på at de blir sett og akseptert, vil det kunne øke selvtilliten. Selv om behovet for anerkjennelse fra andre mennesker er stort, er informantene redde å bli avvist og har vanskelig for å tro på folk. Sol og Sandra sier følgende;

Sol: *“...jeg har en sykkelig redsel for å bli avvist, så derfor tok jeg alle tegn som at jeg var på vei til å bli avvist så avviste jeg dem for å komme dem i forkjøpet. Uansett om det er reelt eller ikke”.*

Sandra: *“jeg vil bli godtatt for den jeg er. Men har STORE problemer å tro på folk”.*

Vi tolker sitatene som at informantene gir uttrykk for at de er usikre på seg selv, har lavt selvtillit og muligens har de også opplevd å bli avvist tidligere, enten av jevnaldrende, foreldre eller behandlingsapparatet. De har derfor mistet tilliten til andre, men har også mistet trua på seg selv og har et enormt behov for å bli bekreftet. Tillit kan defineres som tiltro til et annet menneskes pålitelighet. Å ha en god relasjon til for eksempel andre jevnaldrende, betyr ofte også å ha gjensidig tillit til hverandre (Øia og Fauske, 2010 s. 212-213). I tillegg har alle mennesker behov for å bli speilet. Ved å få bekreftelse på at vi blir sett, kan vi både se oss selv og bli oss selv. Mange strekker seg etter anerkjennelse og oppmerksomhet. Å bli anerkjent øker selvtilliten og de vil føle seg vel med seg selv (Skårderud, 2004, s. 51-52).

I tilfeller hvor mennesker er i en pasientrolle kan de oppleve en av urimelig sosial nedvurdering. Det er fordi de blir definert med et sett av negative kjennetegn, problemer, symptomer eller mangler som kjennetegner personen, og er sjelden i seg selv kilden til opplevelse av personlig verdi (Falkum et al., 2011). Å være utelukket fra en livsrolle som er sentral for de fleste mennesker, kan svekke personens verdsetting av seg selv (Falkum et al., 2011). Vår informant Sol forteller oss at hun:

“Savner en anerkjennelse på at jeg er den jeg er uten å bli stemplet for oppvekstmiljøet”.

Sol er vokst opp i et vanskelig og turbulent hjem. Vi tolker utsagnet som at hun vil at andre skal se hennes kvaliteter og verdsette henne for den hun er og ikke for fortiden.

I de forrige avsnittene har vi sett på hva det betyr for våre informanter å bli sosialt verdsatt av andre, og hvordan dette påvirker deres selvfølelse og verdsettingen av seg selv. Flere av informantene har fortalt at det viktigste er behovet for å akseptere seg selv som individ, mens mange har likevel uttrykt en usikkerhet rundt eget selvilde og påpekt hvor viktig det er å bli godtatt av andre og å passe inn i samfunnets normer og krav.

I sfæren for sosial verdsetting anerkjennes individet for sine evner og ferdigheter. Her blir individets ferdigheter vurdert og verdsatt ut fra deres bidrag til å realisere felles målsettinger (Honneth, 2008). Den sosiale verdsettingen og personlige selvrealiseringen er ofte knyttet til menneskets rolle som yrkesutøver (Falkum et al., 2011). Den enkeltes

prestasjoner for det sosiale fellesskapet, bidrar til å utvikle den personlige selvfølelsen eller verdsettingen av seg selv (Honneth i Falkum et al., 2011). I neste avsnitt ønsker vi å se på hvordan en person med spiseforstyrrelser anerkjennes som den flinke og perfekte.

6.4.3.3 “ Den flinke og perfekte jenta”

Personer med spiseforstyrrelser kan ofte oppleves som den flinke, hvor hun ved prestasjoner i idrett, på skole, ovenfor venner og familie, ønsker å vise seg frem med resultater. Det å gjøre noe bedre enn andre og sammenligne seg med andre, blir det viktigste i livet og konkret bevis på å mestre (Skårderud, 2013). For en person med ortoreksi handler det ofte om at hun trener mye eller opprettholder et “sunt” kosthold, og blir oppfattet av andre som den “flinke” (Bratman, 2017).

Sonja (helsepersonell) reflekterer i sitatet nedenfor om sine tanker rundt unge jenter med spiseutfordringen ortoreksi:

“Man hører at de kaver for å få til ting eller få kontroll. Også får de ikke til det, også blir spiseforstyrrelsen noe de fikser. Også blir de gode på det. På den andre siden er det allikevel vanskelig å se hvordan det tipper over i det veldig syke, og hvordan det allikevel oppfattes som at de er flinke, når de egentlig er veldig syke”.

Våre informanter Line og Guro forteller oss om opplevelsen av å bli anerkjent som “den flinke” fra omgivelsene. Line er aktiv på treningssenteret både som instruktør for sal timer, og i trening sammen med vennegjengen. I tillegg driver hun aktivt med blogg og instagram på sosiale medier. Line sier:

“Jeg får ofte komplimenter nå på at jeg er sunn og frisk, og sterk og et godt forbilde for andre. Så det er bra”.

Line forteller oss at hun nå er frisk fra spiseproblematikken ortoreksi som hun har sliti med i flere år. I dag er hun fortsatt opptatt av å trene og spise sunt, men hun føler nå hun har kontrollen, og at det ikke lenger er spiseforstyrrelsen som styrer henne. Vi tenker at bekræftelsene fra omgivelsene på at hun er “sunn” og “frisk”, gir Line en ekstra drivkraft om å fortsette sitt regime. Line blir anerkjent for sine prestasjoner, og da føler hun at dette er noe hun mestrer og er god på. En annen som også har opplevd anerkjennelse for sine prestasjoner er Guro. Hun fortalte oss som tidligere nevnt, at hun

trente mye. Dette førte til en endring av kroppen og selvet som resulterte i en bekreftelse på hvordan hun da så ut. Hun sier:

”...folk ble jo fascinert da, at jeg var så lita. Men at jeg var så råsterk da. Eh.. så det, så jeg kjenner at det savner jeg jo. At jeg på en måte kan overraske med en liten kropp og være så sterk som jeg var da. Eh... ja...”

Den “perfekte” kroppen klarte å prestere, hun fikk bekreftelser og hun ble sett av andre. Anerkjennelsen hun fikk for sine prestasjoner bidro også til å øke selvtilliten hennes.

Ofte er det slik at personen ikke kan være fornøyd før det er perfekt, og det kan være slitsomt fordi det sjelden er godt nok (Skårderud, 1994 s. 59). Hun sammenligner seg med andre og konkurrerer med andre mennesker, fordi det er den spiseforstyrredes måte å måle egenverd på (Skårderud, 1994). En person med spiseforstyrrelse legger lista høyt for å oppnå det perfekte og lar sjeldent kroppen hvile, men fallet kan også bli deretter (Skårderud, 1994 s. 59). Personen tilpasser seg andre, men mister kontakten med seg selv. Det utvikles en “som -om personlighet” hvor individet kalles “det flinke” (Skårderud, 2004). Man presenterer seg som noe annet. Personen utvikler en holdning som svarer til omgivelsenes ønsker og forventninger (Skårderud, 1994 s. 111). Bak det ytre og velfungeringen kan det oppstå symptomer av depresjon eller en følelse av tomhet. Å mestre kroppen, kan bli et forsøk på å hjelpe seg selv med å holde vonde følelser unna (Skårderud, 2004 s. 53) .

