

SPISEFORSTYRRELSER OG GRAVIDITET

Tre mødres personlige fortellinger

Et kandidatspeciale

10. semester, Psykologi

Aalborg Universitet

31.05.2017

Veileder: Noomi Matthiesen

Eline Sørensen, Studienummer: 20123219

Marie Humerfelt Eckhoff, Studienummer: 20123250

Rapportens samlede antall tegn: **222 687**

Svarende til antall normalsider: **92,78**

ABSTRACT

Objective: It was the aim of this study to investigate identity and self-concept in relation to eating disorders and pregnancy, as it would come to appear in the personal stories or narratives of three women. By exploring the narratives of women with a past or present eating disorder about their history with both eating disorders and pregnancy, it was the objective to acquire a broader understanding of how their self-understanding and identity come into being, as influenced by namely eating disorders and pregnancy. The narrative understanding contributes valuable understanding to the ways in which a person organizes, understands and gives meaning to her life or certain life events, and it is assumed that the self likewise assumes the form of narrative. The narratives therefore, can shed light on how experiences with eating disorders and pregnancy have come to affect the way a woman sees herself and who she is, that is her identity. Such knowledge is in need, as the area of eating disorders and pregnancy combined has thus far received little attention. More research can both broaden the understanding of this phenomenon, as well as give insight into how clinicians can improve the ways in which they meet and treat people of this specific group. It is the aim of this study to contribute to that.

Method: The enquiry is qualitative in the way it aims to explore individuals' personal stories and bring rich description to the table. The focus on stories places the study within a narrative psychological methodology, whereas the object of study is the narratives themselves. As such, narratives become both the theoretical background and the method for enquiry. Narratives have been gathered through interviews with three women and analyzed through a holistic strategy according to recommendations. Elements such as narrative structure, tone and themes have been identified and discussed.

Results and conclusion: The narratives have proven to be fruitful as a means of getting valuable information about the effects of eating disorders and pregnancy on a woman's self-conception and identity formation. The three different narratives showed us that the extent to which the narratives take an optimistic or pessimistic tone, or the plot is agentic as opposed to "victimic", indicates to what degree the narrator experiences herself as a person with hopes for the future, has belief in her own abilities, and shows the strength and ability to overcome adversity and obstacles. Two central themes appeared in all three of the narratives as well, indicating motives, beliefs and values related to placement of control, feelings of agency, care for others and ideals about woman- and motherhood.

Two of the narratives showed signs of optimism and agency whereas the third is characterized by a pessimistic tone and resignation. This reflected upon the narrators where in the process they were with regards to overcoming their eating disorder, as well as what meaning they assigned their pregnancies and role as mother. Here the study found that a pregnancy/motherhood following an eating disorder could indicate a positive effect on feelings of coherence and integration in identity and self-concept, as well as give new meaning and direction to their life narratives. Pregnancy seemed thus to be a positive experience for all women, independent of the extent to which their narratives showed agency or resignation, were optimistic or pessimistic. A more thorough investigation would still be recommended in order to understand the underlying processes behind the formation of the narratives.