Guro har i de siste årene måtte kutte ned på treningsmengden fordi det tok for stor plass i hverdagen. Men hun savner den anerkjennelsen hun fikk av andre når hun trente mye og hadde en sterk kropp. Nå savner hun disse direkte bekreftelsene, og Guro forteller videre at:

”Så.. ja.. jeg er ikke så opptatt av hva andre folk egentlig mener, men ja samtidig litt da. For å få den bekreftelsen på hvordan jeg ser ut. Det har jeg begynte å tenke litt på det siste halvåret, hvordan fremstår jeg for gutter? Er jeg attraktiv? Ser jeg bra ut? Har jeg fin kropp for dem? Hvordan fremstår jeg for dem da? Det har jeg begynt å tenkt litt på, det siste halvåret tenker jeg. Om det er noen gutter som bare wow, ho der var sexy, eller fy faen... ugh.. holdt jeg på å si (ler). Det skulle jeg gjerne likt å visst da”

Vi tolker Guro sitt utsagn som at hun fortsatt ønsker å bli “sett”. Tidligere fikk hun konkrete tilbakemeldinger på sine prestasjoner, og tilbakemeldingene var også bekreftelser på at hun ble anerkjent av andre. Anerkjennelsen ga Guro større tro på seg selv og bedre selvbilde. De konkrete kommentarene over hvor sterk og flink hun var, var en bekreftelse på at det hun gjorde var riktig og at dette var noe hun mestret. Tanken om å oppnå den “fine kroppen” hadde Guro hatt med seg i mange år, hun sier:

“Fra tidlig av, fra ungdomstida har jeg vært veldig opptatt av å ha en fin kropp”.

Den ideelle kroppen er fin og sterk. Guro viste oss et bilde av en kropp, som symboliserer det hun ser på som “perfekt”. Dette var et bilde av en godt trent ung dame med markerte, men ikke altfor store muskler. Det var en slik kropp Guro strebet etter. Emma (helsepersonell) ser dette jaget etter det perfekte i sammenheng med at det har blitt for mye fokus i dagens samfunn på prestasjoner og resultater. Hun sier følgende;

”...jeg tror ikke du er bevisst på at det er det du gjør når du har havnet der. men at du blir jo sett vettu, og da får du iallfall anerkjennelse på sykdommen. og det er med på å opprettholde, fordi folk blir bekymra eller altså så det... det å gi anerkjennelse ikke bare liksom at man gjør det kjempebra, men mestring... mer på mestring enn på resultater. Og der har du et viktig poeng i forhold til barn og unge i dag og både medier og skoler at det er resultat orienteringa da”.

Et viktig poeng som Emma (helsepersonell) tar opp, er nettopp dette med å bli sett og anerkjent av andre. Vi tenker at det ofte handler om at personen ønsker bekreftelser på at de er gode nok.

I det neste avsnittet vil se på hvordan informantene streber etter anerkjennelse på sosiale medier.

6.4.3.4 Anerkjennelse på sosiale medier

Guro: *”...yes, nå har jeg fått til noe liksom”.*

I dagens samfunn har det blitt et større behov for å få bekreftelse blant unge mennesker. I stedet for å være trygg på den vi er inne i oss, søker vi bekreftelse utenfra (Skårderud,

2018). Dette er en utvikling som i stor grad har utviklet seg med teknologien, og det har oppstått en avhengighet om å bli bekreftet gjennom sosiale medier. Det blir en forventning om å få raskt respons i løpet av få minutter, hvor man tidligere ventet opp til flere uker på brev tilbake (Skårderud, 2018). Det å få “likes” på sosiale medier kan oppleves som en form for anerkjennelse (utdanningsdirektoratet, 2016).

Noen av våre informanter snakker om hvordan bilder, innlegg og kommentarer fra andre på sosiale medier påvirker og gir utslag i kampen om anerkjennelse. Sol forteller:

“Ønsker jo at folk skal synes at jeg er søt, legger sjelden ut bilder av meg selv, for alle andre får så flotte kommentarer, 100 - 400 liker, mens jeg får bare 2-3 og det synes jeg er vanskelig å se, føler at ingen liker meg”.

Å få likes på facebook blir en bekreftelse på at Sol blir likt og anerkjent av andre. Det å ikke få likes har også betydning for selvbildet. Vi tenker at jakten på bekreftelse på sosiale medier kan gå utover selvfølelsen til Sol.

Personer som stiller seg selv på utstilling på sosiale medier i jakten på anerkjennelse, står også i fare for å bli oversett, kritisert eller mobbet (Skårderud, 2014). Ved å fremstille seg selv som et objekt for andres øyne, kan man også begynne å se på seg selv som et objekt. Det kan oppstå en skamfølelse og en opplevelse av manglende anerkjennelse ved at man ser seg selv kritisk i gjennom andres øyne (Skårderud, 2014).

Våre informanter Oda og Frida som begge er helsepersonell, tenker at mangel på bekreftelse og en følelse av at man ikke er god nok er årsaken til at mange søker etter bekræftelser utenfra. Oda (helsepersonell) sier dette om hva man ønsker å oppnå ved å legge ut poster og innlegg på sosiale medier:

“Eg tror altså, eg vet ikkje, hva er det som har endra seg? Har vi vært en foreldregenerasjon som ikkje har gitt nok oppmerksomhet til ungene våre, eller hva er det for noen ting? Eg tenker at det må jo handle om det. Et ønske om bekræftelse, om å bli sett, om å bli... eg vet ikkje. Det er jo, litt sånn pussig også altså. Men ser det gjelder jo en del voksne også, som er aktive på det, og ønsker det”.

Sitatet fra Oda (helsepersonell) tolker vi slik at hun tenker at ungdommens mangel på anerkjennelse og søken etter dette, kommer av travle foreldre som ikke ser og bekrefter barna nok. Frida (helsepersonell) har en litt annen oppfattelse av hvorfor barn og unge søker anerkjennelse utenfra. Hun sier:

“...det går så mange ungdommer der ute som ikke føler de er gode nok. Fordi de ikke ser bra nok ut, og de på en måte litt sånn forvrengt sunnhetsideal. Fordi bloggerne, fordi alle mediene, fordi all reklamen og ikke minst kleskjeder og alt ikke sant. Lager klær som du skal på en måte verken ha rompe eller mage eller ikke sant. Så.. så de strever mot et uoppnåelig mål tenker jeg”.

Frida (helsepersonell) har videre en oppfordring å komme med:

“Også tenker jeg at foreldre må først og fremst må lære ungene sine nettvett. Og for det at alt det der som nettet påvirker de”.

Frida (helsepersonell) forteller i sitatet ovenfor at hun mener foreldre må ta ett større ansvar når det gjelder å lære barna hvordan sosiale medier kan fremstille en “frontstage” som egentlig ikke samsvarer med “backstage”.

6.5 Avsluttende kommentar

I dette analysekapittelet har vi ønsket å belyse tematikken anerkjennelse. Vi har sett nærmere på hvilken betydningen anerkjennelse har for våre informanter med egne erfaringer med spiseforstyrrelser, samt fra våre helsepersonell informanter. Vi har ved hjelp av Honneth sin anerkjennelsesteori, sett på ulike aspekter og erfaringer fra våre informanter i de ulike sfærene. I tillegg har vi belyst anerkjennelse på sosiale medier. Ved aktørens ståsted har vi belyst deres møte med strukturen. Vi har nå presentert våre tre analyse kapitler om tematikkene; kultur, ambivalensen (kontroll) og anerkjennelse. Det neste kapittelet oppsummerer oppgaven i helhet med en konklusjon.

7. Konklusjon

I denne masteravhandlingen har vi ønsket å belyse spiseproblematikken ortoreksi.

9 jenter som har kunne relatere seg til sykdommen har bidratt med en bedre forståelse av dette fenomenet. I tillegg har 2 helsesøstre fortalt om sine erfaringer fra arbeid med barn og unge, og 2 leger bidratt med sin kunnskap om ortoreksi og andre spiseforstyrrelser. Ortoreksi har vært lite forsket på fra tidligere, og det er begrenset med litteratur.

Vår problemstillingen har vært : *”Hvordan kan ortoreksi erfares? Og på hvilken måte kan ortoreksi fenomenet forklares, og om mulig forebygges?”*

Vi har dermed også sett på eventuelle forebyggende og helsefremmende tiltak som kan iverksettes for å sørge for at barn og unge vokser opp med gode oppvekstsvilkår. Spiseforstyrrelser er en psykisk sykdom men det er også en del av kulturen, så derfor gjør det situasjonen enda vanskeligere å vite hva som er normalt og hva er det som blir sykt. Det som er sykt for noen er en normalitet for andre. Siden spiseforstyrrelser er en del av kulturen så det går ikke an å forebygge ortoreksi i betydning av å utrydde, men det kan settes inn tiltak for å endre holdninger og atferd hos foreldre, helsepersonell, lærere og andre betydningsfulle personer i barnets liv (for eksempel håndballtrener). I denne sammenheng har vi i første analysekapittel sett på ulike kulturelle påvirkningsfaktorer opp i mot hva våre informanter har fortalt oss om. Vi viser i dette kapittelet først til hvordan det har skjedd en endring i synet på hvordan den “ideelle” kroppen skal se ut, og hvordan sunnhetsfokuset opptar mange arenaer i hverdagen til alle mennesker. Det er “in” å være sunn viser ung i Norge rapporten (Bakken, 2017). Det å ta vare på helsa si blir sett på som en god investering for egen del, og for samfunnet forøvrig. Men samfunnsstrukturene legger grunnlaget for hvilket kroppsideal som er “in”, og hvordan en skal kunne oppnå dette. I kjølvannet av dette fokuset oppstår det en helsetrend om å bli sunnest og mest “fit”; som kan utarte seg til ortoreksi. Vi viser til Giddens sin strukturasjonsteori i forståelsen av hvordan strukturen og aktørene er gjensidig avhengig og påvirker hverandre. Strukturen legger føringer gjennom reklame, sosiale medier, nyheter og så videre om hvordan en for eksempel kan oppnå “sommerkroppen 2018”, eller “spis 5 om dagen” råd. Aktørene følger opp med å legge ut bilder på sosiale medier for å fremstille seg som gode representanter for å videreformidle bilder og oppskrifter på sunn mat, og trenings tips. Alle våre informanter

er opptatt av hvordan deres kropp gjenspeiler samfunnets underliggende ”krav og forventninger” om hvordan en bør se ut; slank, sunn, ”fit”, samtidig som kulturen legger ulike føringer for at en helst skal være ”perfekt” på alle områder; det være seg med skole, jobb, familie. Streben etter å prøve å bli en bedre versjon av seg selv, ser ut til å være rådende for våre informanter. Jentene har også påpekt foreldre, venner og sosiale medier som påvirkende faktorer til utviklingen av spiseforstyrrelsen. Foreldre som slanker seg eller bilder/innlegg på sosiale medier har vært nevnt som eksempler. Vi har allikevel sett ulikheter når det gjelder bruken av sosiale medier. For enkelte har sosiale medier virket motiverende for å bli friskere. Andre har hatt en rådgiverrolle og vært inspirerende for andre. Flere sier at de ønsker å legge ut bilder og innlegg selv for å få ”likes” og positive kommentarer. Vi fikk ett inntrykk av at informantene hadde behov for å bli ”sett”, samt ønsket å gjøre et godt inntrykk hos andre, for å øke selvtilliten og føle seg bedre. I forståelsen av besettelsen om å spise sunnest mulige, følge dietter, og holde seg i form (Bratman, 2000), har vi sett at de fleste av våre informanter viser en usikkerhet og sårbarhet, hvor det lave selvbildet og selvfølelsen lettere lar seg påvirke av andre faktorer.

I avhandlingens andre analysedel har vi sett på hvordan spiseforstyrrelsens besettelse rundt kropp og mat, kan bli et forsøk på å vinne kontroll over deler av livet som ikke er bra. Jentenes ønske om å oppretthold kontroll, og overopptatthet rundt maten og treningen, blir en kamp om full kontroll over kroppen, prestasjoner og egne følelser. Å leve med en spiseforstyrrelse, betyr at man lever med en slags dobbelthet. Aktørene viser til hvordan de opplever denne ambivalensen. Informantene uttrykte et sterkt ønske om å bli friske fra spiseforstyrrelsen, men samtidig så var det noe som satte stopper for dette. Noen av våre informanter betraktet seg selv som vellykkede i sitt sunne matprosjekt, og de følte at de mestret noe, samtidig som de snakket om å ha mistet den kontrollen over det som skulle hjelpe dem å bevare kontrollen. Dobbelttheten kan være et bilde på fortvilelse. Den ene delen av henne vil bli frisk, mens den andre delen vil oppnå sine mål i streben etter idealkroppen, ønske om å bli sunn og ren, og leve opp til strukturens satte ”norm”. De fleste informantene ga uttrykk for at det er vanskelig å komme seg ut av spiseforstyrrelsen. De er allikevel enige om at støttende familie og venner er viktig i tilfriskningsprosessen.

I analysedelen om anerkjennelse har vi ved hjelp av Honneth sin anerkjennelsesteori, sett på informantenes fortellinger opp i mot de ulike sfærene (private, rettslige og

solidariske). Studien vår har vist til at det er et grunnleggende behov for anerkjennelse hos alle informantene. Men for å være et anerkjennende individ, må en også anerkjenne seg selv (Solheim, 1998). Dette har vist seg å være et vanskelig for våre informanter fordi de ofte streber etter å oppnå større perfektjon når det gjelder å spise sunnere, trene mer, eller annet på andre områder i livet. Samtidig som lavt selvbilde, kan ligge til grunn for hvorfor en ikke opplever seg selv som anerkjennende individ. Informantene har hatt ulike erfaringer i møte med helsevesenet. Mange har opplevd å ikke få hjelp i behandlingsapparatet fordi de er normalvektige, og dermed følt seg krenket i møte med velferdsstaten.