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	1
1.1. INTERESSEFELT, BEGRUNNELSE OG MOTIVASJON FOR OPPGAVEN	1
1.2. PROBLEMAVGRENSNING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	2
1.3. OPPGAVENS OPPBYGNING	2
2. RAMMEN FOR OPPGAVEN	3
2.1. HVA ER SPISEFORSTYRRELSER?	3
2.1.1. <i>Diagnosene</i>	4
2.1.2. <i>Hva står på spill?</i>	6
2.2. HVA VET VI OM GRAVIDITET?	7
2.2.1. <i>Fysiologiske endringer, vekt og kroppsbilde</i>	7
2.2.2. <i>Identitetsendringer: Hvem blir jeg nå?</i>	9
2.3. GRAVIDE MED SPISEFORSTYRRELSER	10
2.3.1. <i>Utbredelse og forekomst av spiseforstyrrelser blant gravide</i>	11
2.3.2. <i>Risiko for komplikasjoner under graviditet og fødsel</i>	12
2.3.3. <i>Remisjon under graviditet og tilbakefall etter fødsel</i>	13
3. TEORETISK FUNDAMENT: NARRATIV PSYKOLOGI	14
3.1. HVA ER NARRATIVER?	15
3.2. HVILKEN FUNKSJON HAR NARRATIVER?	17
3.2.1. <i>Narrativ identitet og selvkonsept</i>	17
3.2.2. <i>Narrativenes sosiale dimensjon</i>	19
4. METODE	20
4.1. METODOLOGISKE OVERVEIELSER: ET KVALITATIVT, NARRATIVT STUDIE	20
4.1.1. <i>Kvalitetssikring av kvalitative og narrative studier</i>	23
4.2. METODISKE OVERVEIELSER OG FREMGANGSMÅTE	25
4.2.1. <i>Anskaffelse av informanter og etiske overveielser</i>	26
4.2.1.1. <i>Hvem skulle undersøkes og hvordan finne de?</i>	26
4.2.1.2. <i>Adgang til informanter</i>	28
4.2.2. <i>Narrativt forskningsintervju</i>	30
4.2.3. <i>Dokumentasjon av intervjuer – transkripsjon</i>	32
4.2.4. <i>Narrativ analyse</i>	33
4.2.4.1. <i>Fremgangsmåte</i>	34
5. ANALYSE	36
5.1. HVEM ER DE TRE HISTORIEFØRTELLERNE?	37
5.1.1. <i>Sammendrag av Signes narrativ</i>	37
5.1.1.1. <i>Resignasjonsnarrativet</i>	40
5.1.1.2. <i>Kontroll - Hvem har kontrollen?</i>	44
5.1.1.3. <i>Ansikt utad - Jeg er mor, derfor er jeg ansvarsfull?</i>	47
5.1.1.4. <i>Oppsummering – Signes</i>	49
5.1.2. <i>Sammendrag av Andreas narrativ</i>	50
5.1.2.1. <i>Seiersnarrativet</i>	53
5.1.2.2. <i>Kontroll – Et ønske om forutsigbarhet</i>	55
5.1.2.3. <i>Ansikt utad - Hva kan jeg gjøre for å være normal?</i>	58
5.1.2.4. <i>Oppsummering</i>	60
5.1.3. <i>Sammendrag av Rikkens narrativ</i>	60
5.1.3.1. <i>Bagatelliseringsnarrativet</i>	63
5.1.3.2. <i>Kontroll – Motreaksjon på grenseløshet?</i>	67
5.1.3.3. <i>Ansikt utad – er jeg egentlig ”god nok”?</i>	70
5.1.3.4. <i>Oppsummering – Rikke</i>	72
5.2. <i>OPPSUMMERING OG SAMMENLIGNING</i>	72
6. DISKUSJON	73

6.1 MORAL OG IDENTITET.....	74
6.2. SPISEFORSTYRRELSER OG GRAVIDITETS INNVIRKNING PÅ DET NARRATIVE SELV.....	76
6.3. OPPSUMMERING	79
7. KONKLUSJON.....	80
REFERANSER	83

1. Introduksjon

1.1. Interessecfelt, begrunnelse og motivasjon for oppgaven

Gravide kvinner som har eller har hatt en spiseforstyrrelse er en gruppe kvinner med en lite kartlagt psykologfaglig problematikk, samt kan det være store mørketall ettersom mange er tilbakeholdne med sine bekymringer i møte med jordmødre eller andre graviditets-relaterte helsepersonell (Easter et al., 2013, p.340). Det utgjør en velkjent risikofaktor for både barn og mor, men det vites lite om kvinnenenes egne erfaringer og betraktninger på situasjonen. Vi ønsker å undersøke dette fenomenet for å øke den psykologfaglige forståelsen for hva som kan røre seg hos kvinner som har opplevd en graviditet og har eller har hatt en spiseforstyrrelse, samt motiveres vi selv av et ønske om å oppnå forståelse og innsikt i en gruppe mennesker vi potensielt sett kan møte som kommende psykologer.

Interessen for emnet oppstod i lys av et tips vi fikk fra en bekjent: “min kusine er jordmor, og hun føler at det mangler kunnskap om gravide kvinner som har eller har hatt en spiseforstyrrelse!”. Ettersom vi for to år siden skrev en bacheloroppgave omhandlende nettopp spiseforstyrrelser, samt at vi begge har en gryende interesse for det kliniske felt innen psykologien, opplevde vi dette som en overkommelig og interessant vinkel. At det også er et område andre ønsker mer kunnskap om, økte vår faglige interesse betraktelig, da vi gjerne vil bidra med noe meningsfullt. Gjennom personlig kontakt til den aktuelle jordmoren, fikk vi nettopp forståelse for at hun opplevde en manglende kunnskap om hvordan disse kvinnene kan møtes - hva som rører seg i det psykologiske feltet, hva man bør snakke om og hvordan man tilnærmer seg en så spesifikk gruppe av kommende mødre. Hun opplevde det som frustrerende og vanskelig at det nok er mange som ikke fanges opp i systemet, og at en uoppdaget spiseforstyrrelsesproblematikk potensielt sett kan skade både mødrene og barna. Oppgaven som den er i dag, har blitt til gjennom en prosess av til- og fravalg, og ikke alt har vært mulig å inkorporere. Dog kan den ses som et skritt i retning av en bedre og dypere forståelse for kvinner som gjennomgår en graviditet med en nåværende eller tidligere spiseforstyrrelse i ryggsekken.