Denne avhandlingen peker alt mot at spiseforstyrrelser trengs å forebygges i tidlig stadie, ved å fange opp sårbare barn og unge, jobbe i skoler, jobbe med relasjoner-foreldre-barn, og fokusere mer på psykisk helse; dette er noe som informantene våre etterlyser i større grad. Samtidig kan det se ut til at samfunnets idealisering av det sunne, får konsekvenser som utspiller seg ved ortoreksi-sykdommens kompleksitet. Samfunnet kan sies å ha en for liten kunnskap om hva som er sunnhet og sykkelig sunn (ortoreksi), altså når “sunt blir usunt”.

Med tanke på videre forskning ønsker vi at det settes enda mer fokus på fenomenet ortoreksi som baksiden av dagens helsetrend. Ortoreksi bør betraktes som et reelt samfunnsproblem satt til side om det regnes som egen diagnose eller ikke. I den tiden vi lever i, hvor barn og unge vokser opp med tilgang til digitale medier og travle foreldre som selv streber etter sunnhet og “bra” kropp, er det lett for de unge å få et for sunt fokus på mat og trening. Som våre helsepersonell har påpekt kan det være nødvendig å starte med å se på foreldrenes egen kunnskap og formidling av sunnhet til sine barn og unge. I denne sammenheng kan det tenkes at forebygging rettet mot å gi veiledning, tips og råd til foreldre om de unges psykiske helse, men også om kosthold, i betydningen av hvorfor kroppen trenger det den gjør, ikke kun på hva som er sunt/usunt, kan være lønnsomt. Foreldrene vil kunne opparbeide seg bedre forutsetninger om et oppvekstmiljø hvor ikke fokuset på sunnhet overgår alt annet, som kan være en nyttig investering for fremtiden. I tillegg bør det også satses på forebyggende arbeid og større fokus på psykisk helse på andre arenaer som unge er en del av. Forskning tilknyttet disse teamene som nevnt ovenfor, kan være spennende felt å utforske.

Referanser/litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Aas. (2018). *Feminisme Store Norske Leksikon* fra <https://snl.no/feminisme>
- Bakken, A. (2017). *Ungdata. Nasjonale resultater 2017*. (NOVA Rapport 10/17). Oslo: NOVA. Hentet 20/2-2018 fra <file:///Users/lur/Downloads/Opprettet-Ungdata-rapport-2017-4-august-2017-web-utg-med-omslag.pdf>
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Berg, N. B. J. (2012). *Føre var! Forebyggende psykisk helsearbeid i skolen* (s. 47-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg, & Pallesen. (2004). Skam og selvfølelse: Teoretiske aspekter og psykometrisk egenskaper ved en norsk versjon av internalisert skam-skala. *Tidsskrift for den Norske Psykologforening*, 41: 59–364.
- Borchsenius, C. (2013). *Ortoreksi, tvangslidelse eller spiseforstyrrelse?* Hentet 12/2-18 fra <https://bramat.no/kosthold/helse/954-ortoreksi-tvangslidelse-eller-spiseforstyrrelse>
- Bratman, S. (2017). *Orthorexia*. Hentet 28.02-2018 fra <http://www.orthorexia.com/>
- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. Health food junkies*. New York: Broadway books.
- Bratvold, S. (2018). *Stress, press og suksess* [Dikt]. Hentet 28/4- 2018 fra facebook.com
- Brytek- Matera. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive- - compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. Hentet 3/3-2018 fra

https://www.researchgate.net/publication/266008463_Orthorexia_nervosa_-_An_eating_disorder_obsessive-compulsive_disorder_or_disturbed_eating_habit

- Bugge. (2015). *Mat, måltider og moral- hvordan spise rett og riktig.* (nr. 3.) (side 1-316). Hentet 14/2- 2018 fra http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/sifo/files/file80368_sifo_fagrapport_3_2005_mat.pdf
- Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella. (2013). *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon.* (Vol. 9) (s. 151- 157). Hentet 2/2-2018 fra <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03325060>
- Falkum, Hytten, & Olavesen. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for den Norsk Psykologforening*, 48(1080-1086). Hentet 12/3-18 fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2011/1080-1085.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge* fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Friestad, C. (2002). Sosial ulikhet i psykiske lidelser. I Reidun Norvoll (red.), *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal.
- Frønes, I. (2011) *Moderne barndom* (3. utgave). Oslo: Cappelen Damm As.
- Frønes, I. (2013). *Å forstå sosialisering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.
- Glaser, V. & Bølstad, J. r. (2008). *Moderne oppvekst. nye tider- nye krav*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gorski, D. (2015). *Let food be thy medicine and medicine be thy food? The obsessive*

worship of “medicinal foods”. Hentet 26/3-2018 fra
<https://sciencebasedmedicine.org/let-food-be-thy-medicine-and-medicine-be-thy-food-the-fetishism-of-medicinal-foods/>

Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter, 3.utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grue, J. (2015). *Teori i praksis. Analysestrategier i akademisk arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grønmo. (2011). *Samfunnsvitenskapelige Metoder (4.opplag)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Gulbrandsen, L. M. (Red.). (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Halvorsen, I. & Bergwitz, T. (2017). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 8/4-2018 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-50-spiseforstyrrelser/>

Hekta på sunn mat? [Bilde], (2010). Hentet 20/11- 2017 fra <http://www.nettavisen.no/nyheter/hekta-pa-sunn-mat/3090101.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St.meld. nr. 16, 2002-2003). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Hentet 22/4-2018 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene>

- Helsedirektoratet (2016). *Kostråd fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratets offisielle kostholdsråd*. Hentet 22/3-2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet>
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax.
- Innselset, E. (04/05-2015) *Reklame, media og kroppspress*. Hentet 02.03.2018 fra <http://www.trening.no/helse/reklame-media-og-kroppspress/>
- Javo, C. (2010). Forebyggende arbeid blant barn og familier fra etniske minoriteter *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling* (s. 215-240) Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, Ø. D. & Svendsen, M. (2017). Trekker prinsesse-bok etter massiv kritikk. *Verdens Gang*. Hentet 14/12-2017 fra <https://www.vg.no/rampelys/bok/trekker-prinsesse-bok-etter-massiv-kritikk/a/24126108/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju, 3. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvalem, I. L. (2007). Ungdom og Kroppsbilde. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Red.), *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer* (s.33-51). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Kvam. (2011). *Du er forbildet*. Hentet 29/4-2018 fra <https://nhi.no/familie/barn/du-er-forbildet/>
- Lein. (2015). *Sunnhetsslave- Dette er ortoreksi*. Hentet 2/3-2018 fra <https://nhi.no/forskning-og-intervju/sunnhetsslave-dette-er-ortoreksi/>
- Lie, U. T. (2016). Når det sunne blir usunt. *Badeliv. Et magasin fra Modum Bad*,

25(7/4-2018), 1-36. doi: <http://www.modum-bad.no/wp-content/uploads/2015/03/Badeliv-1-2016-web.pdf>

Likestillingsdepartementet, b. o. (1999). *Rundskriv og styrking av oppvekstmiljøet for barn og ungdom*. Hentet 24/4-2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/om-styrking-av-oppvekstmiljoet-for-barn-/id108411/>