Interessen for oppgavens narrative, historiefortellende vinkel har kommet underveis. Vi ønsket å undersøke fenomenet kvalitativt, og ville gjerne intervju noen kvinner i målgruppen. Dog ønsket vi en mer identitetsfokusert tilnærming enn hva for eksempel (f.eks.) Interpretative Phenomenological Analysis kan tilby, hvilket vi i andre kvalitative prosjekter har anvendt. Dessuten ble interessen for det narrative vekket av den

nevnte tendensen til at psykiske lidelser bør snakkes om, hvor både kjente og ukjente profiler “står frem med sin historie”, i håp om å nedbryte tabu og stigma. I Norge har det faktisk oppstått debatt omkring dette, med spørsmål om man eksponerer sårbare sider for mye, eller om det faktisk øker den offentlige bevissthet omkring emnene. Dette er tross alt bemerkninger omkring narrativer - historier, og som vi vil se kan slike sosiale narrativer også ha en innvirkning på den personlige fortelling.

1.2. Problemavgrensning og forskningsspørsmål

Formålet med oppgaven er å belyse hva tre forskjellige kvinner med en spiseforstyrrelshistorikk kan fortelle om hvordan det har vært å være gravid, for å se nærmere på hva dette har hatt å si for måten hvorpå de ser seg selv og hvem de er. For å besvare dette vil oppgaven ha et narrativt perspektiv. Det eksisterer kun et begrenset omfang av kunnskap på området og til vår bekjentskap er det ikke tidligere utført særlig med forskning på hverken identitet eller selvoppfattelse i forbindelse med spiseforstyrrelser og graviditet, især ikke fra et narrativt perspektiv. Det er derfor undersøkelsens hensikt å anskue hva et slikt perspektiv kan bidra med av viten, samt forsøke å forstå hva en kvinnes fortelling om hennes opplevelser med spiseforstyrrelser og graviditet kan medbringe i form av psykologfaglig innsikt om selvoppfattelse og identitet. Forhåpentligvis kan det bidra til at kvinner i lignende situasjoner på sikt kan få mer og bedre hjelp og at relevant helsepersonell blir i stand til å oppfange de aktuelle kvinnene så problemet kan italesettes. Med grunnlag i disse interesser og valg, er følgende forskningsspørsmål formulert:

Hvilken betydning kan tre kvinners personlige narrativ om spiseforstyrrelser og graviditet ha for deres oppfattelse av seg selv og sin identitet?

Kvinnene vi har intervjuet presenteres i oppgavens analyse, samt vil oppgaven i sin helhet forsøke å besvare forskningsspørsmålet på best mulig vis.

1.3. Oppgavens oppbygning

Oppgavens struktur belager seg på både teoretisk og empirisk psykologisk forskning på feltene spiseforstyrrelser, graviditet og krysningspunktet mellom disse, samt settes det i en narrativ teoretisk ramme for forståelse av fenomenene. Metodisk bygger oppgaven på den narrative forståelse og har således også en narrativ metodisk tilgang. Først vil oppgavens rammeverk derfor introduseres med hensikt på å skape et enkelt overblikk

over hva spiseforstyrrelser og graviditet er og har å si for en persons psyke og identitetsoppfattelse. Hertil følger en kort gjennomgang av litteraturen som finnes på graviditet og spiseforstyrrelser i kombinasjon. Det understrekes at det foreløpig finnes lite forskning på området noe som reflekteres i gjennomgangen. Etter at rammeverket er presentert følger så det narrative teoretiske fundament, før metodeavsnittet utfoldes i en del om metodologi og en om metodikk og fremgangsmåte. Når de metodologiske og metodiske overveielser, samt design og fremgangsmåte er gjort rede for, følger oppgavens analyse. Denne er hovedsakelig basert på undersøkelsens empiri, dvs. narrativene, mens det i den etterfølgende diskusjon til større grad kobler det på teori. Oppgaven munner til sist ut i en oppsummering og konklusjon.

2. Rammen for oppgaven

Ettersom oppgaven undersøker et krysningspunkt mellom to fenomener, nemlig ”kvinner med spiseforstyrrelser” og ”kvinner som er/har vært gravid”, vil den følgende hoveddel gjøre rede for aspekter ved begge disse fenomenene, samt til sist gi et overblikk over den litteratur som til nå finnes omkring gravide med spiseforstyrrelser.

2.1. Hva er spiseforstyrrelser?

Kanskje har du sett henne. Jenta med de utstikkende kravebeina, den litt for smale midjen. Ansiktet som ser en anelse for stort ut i forhold til den spinkle, benmagre kroppen. De lange fingrene som flyr over tastaturet for å få med seg nøyaktig hva foreleseren har sagt. Hun har et tomt blikk, ser litt sliten ut, men hun har et smil på leppene. Har hun det bra? Ja da, se! Hun smiler jo. Vi er jo alle forskjellige, tenker du. ”Hun har det sikkert helt fint” (Oppdiktet av oppgavens forfattere).