LiveScienceStaff. (2011). *Zombie Facts: Real and Imagined (Infographic)*. Hentet 13/4-2018 fra <https://www.livescience.com/16411-zombies-fact-fiction-infographic.html>

Lohne-Knudsen, L. & Madsen, O. J. (2018). Orthorexia nervosa – en kulturdiagnose for vår tid? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(1), 13-23. Hentet 4/4-2018 fra doi: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=503509&a=3

Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud, & Aarø. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Hentet 13/1-2018 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rapport-2011-betere-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Slik formes vi av andres forventninger*. Hentet 30/3-2018 fra <https://psykologisk.no/2015/06/slik-formes-vi-av-andres-forventninger/>

Marthinsen, S. T. (2017). *Brukertallene i sosiale medier*. Hentet 23/11-2017 fra <http://sosialkommunikasjon.no/brukertallene-i-sosiale-medier/>

Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Mykletun, Knudsen, & Mathiesen. (2009). *Psykiske lidelser i Norge; Et folkehelseperspektiv*. Hentet 28/2-2018 fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid- i teori og praksis* Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nielsen, T. H. (2017). *Anthony Giddens*. Hentet 26/3-2018 fra https://snl.no/Anthony_Giddens
- Nilssen. (2012). *Analyse i kvalitative studier, den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordahl, T., Sørli, M.-a., Manger, T., & Tveit, A. (2009). *Atferdsproblemer blant barn og unge Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk Helseinformatikk. (2014). *Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet 10/4-2018 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/spiseforstyrrelser-foreb-og-beh/>
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- OFKS.no. (2018). *Skeptisk til å gjøre en hel generasjon til psykologisk case*. Hentet 18/3- 2018 fra <https://ofksfoto.no/2018/01/23/skeptisk-til-a-gjore-en-hel-generasjon-til-psykologisk-case/>
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*. Hentet 20/10-2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Pettersen. (2007). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 4/3-2018 fra

<https://uit.no/Content/463738/spiseforstyrrelse.pdf>

- Regjeringen. (2005). *Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09*. Hentet 22/4-18 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/smk/vedlegg/2005/regjeringsplattform_soriamoria.pdf
- Reistad, H. M. T. & Vrabel, K. A. (2013). Ortoreksi. *Norsk tidsskrift for ernæring* (nr. 1- 2018) (s. 24-28) Hentet 05/02-2018 fra <http://www.modum-bad.no/filarkiv/File/2013/Pdf-filer/Ortoreksi.pdf>
- Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs, & Øverland. (2018). *Psykisk Helse i Norge*. Hentet 23/3-2018 fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rosenvinge, & Børresen. (2004). Kan man forebygge spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 15. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/kan-man-forebygge-spiseforstyrrelser>
- Rysstad, S. E. L. (2016). *Sosiale medier – en teaterscene?* Hentet 13/2-2018 fra <http://socius.sosiologi.org/2016/07/27/some/>
- Rør. (2009) *Spiseforstyrrelser, symptomforståelse og behandlingsstrategier* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Sagdahl, M. (2018). *Aktør- filosofi*. Hentet 1/4-2018 fra https://snl.no/akt%C3%B8r_-_filosofi
- Schibbye, & Løvlie. (2015). Betydningen av indre anerkjennelse i relasjoner. *Du og Barnet. Om å skape gode relasjoner med barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seierstad, A., Langengen I, W., Nylund, H. K, Rainar L. M., & Jamtvedt, Gro. (2004). *Kunnskapssenteret Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser*. (nr 13-2004). Hentet 20/2- 2018 fra

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0413_spiseforstyrrelser.pdf

Skoglund, R. I. & Åmot, I. (Red.). (2012). *Anerkjennelsens kompleksitet i barnehage og skole*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skålevåg, S. A. (14/11- 2017). *Hippokrates*. Hentet 22/3-2018 fra <https://snl.no/Hippokrates>

Skårderud, F. (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug selvutvikling

Skårderud. (2004). Den kommuniserende kroppen – spiseforstyrrelser og kultur. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 124: 2365-8. Hentet 20/2- 2018 fra <https://tidsskriftet.no/2004/09/tema-spiseforstyrrelser/den-kommuniserende-kroppen-spiseforstyrrelser-og-kultur>

Skårderud, F. (2013). *Sterk/Svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug selvutvikling.

Skårderud, F. (2014). *De unge sliterne*. Hentet 18/3-2018 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/i/5VOw1/De-unge-sliterne>

Skårderud. (2016). *URO En reise i Det moderne selvet*. Finland: Aschehoug Selvutvikling.

Skårderud, F. (2016a). Barnet, angsten og maten. *Aftenposten*. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/xr8V/Barnet_-angsten-og-maten--Finn-Skarderud

Skårderud, F. Rosenvinge, J.H, & Gøtestam, G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 124: 1938-42.

Smith, L. (2006). Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling*

Innføring i psykologiske perspektiver. Oslo: Universitetsforlaget.

Soest, T. v. (2007). *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Red.), (s. 78-91). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Solheim, J. (1998). *Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Strategiplan mot spiseforstyrrelser*. Hentet 19/3-2018 fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/0b2c46aefc5ff7464971650c99d3f4c9?lang=no> - 31

Spiseforstyrrelsesforeningen. (2016). *Typer spiseforstyrrelser*. Hentet 22/3-2018 fra <http://www.spisfo.no/spiseforstyrrelser/typer-spiseforstyrrelser/>

Tjønneland, E. (2018). *Aktør- filosofi*. Hentet 1/4-2018 fra https://snl.no/akt%C3%B8r_-_filosofi

Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Thagaard. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorbjørnsrud. (2007). Kulturelle fortolkningsrammer. I E. Brodtkorb, R. Norvoll & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Torgersen. (2016). *Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser2/>

- Unneland, A. K. R. (2012). Så flink du er! Om anerkjennelse og vurdering. I R. I. Skoglund & I. Åmot (Red.), *Anerkjennelsens kompleksitet i barnehage og skole* (s. 108-133). Oslo: Universitetsforlaget.
- Utdanningsdirektoratet (2016). *Tre sosiale medier foreldre bør kjenne til*. Hentet 18/3-2018 fra <https://www.udir.no/nullmobbing/sosiale-medier-du-som-forelder-bor-vare-kjent-med/>
- Utdanningsdirektoratet. (2015). *Prinsipper for opplæringen læringsplakaten*. Hentet 3/3-2018 fra http://www.udir.no/globalassets/upload/larerplaner/fastsatte_lareplaner_for_kunnskapsloftet/prinsipper_1k06.pdf
- Villa Sult. (2015). *Ortoreksi- sykkelig sunt*. Hentet 8/4-2018 fra <http://spiseforstyrrelser.no/apent-mote-pa-litteraturhuset-21-september-ortoreksi-sykkelig-sunt-en-unik-anledning-til-a-mote-begrepets-skaper-steven-bratman/>
- Vinsrygg, G. (2010). *Spiseproblemet ortoreksi*. Hentet 10/2-2018 fra <http://www.sinnetshelse.no/artikler/ortoreksi.html>
- Wilhelmsen, B. U. (2008). Forebygging av rusmiddelbruk blant barn og unge. Utfordringer, krav og forventninger. I V. Glaser og J. Bølstad (red). *Moderne oppvekst. Nye tider- nye krav* (s.181- 197). Oslo: Universitetsforlaget
- Wormnæs, O. (1996). *Vitenskap, enhet og mangfold*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Øia, T. , & Fauske, H. (2010). *Oppvekst i Norge (2.utg.)*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 73-98). Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel og godkjenning publisering av dikt