Leser man mellom linjene, er det enkelt nok å fange beskrivelsen av den ”klassiske” anorektiske person. Hun ¹skiller seg gjerne ut i mengden, og ved et litt nærmere blikk vil man hurtig gjennomskue det påklistrede smilet som skjuler fortvilelse, redsel og et massivt kontrollbehov. Men dette er ikke alene hva *spiseforstyrrelser* er. Mange kan vi ikke se med det blotte øyet. Mange strever med vanskelige tanker og lar det vonde komme

¹ Med hensyn til leservennligheten, brukes tidvis *hun* og *henne* om personer med spiseforstyrrelser. Vi anerkjenner at spiseforstyrrelser rammer begge kjønn, men ettersom oppgaven også omhandler graviditet, anser vi det som rimelig å tilpasse språkbruken til den kvinnelige del av befolkningen.

til uttrykk gjennom maten og kroppen. De ønsker så gjerne kontroll, men hvordan fikk plutselig maten overtaket? Denne delen av oppgaven vil se nærmere på nettopp dette.

For å kunne fordype seg i kvinners fortelling om å være gravide med en tidligere spiseforstyrrelse, er det vesentlig å vite hva det kan bety å ha eller ha hatt en slik lidelse. De kommende avsnitt vil dreie seg om spiseforstyrrelser, hovedsakelig anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse.

2.1.1. Diagnosene

Spiseforstyrrelser anses som psykiatriske lidelser med både fysiske og psykiske symptomer, ettersom individets ambivalens og indre kaos kommer til uttrykk gjennom kontroll over mat, kropp og vekt (Skårderud, 2013, p.8; p.9). Man føler seg gjerne styrt av kroppslige og matrelaterte tanker og følelser, hvorpå atferden som medfølger gir belastninger for kroppen (ibid., p.11). Det er flere måter å gjøre dette på, og det kliniske bildet har stor varians. Variansen bidrar også stadig til revisjoner og endringer i klassifiseringssystemene DSM og ICD, dog er det ICD-10 som er mest vanlig å anvende til klinisk bruk i Europa, Asia og Afrika, og DSM oftere anvendes i USA (Simonsen, 2010, p.211f). I ICD-10 deles spiseforstyrrelser (F50) hovedsakelig deles inn i typiske og atypiske versjoner av Anorexia Nervosa (anoreksi) og Bulimia Nervosa (bulimi) (WHO, 2014, p.172). I DSM-V forholder man seg også til overspisingsslidelse (Binge Eating Disorder, BED) som en egen diagnose, hvilket også ser ut til å bli resultatet i den kommende ICD-11, som forventes i 2018 (WHO, 2017). Oppgaven vil hovedsakelig forholde seg til disse tre hovedkategoriene av spiseforstyrrelsesdiagnoser, hvilket i det følgende redegjøres for.

Anoreksi er en svært alvorlig psykiatrisk lidelse med en av de høyeste risikoene for tidlig død, både fordi lidelsens konsekvenser på indre organer kan være fatale, men også ettersom anoreksi forbindes med redusert livskvalitet og har høye selvmordsrater (Delinsky, 2011, p.279). Anoreksi rammer omtrent 0,5% av befolkningen, og debuterer ofte i ungdomsårene, selv om det også finnes både prepubertale og voksne debutanter (Helsedirektoratet, 2017a). Kvinner er mest utsatt, med omtrent 90% av tilfellene (Skårderud, 2013, p.70), hvilket også øker prevalensen dersom man ser på den kvinnelige del av befolkningen. Anoreksi kategoriseres i ICD-10 under F50.0 og karakteriseres ved at pasienten selv fremkaller og vedlikeholder et vekttap på minst 15% under forventet

vekt for alderen, eller har en kroppsmasseindeks (BMI²) på 17,5 eller mindre. De unngår dermed fetende føde, og kan bedrive overdrevne mengder fysisk trening, innta lakserende midler, provosere frem brekninger, eller lignende (WHO, 2014, p.174f). Lidelsen innebærer en forstyrret kroppsoppfattelse med en vedvarende, påtrengende frykt for overvekt, samt endokrine forstyrrelser med svekket seksuell interesse og potens hos menn, og manglende menstruasjon (amenoré) for kvinner, dog med mindre hun anvender prevensjonsmidler som kan gi vaginale blødninger (ibid., p.175). Diagnosen har hyppig komorbiditet med depresjon, angst, traumehistorikk, samt tvangspreget og unnvikende personlighetsforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2017b).

Likesom ved anoreksi, debutterer også personer med bulimi gjerne i tenårene, og kjønnsvariansen hevdes å ligge omtrent likt, slik at omtrent 90% av de rammede er kvinner (Skårderud, 2013, p.70; Crowther & Williams, 2011, p.289). Bulimi er vanligere enn anoreksi og ses hos mellom 1-3% av unge voksne kvinner (Crowther & Williams, 2011, p.289), selv om det antas at kun 6% av antallet personer med bulimi går til behandling for sin lidelse (Skårderud, 2013, p.70). Personer med bulimi har ofte en tilnærmet normal vekt, og kan være vanskeligere å oppfange ettersom symptomene dermed ikke er like synlige som hos anorektiske personer. Bulimi karakteriseres ved gjentatte anfall med overspising til tross for vedvarende frykt for overvekt og en ofte lav selvpåført vektgrense (WHO, 2014, p.176). Ambivalensen og den dårlige samvittigheten som kommer i kjølvannet av overspisingen medfører dermed behov for renselse fra den ”fetende” maten, ved at pasienten selv fremkaller brekninger, tar avføringsmidler eller har sulteperioder. Bulimiske pasienter har også et forstyrret kroppsbilde med en voldsom opptatthet av vekt og kropp, og kan i noen tilfeller komme i farvannet av et tidligere anorektisk forløp (ibid.). En indikator for alvorlighetsgraden kan være antall overspisinger og renselser, dog skal det minimum være to episoder ukentlig i et stykke tid for at diagnosen kan stilles (Valbak, 2010, p.464). Dødeligheten ved bulimi er ikke like aktuell som ved anoreksi ettersom undervekten ikke er tilstede i samme grad, dog er langvarige forløp med renselse skadelig for flere av kroppens funksjoner, og hjerterytmeforstyrrelser kan forekomme (ibid.). Det komorbide bildet ligner det foregående, hvilket øker selvmordsfaren, men for personer med bulimi er det den emosjonelt ustabile formen for personlighetsforstyrrelse som er hyppigst forekommen (Helsedirektoratet, 2017b; Valbak, 2010, p.465).

² Body Mass Index, BMI. Utregning fra alder >16 : (vekt i kilo) : (høyde i meter)²

Overspisingslidelse er en tredje kategori av spiseforstyrrelser, men er foreløpig ikke inkludert som en egen kategori i ICD-10 (Skårderud, 2013, p.16). Dog ses en bevegelse mot å definere den som en tredje kategori og i denne undersøkelsen er det relevant å belyse på grunn av en intervjupersonenes selvrapporterte problemer med overspising, uten påfølgende renselse. Overspising slik som det, resulterer ofte i overvekt, men adskilles fra overvekt for øvrig i nivåer av psykopatologi, bekymringer om vekt og kroppsbilde, samt i livskvalitet (Smink et al., 2012, p.407). Overspisingslidelse ses oftere hos menn og hos eldre individer enn hva bulimi og anoreksi gjør (ibid.).

2.1.2. Hva står på spill?

To sentrale psykologiske temaer for spiseforstyrrelser er kontroll og lav selvfølelse, hvilket her vil kort utforskes. Det er nemlig typisk at pasientene kompenserer for sin lave selvfølelse med ytre prestasjoner og kontrollering av mat og kropp (Skårderud, 2013, p.21). Det kommer gjerne til uttrykk på litt forskjellige måter ved de forskjellige lidelsene, men motivasjonen er gjerne lik. En negativ selvevaluering (lav selvfølelse) er for mange grobunnen til et ønske om å endre noe – og her er det matinntaket og kroppen som blir forandringen (Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004, p.1939). Behovet for å ta kontroll kan bunne i så mangt, men mange beskriver startfasen av spiseforstyrrelsen som preget av tvil, usikkerhet og en opplevelse av at livet styres av andre og ikke en selv (Skårderud, 2013, p.22). Forsøket på å kontrollere maten blir dermed både symbolsk og konkret et uttrykk for å gjenvinne den kontrollen de ikke selv opplever å ha (Skårderud et al., 2004, p.1940). Individets opplevelse av egenverdi blir gjennom et forstyrret kroppsbilde målbart i vektoppnåelsen, og mangelen på kontroll kan i så måte også medføre stor skuffelse og følelse av å miste verdi (Delinsky, 2011, p.280). Overspising innebærer dermed et kontrolltap som både kan opprettholde og forverre den lave selvfølelsen, og en slik selvforsterkende negativ spiral kan for mange bety en påtrengende skamfølelse hvor man ønsker å skjule eller kvitte seg med sine feil og mangler (Skårderud et al., 2004, p.1939). Det rigide mønsteret hos en person med anoreksi og det ambivalente, skamfulle hos en med bulimi eller overspisingslidelse, ender med andre ord ofte i en tidskonsumerende kamp mot mat, hvor det som til slutt står igjen er opplevelsen av at spiseforstyrrelsen har overtatt makten og tar kontroll over dem. Som Skårderud så fint beskriver det: ”Å ta kontroll over maten og kroppen blir *løsningen*. Det blir løsningen som etter en tid blir *problemet*” (Skårderud, 2013, p.22).