Vedlegg 2: NSD godkjenning

Vedlegg 3: Informasjonsbrev/ samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Intervjuguide informanter

Vedlegg 5: Intervjuguide leger

Vedlegg 6: Intervjuguide helsesøstre

Vedlegg 1: forespørsel og godkjenning publisering av dikt

Vår forespørsel på facebook:

Hei Stine 😊 Vi er to som skriver en masteroppgave i studiet "forebyggende arbeid med barn og unge". Vi skriver om tematikken Ortoreksi, men også da om spiseforstyrrelser generelt, psykisk helse, helsefremmende arbeid osv. Jeg har sett at du har skrevet noen sterke dikt på siden "Psykisk helse sf" her på facebook, som er som "tatt ut" av den oppgaven vi skriver basert på noen flotte informanter som har delt av seg selv. Dette kommer kanskje som ett litt rart spørsmål, men vi lurte på om vi kunne få bruke noen av versene på det siste diktet ditt som en introduksjon til oppgava vår? Selvfølgelig fult anonymisert! Og det er så klart lov å si nei! 😊 Mvh Fjola Veliqi og Ellen Benham Larsen

Svar på forespørsel:

Hei! Så utrolig hyggelig av dere å spørre! Det skal dere få lov til 😊 noter gjerne navn, har ikke et behov for å være anonym 😊👍❤️



Halvard Vike

3603 KONGSBERG

Vår dato: 10.01.2018 Vår ref: 56880 / 4 / OASR Deres dato: Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 03.11.2017 for prosjektet:

56880 Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

Veien inn i en spiseforstyrrelse... Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder Halvard Vike Ellen Larsen

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:
• opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon • vår prosjektvurdering, se side 2 • eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 29.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Vennlig hilsen Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Øivind Armando Reinertsen tlf: 55 58 33 48 /
Oivind.Reinertsen@nsd.no Vedlegg: Prosjektvurdering Kopi: Ellen
Larsen, ellen.benhamlarsen@gmail.com

Øivind Armando Reinertsen



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Formålet er å undersøke hvilke underliggende risikofaktorer som påvirker og igangsetter “symptomet” spiseforstyrrelse. I tillegg til å undersøke hvilke forebyggende tiltak som kan være effektive for utvikling av en spiseforstyrrelse.

Dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet. Vi ber dere likevel fjerne setningen om at prosjektet er meldt til REK, dersom dette er tilfellet. Det må klart fremgå at deltakelse er frivillig, og at deltakelse i prosjektet ikke har noen konsekvenser for eventuell

behandling av sykdom.

Vi legger til grunn at prosjektet er vurdert slik at det ikke omfattes av helseforskninglovens regler, og dermed ikke skal vurderes av REK. Vi har fått opplyst at prosjektet er omstrukturert i forhold til opprinnelig meldeskjema, og at opprinnelig søknad til REK er trukket. Dersom dette ikke er tilfellet må vi ha tilbakemelding omgående.

Det fremgår av meldeskjema at du/dere vil behandle sensitive opplysninger om helseforhold.

Vi legger til grunn at det ikke samles inn personopplysninger om utvalget før respondentene selv har samtykket til deltakelse.

Det må tas høyde for at informantene kan befinne seg i en svært sårbar situasjon. Når man forsker på sårbare grupper, har man et særskilt ansvar for å ivareta informantenes interesser. Belastningen informantene utsettes for må stå i et rimelig forhold til den samfunnsmessige og vitenskapelige nytten av studien.

I studentprosjekter har veileder et særskilt ansvar for planlegging av datainnsamlingen og god oppfølging både av studenter og informanter.

Personvernombudet forutsetter at du/dere behandler alle data i tråd med Høgskolen i Sørøst-Norge sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av privat pc/skylagring er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

Prosjektslutt er oppgitt til 29.06.2018. Det fremgår av meldeskjema/informasjonskriv at du/dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å: - slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel - slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn - slette lydopptak.

Prosjektnr: 56880

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Informasjonsskriv/ samtykkeerklæring

Vi er to vernepleiere ved navn Ellen Benham Larsen og Fjola Veliqi, som studerer ”Master i Forebyggende arbeid med barn og unge” ved HSN- Høgskolen i Sørøst-Norge.

Som 2. års studenter er vi i gang med et mastergradsprosjekt om spiseforstyrrelser. Vi har en stor interesse og engasjement for fenomenet spiseforstyrrelser, og vi ser at det tidsaktuelt i dagens samfunn.

Formålet med oppgaven vil være å undersøke hvordan hverdagen påvirkes til en person med spiseproblematikk. Hvilke risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer finnes for fenomenet spiseforstyrrelser? Og på hvilken måte kan det jobbes forebyggende for å hindre at barn og unge utvikler en spiseforstyrrelse?

For å finne ut av dette, ønsker vi å intervju kvinner over 18 år som har eller har hatt en spiseforstyrrelse. I tillegg ønsker vi å intervju leger/psykologer som arbeider med spiseforstyrrelsesproblematikk. Det vil også kunne bli aktuelt å snakke med helsesøstre som jobber med barn og unge.

Opplysningene blir benyttet i en mastergradsavhandling og vil kunne komme til nytte i utvikling av kunnskap for helsepersonell innenfor hjelpeapparatet.

Lydopptaker vil benyttes for å ta opp intervjuet. Intervjuet omgjøres til skriftlig tekst, som legger grunnlag for vårt videre arbeid med masteravhandlingen. Intervjuet vil ta cirka en time, og vi blir sammen enig om tid og sted.

Det opplyses om at deltakelsen er frivillig og at informanten kan trekke seg fra prosjektet når som helst uten at det får konsekvenser. Lydopptakene oppbevares på passordbeskyttet Mac. Bakgrunnsinformasjon oppbevares atskilt fra andre opplysninger. Ved avslutningen av prosjektet vil alle innsamlede opplysninger anonymiseres og lydopptaket slettes. Anonymiseringen innebærer at opplysninger om navn og bakgrunnsopplysninger som eksempelvis bosted, alder og kjønn fjernes slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Etter planen vil sletting av all data finne sted når prosjektet avsluttes mai 2018.