2.2. Hva vet vi om graviditet?

For å kunne belyse spiseforstyrrede kvinners opplevelse av en graviditet er det nødvendig også å være oppmerksom på hvordan et ”normalt” svangerskap typisk forløper. Utad kan de ni månedene oppfattes som rosenrøde og gledesfylte: et lite vidunder skapes og man skal være takknemlig og spent. Mors hud får en egen glød, babyen sparkes som en fotballspiller og barneværelset står klart flere måneder før termin. Det gis oppfordringer til både kosthold, sunnhet og måtehold, og nettforumene for mødre med bekymringer og velmente råd er nesten umulig å unngå. Men hva skjer bak fasaden, hva sier faglitteraturen om hvordan en graviditet typisk oppleves? De følgende avsnitt vil ta for seg noen av de største forandringene kvinner gjerne gjennomgår under en graviditet, med overveiende vekt på faktorer av psykologisk karakter og av relevans til oppgavens fokus. Først belyses dog noen av de hyppigste fysiologiske mekanismer før deretter å undersøke tematikken om gravides vekt og kroppsbilde. Deretter vil det rettes fokus mot bekymringer mange har omkring f.eks. kosthold og trening, og til slutt vil mulige identitetsendringer belyses. Det er så klart store individuelle forskjeller i hvordan et svangerskap oppleves, og det presiseres at vi her tar utgangspunkt i generelle tendenser.

2.2.1. Fysiologiske endringer, vekt og kroppsbilde

Tatt et helt livsløp i betraktning, er de fysiologiske og psykologiske endringene som skjer i løpet av et 40 ukers svangerskap helt særegne, og ”(...) stresses the body more than any other physiological event in a healthy woman’s life” (Sternfeld, 1997, p. 34). Utviklingen av et nytt liv i mors mage igangsetter mengder av anatomiske og fysiologiske prosesser, og kan ha en stor innvirkning på kvinnens psykiske opplevelse av graviditeten. Ikke minst vil en kommende mor også oppleve endringer i kroppens utseende ettersom mage og bryst blir større, og det vil følge en betydelig vektøkning (ibid.). I takt med relasjonelle og mentale tilpasninger til venner, familie, partner og ikke minst til det kommende barnet, er det klart at en graviditet kan oppleves som intens, både på godt og vondt, men de individuelle forskjellene er store. De fleste ønsker graviditeten og de tilhørende prosessene velkomne, mens andre igjen strever mer med å akseptere det. De kan f.eks. oppleve det voksende fosteret som påtrengende eller fremmed, og noen kan føle at kroppen mister sin attraktivitet (Miller, 2016, p. 21). Det norske Helsedirektoratet (2017c) anbefaler at normalvektige kvinner har en økning på mellom 11 og 16 kilo i løpet av et svangerskap, dog skal den helst være høyere for undervektige kvinner (BMI<18,5) og lavere for overvektige kvinner (BMI>25). At endringer i ens kroppsbilde (eng: body

image) kan følge av så voldsom vektøkning er ikke unaturlig, og faktisk vitner litteraturen nettopp om at endringer i oppfattelsen av egen kropp er en av de mest fremtredende psykologiske reaksjonene for svangre kvinner (Miller, 2016, p. 9).

I undersøkelser av mødres opplevelse av graviditet beskrev mange seg selv som både tykke og tunge allerede tidlig i graviditeten, samt at det påvirket atferden deres ved at de opplevde seg som utilpass og kroppsbevisste (Gross & Pattison, 2007, p. 112). Et slikt endret bilde av egen kropp kan oppleves skremmende og uvant, men i lys av at en vektøkning under graviditet er nødvendig og dermed mer sosialt akseptert, kan det også oppleves som en pause fra det ellers krevende tynnhetsidealet (ibid.). Det er funnet evidens for at kvinner kan oppleve en økt tilfredshet med kroppen sin under graviditeten, da fosterets utvikling og kroppens funksjonalitet i beskyttelsen av fosteret overskygger deres fokus på kroppens estetiske uttrykk (Skouteris, 2011, p.343). Kvinner med utpregede negative reaksjoner til kroppsendingene, med høyt fokus på vektøkning og opplevelsen av å være mindre attraktiv, vedholder en såkalt *estetisk-drevet selvvurdering* av sin femininitet og attraktivitet (Miller, 2016, p.9f). Kroppen kan oppleves som mer distansert og *ny* heller enn *endret* (ibid.). De fleste endrer dog den estetiske selvvurderingen til en *funksjonell selvvurdering* under graviditeten, hvor kroppen heller representeres som en inkubator for fosteret (ibid.). En slik holdningsendring innebærer mer positive følelser til kroppsendingene, ettersom disse da oppfattes av kvinnen som en representasjon av å livnære et voksende barn, heller enn et uttrykk for egen attraktivitet (ibid., p.9).

Utseende og kroppsbilde har også vist seg å påvirke bildet av hva en god mor representerer, hvilket for mange skapes gjennom media og overfladiske kommentarer, og utgjør et meget unyansert bilde av ”normen” (Gross & Pattison, 2007, p.121):

”Good mothers are those who conform to the expectation of a blooming pregnancy, a healthy baby and a return to sexy wife (...) being a good mother also means enduring all the unpleasant (and sometimes life-threatening) side-effects of a pregnancy with good spirits for the sake of the baby” (Gross & Pattison, 2007, p. 121).

Forventninger som disse er med til å skape et glansbilde av morskapet som følgelig kan føre til fortvilelse og skuffelse for dem som ikke opplever det slik (ibid.). Skouteris (2011, p. 343) hevder f.eks. at mange mødres følelse av å være tykk etter fødselen ofte relateres til nettopp slike urealistiske forventninger om hvor raskt og enkelt det er å returnere til

kroppsfasongen man hadde før graviditeten. For de fleste tar det flere måneder å returnere til vekten de hadde før graviditeten, og mange er fremdeles tyngre ett år etter fødselen (Miller, 2016, p.10).

2.2.2. Identitetsendringer: Hvem blir jeg nå?

Omveltningene i den gravide kvinnes kropp vil også kunne ledsages av identitet- og rolleforandringer, ettersom hun gradvis innstiller seg på å skulle bli mor (Gross & Pattison, 2007, p.4). Det inntreer en ny mental innstilling som påvirker tanker, følelser, preferanser, håp og fantasier, ettersom man er på vei inn i en fase av livet som orienteres rundt nettopp barnet (Stern, Bruschweiler-Stern & Freeland, 1999, p.9). Morsidentiteten starter for de fleste allerede under graviditeten selv om den forsterkes og trer tydeligere frem etter fødselen og i månedene etter (ibid., p.21). Under graviditeten er det dog primært den imaginære forestillingen om barnet og livet som mor som sår frøene til morskapsidentiteten, og det kan se ut som denne evnen til å forestille seg forskjellige scenarioer kan være nyttig som forberedelse til kommende situasjoner (ibid., p.36). De indre representasjonene av barnet kan gjerne omhandle karakteristika og personlighetstrekk, og påvirkes gjerne av kvinnens relasjoner, familie og kultur, samt fosterets atferd i form av spark og aktivitet (Miller, 2016., p.10). Tankene er gjerne preget av både en glede over det kommende barnet og frykt for å miste det (Stern et al., 1999, p.37) I åttende-niende måned ser det dog ut til at mange gradvis nedbryter forestillingene om det imaginære barnet, nettopp for å være parat og åpensinnet til det reelle barn som vil komme om ikke lenge (ibid., p.38). Dette vil kunne skape utfordringer for dem som føder for tidlig, nettopp fordi diskrepansen mellom det imaginære og reelle barn kan være stor.

Videre vil det kunne oppstå spørsmål om hvordan kvinnen best inkorporerer sin arbeidsrelaterte identitet med den kommende morsrollen, noe som blir sett på som en identitetsmessig utfordring for kvinner i dag. Hva skal prioriteres, og på hvilken måte? Danske kvinner får i gjennomsnitt sitt førstefødte barn som 29,1 år gamle, en alder som jevnlig har økt; 3,5 år fra 1986 til 2016 (Danmarks statistik, 2017). Derutover hadde 34% av danske kvinner mellom 15 og 69 år en videregående utdanning i 2016, hvilket på kun 10 år har steget fra omtrent 26%, og hvor stigningen har vært størst innenfor lange videregående utdannelse (Danmarks Statistik, 2016). Ut fra de økende tallene på begge områder, kan det se ut til at den gjennomsnittlige danske kvinne prioriterer tid til en lengre utdanning før morskapet får en plass i hverdagen. Tilgjengelige rollemodeller som selv

har klart overgangen viser seg å være en viktig faktor som kan styrke kvinners tro på at de selv også klarer å kombinere de to delene av livet (Hennekam, 2016, p. 1782).