Videre er prosjektet meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Spørsmål om prosjektet kan rettes til
Ellen Benham Larsen (kontakt informasjon slettet)
Fjola Veliqi (kontakt informasjon slettet)

Vedlegg 4: Intervjuguide informanter

Intervjuguide ”Sykelig sunn”

Tusen takk for at du vil dele din historie med oss og svare på spørsmål slik at vi får en dypere forståelse for tematikken spiseforstyrrelse. Samtalen/ eller skriftlig versjon gjennomføres på 1-2 timer. Intervjuguiden vil inneholde spørsmål om spiseforstyrrelse, sosiale medier, trening, kosthold og behandling. Du har anledning til å trekke deg på ethvert tidspunkt uten å oppgi grunn. Vi vil påpeke at ingen svar er feil. All informasjonen som blir innhentet ved intervjuet muntlig eller skriftlig vil bli anonymisert. Vi vil bruke lydopptaker under muntlig intervju for å kunne omgjøre intervjuet til tekst. Lydopptak blir lagret på en passordbeskyttet Mac, og vil slettes ved prosjektslutt i mai 2018. Videre følger et informasjonsskriv som også inneholder samtykkeerklæring hvor vi ber deg skrive under. I forskning hvor vi ønsker å innhente personlige opplysninger og bruke lydopptak må vi ha samtykke av deg.

Bakgrunnsinformasjon

1. Hvor gammel er du? Hvor bor du? Hvilken utdanning/yrke har du? Hva er dine fritidsaktiviteter?

Spørsmål knyttet til spiseforstyrrelsen

2. Hvilken form for spiseforstyrrelse relaterer du deg mest til? Hvor lenge har du hatt spiseforstyrrelse?
3. Hvordan kommer spiseforstyrrelsen til uttrykk?
4. Hva tenker du er underliggende årsaker til at du utviklet spiseforstyrrelse? Gjerne eksempler.
5. På hvilken måte er det å bli godtatt viktig for deg?
6. Hvilke hindringer skaper spiseforstyrrelsen i hverdagen?
7. Hvordan har ditt forhold til familie og venner vært under sykdomsperioden?
8. Hvor lang tid har det tatt før spiseforstyrrelsen din ble oppdaget av andre?
9. Har du noen gang fått kommentarer av andre om kroppen din? Eller maten du spiser? Eller treningsmengden?
10. Hva tenker du om kroppsfokuset for unge mennesker i dagens samfunn?
11. Hva kan gjøres som et forebyggende tiltak for at barn og unge i fremtiden ikke utvikler en spiseforstyrrelse?
12. Hvordan har sykdommen påvirket ditt liv?
13. På hvilken måte har sykdommen lagt hindringer for å oppnå ønskede mål?
14. Hvilke beskyttelsesfaktorer ser du på som avgjørende for sykdomsløpet du

- har vært igjennom til nå?
15. Hva motiverer deg til å komme ut av sykdommen?

Spørsmål knyttet til Facebook/ Instagram

16. Følger du andre sine blogger, Instagram eller facebook der det er mye fokus på kropp, trening og kosthold?
17. Hva tenker du er motivasjonen bak poster/innlegg som blir lagt ut?
18. Hvordan tror du andre blir påvirket når de ser bilder, poster og innlegg med mye fokus på kropp?
19. Hvordan vil du definere den ideelle kvinnekroppen?
20. Hvilke forventninger tenker du stilles til kroppen i dagens samfunn?
21. Legger du ut bilder av egen kropp, treningsbilder, eller bilder av maten du spiser på sosiale medier? Hvis ja, hva føler du om din egen kropp av bilder du legger ut?
22. Hvor viktig er det for deg om hva andre syns om kroppen din?

Spørsmål knyttet til trening

23. Hvilken betydning har trening for deg?
24. Hvor stort fokus har du på trening? Hvor mye tid bruker du på trening?
25. Hva tenker du er den ideelle treningsmengden i en uke?
26. Hva gjør at du ønsker å trene?
27. Hva er det som påvirker din trening? (venner?, familie?, kroppsfokus? Media?)
28. Hva legger du i "det å se bra ut"? Og på hvilken måte er det å bli akseptert av andre et mål for treningen?

Spørsmål knyttet til kosthold

29. Hva legger du i begrepet sunnhet og sunt kosthold?
30. Hvor stort fokus har du på kosthold og trening?
31. Er du vokst opp i et hjem hvor det har vært mye fokus på kosthold og trening? Og på hvilken måte har dette påvirket din holdning til kosthold/trening?
32. Hvordan ser en normal spisesituasjon ut for deg?
33. Hvis du har barn- overfører du dine kostvaner over til barna, og evt på hvilken måte?
34. Hvor viktig er kalorier for deg?
35. Hva føler du hvis du har spist mye mat, eller usunn mat?
36. Går du eller har du tidligere gått på noen form for diett? Eventuelt hvilken?
37. Har det å utelukke noen spesielle matvarer vært en del av ditt kosthold? Om du gjør

eller har gjort dette hvordan oppsto denne ideen?

38. Hva tenker du eventuelt er nytten med å gå på diett, eller utelukke matvarer fra kostholdet?
39. Hvilken formening har dine venner og familie om ditt kosthold?
40. Om du tenker på følgende utsagn ”dietten har tatt for stor plass i hverdagen”, kjenner du deg igjen i dette? Og eventuelt på hvilken måte?

Spørsmål knyttet til behandling av spiseforstyrrelser

41. Om du har vært under behandling for spiseforstyrrelse, hvilken hjelp har du fått?
42. Hva tenker du har vært bra med den behandlingen du har fått?
43. Hva kan helsepersonell bli flinkere på når det gjelder behandling av personer som strever med en spiseforstyrrelse?

Avslutnings spørsmål

44. Er det andre ting vi ikke har snakket om som kan være viktig når det gjelder tanker om kropp, trening og sosiale medier?

Skjemaet sendes tilbake til oss innen 15/01-18 på messenger, eller mail :

Ellen Benham Larsen (mail slettet)

Fjola Veliqi (mail slettet)

Vedlegg 5: Intervjuguide leger

Intervjuguide ”Sykelig sunn”.

Tusen takk for at du vil svare på spørsmål slik at vi får en dypere forståelse for tematikken spiseforstyrrelse. Samtalen gjennomføres på 1-2 timer. Du har anledning til å trekke deg på ethvert tidspunkt uten å oppgi grunn. Vi vil påpeke at ingen svar er feil. All informasjonen som blir innhentet ved intervjuet vil bli anonymisert. Vi vil bruke lydopptaker under muntlig intervju for å kunne omgjøre intervjuet til tekst. Lydopptak blir lagret på en passordbeskyttet Mac, og vil slettes ved prosjektslutt i mai 2018. Videre følger et informasjonsskriv som også inneholder samtykkeerklæring hvor vi ber deg skrive under. I forskning hvor vi ønsker å innhente personlige opplysninger og bruke lydopptak må vi ha samtykke av deg.

Bakgrunnsinformasjon

1. Hvor gammel er du? Hvor bor du? Hvilken utdanning/yrke har du? Hva er dine fritidsaktiviteter?

Spørsmål knyttet til spiseforstyrrelsen

2. Hva tenker du er underliggende årsaker til at noen utvikler spiseforstyrrelse?
3. Kan en si at spiseforstyrrelsen bare er et symptom på noe annet?
4. Kan du si noe om på hvilken måte spiseforstyrrelser kommer til uttrykk? Evt. Hvordan?
5. Hvordan kan mangel på anerkjennelse være avgjørende for utvikling av spiseforstyrrelse?
6. Hvilke hindringer skaper spiseforstyrrelsen i hverdagen?
7. Hvordan blir pasientens forhold til familie og venner under sykdomsperioden?
8. Hva tenker du om kroppsfokuset for unge mennesker i dagens samfunn?
9. Hvilken betydning tenker du spiseproblematikken Ortoreksi har i dagens samfunn?
10. Hvorfor er ikke ortoreksi klassifisert som en diagnose?
11. Hva kan gjøres som et forebyggende tiltak for at barn og unge i fremtiden ikke utvikler en spiseforstyrrelse?
12. Hvilke beskyttelsesfaktorer kan trekkes frem som avgjørende for at sykdomsforløpet skal gå mot det bedre?
13. Hva motiverer pasienten til å komme seg ut av sykdommen?

Spørsmål knyttet til Facebook/ Instagram

14. Pasienter som kommer til behandling, har de vært opptatt av å følge andre sine

blogger, Instagram eller facebook der det er mye fokus på kropp, trening og kosthold?

15. Hva tenker du er motivasjonen bak poster/innlegg som blir lagt ut på sosiale medier?
16. Hvordan tror du andre blir påvirket når de ser bilder, poster og innlegg med mye fokus på kropp?
17. Hvordan vil du definere den ideelle kvinnekroppen?
18. Hvilke forventninger tenker du stilles til kroppen i dagens samfunn?

Spørsmål knyttet til kosthold

19. Pasienter du møter er de opptatt av sunnhet og sunt kosthold? Og hvordan er de evt opptatt av dietter eller å utelukke visse matvarer fra kostholdet?
20. Har du hatt pasienter som har barn som overfører sine kostvaner over til barna, og evt på hvilken måte?
21. Hva er konsekvensen av å slanke seg evt. Ha en spiseforstyrrelse? Hva skjer med kroppen?
22. Hva tenker du om fokuset på sunnhet som er mot blant barn og unge?

Spørsmål knyttet til behandling av spiseforstyrrelser

23. Hva går behandlingen av mennesker med spiseforstyrrelse ut på?
24. Bør det brukes tvang i behandlingen av spiseforstyrrelse?
25. Har du hatt pasienter med ortoreksi til behandling?
26. Hvor mange ca. kommer til behandling med denne diagnosen? Eller evt hvorfor kommer de ikke til behandling?
27. Hvor lang er behandlingstiden for spiseforstyrrelser?
28. På hvilken måte kan man si at ”hodet ikke henger med” i et behandlingsforløp før pasienter har nådd en viss vekt?
29. På hvilken måte blir familie og venner deltagende i behandlingen til ei med spiseforstyrrelser?
30. Hva kan helsepersonell bli flinkere på når det gjelder behandling av personer som strever med en spiseforstyrrelse?
31. Hva tenker du om den oppfølgingen pasienter får når de er ferdig med behandling og skal tilbake til sine hjemkommuner?

Avslutningsspørsmål

32. Er det andre ting vi ikke har snakket om som kan være viktig når det gjelder tanker om kropp, trening, sosiale medier, behandling?

Vedlegg 6: Intervjuguide helsesøstre

Intervjuguide ”Sykelig sunn”.

Tusen takk for at du vil svare på spørsmål slik at vi får en dypere forståelse for tematikken spiseforstyrrelse. Samtalen gjennomføres på ca. 1 time. Du har anledning til å trekke deg på ethvert tidspunkt uten å oppgi grunn. Vi vil påpeke at ingen svar er feil. All informasjonen som blir innhentet ved intervjuet vil bli anonymisert. Vi vil bruke lydopptaker under muntlig intervju for å kunne omgjøre intervjuet til tekst. Lydopptak blir lagret på en passordbeskyttet Mac, og vil slettes ved prosjektslutt i mai 2018. Videre følger et informasjonsskriv som også inneholder samtykkeerklæring hvor vi ber deg skrive under. I forskning hvor vi ønsker å innhente personlige opplysninger og bruke lydopptak må vi ha samtykke av deg.

Bakgrunnsinformasjon

1. Hvor gammel er du? Hvor bor du? Hvilken utdanning/yrke har du? Hva er dine fritidsaktiviteter?

Spørsmål knyttet til kosthold og trening

2. Hvordan arbeider helsesøstre for å fremme betydningen av sunnhet og sunt kosthold for barn og unge?
3. Er det mest fokus på hva som er usunt og prøve å få til en endring der?, eller er det mål å bevisstgjøre om helsegevinster, variert kosthold, hva kroppen trenger osv. ?
4. Hva tenker du om fokuset på sunnhet som er rettet mot barn og unge?
5. Har det skjedd en endring i aktivitetsnivået til barn og unge i dagens oppvekst kontra tidligere?
6. Hvor stort fokus, og hvor mye tid bruker en gjennomsnittlig elev på trening?

Spørsmål knyttet til spiseforstyrrelser

7. Hva tenker du er underliggende årsaker til at noen utvikler spiseforstyrrelse?
8. Kan en si at spiseforstyrrelsen bare er et symptom på noe annet?
9. Kan du si noe om på hvilken måte spiseforstyrrelser kommer til uttrykk? Evt. Hvordan?
10. Hvilke hindringer skaper spiseforstyrrelsen i hverdagen?
11. Hvordan blir elevens forhold til venner og familie under sykdomsperioden?
12. Hva tenker du om kroppsfokuset for unge mennesker i dagens samfunn?
13. Hvilken betydning tenker du spiseproblematikken Ortoreksi har i dagens samfunn?
14. Kan det tenkes at Ortoreksi kan være baksiden av dagens fokus på sunnhet og trening? Evt. Hvorfor/ hvorfor ikke?

15. Hva kan gjøres som forebyggende tiltak for at barn og unge i fremtiden ikke utvikler en spiseforstyrrelse?
16. Hvilke beskyttelsesfaktorer kan trekkes frem som avgjørende for at sykdomsforløpet skal gå mot det bedre?
17. Hva motiverer eleven til å komme seg ut av sykdommen?

Spørsmål knyttet til Facebook/ Instagram

18. Elever som strever med en spiseproblematikk/spiseforstyrrelse har de vært opptatt av å følge andre sine blogger, Instagram eller facebook der det er mye fokus på kropp, trening og kosthold?
19. Hva tenker du er motivasjonen bak poster/innlegg som blir lagt ut på sosiale medier?
20. Hvordan tror du andre blir påvirket når de ser bilder, poster og innlegg med mye fokus på kropp?
21. Hvordan vil du definere den ideelle kvinnekroppen?
22. Hvilke forventninger tenker du stilles til kroppen i dagens samfunn?

Spørsmål knyttet til oppfølging av spiseforstyrrelser

23. Hva gjør en helsesøster ved mistanke/ kjennskap til at eleven strever med spiseproblematikk?
24. Hva kan helsepersonell bli flinkere på når det gjelder oppfølging av personer som strever med en spiseforstyrrelse?
25. Jobbes det med opplysning og veiledning til foreldre om spiseforstyrrelser om en har en datter eller sønn som strever med det? eller på generelt grunnlag?

Avslutningsspørsmål

26. Er det andre ting vi ikke har snakket om som kan være viktig når det gjelder tanker om kropp, trening, sosiale medier, oppfølging?