Identitetsforvirringen som kan komme uten slike rollemodeller vises tydelig i følgende sitat av en åtte måneders gravid interiørdesigner i en kvalitativ studie om identitetsendringer: ”(...) I thought pregnancy would be a fun and happy period, but it just complicates life and I’m afraid to have this baby, I’m afraid it means the end of my career, afraid to be a bad mum” (Hennekam, 2016, p.1780). Det utvises tydelig frustrasjon over ikke å kunne se hvordan de to elementene kan kombineres, da både karriere og morsrolle er viktig å mestre. Slike bekymringer og stress, men også opplevelsen av personlig vekst og meningsfullhet er alle innenfor spekteret av hva som kan være normale og forventede reaksjoner for en gravid kvinne (Miller, 2016, p.15). Dog ser det ut til at den sterkeste prediktor for høy selvtillit til morsrollen etter fødsel, nettopp er hennes egen tro på hvor godt hun vil klare oppgaven, samt grunnleggende tillit til at andre mennesker vil bidra med emosjonell støtte og nærvær (ibid., p.21).

Kvinner reagerer svært forskjellig på forventningene og kravene fra samfunnet omkring å bli mor, samt er det svært varierende hvordan en kvinne opplever sin graviditet både fysiologisk og psykologisk sett. To graviditeter er aldri helt like, selv ikke for den samme kvinnen. Overordnet er det derfor umulig å gi en fasit til hva en graviditet består av, men det er her forsøkt å gi et omriss av hvilke bekymringer, problematikker og forventninger kommende mødre gjerne hankses med i de ni månedene de forbereder seg på å få et barn.

2.3. Gravide med spiseforstyrrelser

Gravide kvinner med spiseforstyrrelse er ikke en ukjent gruppe, men de opptar heller ikke mye plass i bøker, kapitler eller artikler om det ene eller det andre emnet. Dog anerkjennes fenomenet som en problemstilling med økt risiko både for barn og mor, og det hevdes at selve graviditeten ofte er en periode med symptombedring, hvilket både kan føre til at spiseforstyrrelsen blir et tilbakelagt stadium, eller at den blusser opp etter fødselen (Skårderud, 2013, p.213). Fenomenet er ikke nytt, men allikevel virker det fremdeles som om veien til at tematikken for alvor implementeres i helsesystemets rutiner er lang. I søken etter mer informasjon om gravide med spiseforstyrrelser, har vi benyttet oss av

søkemotorene PsycInfo³ og Primo AUB⁴, samt ”snowballing” innenfor artikkeldatabaser som f.eks. Elsevier. Det kommende avsnitt er ikke et systematisk *litteraturreview*, men rettere sagt en grundig litteraturgjennomgang for å gi et overblikk over feltet.

2.3.1. Utbredelse og forekomst av spiseforstyrrelser blant gravide

Ofte er kvinner med spiseforstyrrelser påpasselige med å dele sin sykdomshistorikk med helsevesenet, mulig grunnet stigma eller frykt for negative utfall av åpenheten (Easter et al., 2013, p.340). Mange går derfor gjennom graviditeten uten å fortelle om sin spiseforstyrrelse, hvilket bidrar til at utbredelsen er noe usikker. Dessuten vil de forskjellige diagnosene og kriteriene i ICD og DSM, også kunne utgjøre forskjeller i hva som inngår i statistikkene. Både i Norge og Danmark er utbredelsen av spiseforstyrrelser i løpet av et svangerskap undersøkt ved større kohortstudier på gravide kvinner, dog med noe forskjellig metodisk tilnærming.

Det danske kohortstudiet *Danish National Birth Cohort*, utspant seg fra 1996 til 2002, hvorpå Larsen og kollegaer (2016) har sammenlignet karakteristika fra 83 731 gravide kvinner for å få mer omfangsrik informasjon om utbredelsen av spiseforstyrrelser (definert som anoreksi, bulimi og uspesifisert spiseforstyrrelse fra ICD). Hele 4,8% selvrapporterte å ha hatt en spiseforstyrrelse en gang i tiden, og 0,5% hadde en oppført spiseforstyrrelsesdiagnose i helseregisteret (Larsen et al., 2016, p.463). Dette gir en livstidsutbredelse på ca. 5%, noe de beskriver som værende typisk, da utbredelse basert på helseregistre ofte er mye lavere enn ved befolkningsstudier (ibid., p.464). Tilsvarende ble det fra 1999 til 2006 utført en kohortstudie i Norge, kalt *Norwegian Mother and Child Cohort Study*, hvor 41 157 gravide kvinner deltok fra sin 18. svangerskapsuke (Bulik et al., 2007). Spiseforstyrrelsene bulimi, overspisingsslidelse og EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified), som bredt definerte kriterier fra DSM, viste under graviditeten utbredelser på henholdsvis 0,2%, 4,8% og 0,1% (ibid., p.1113). Grunnet manglende data til vektkriteriet, rapporteres det ikke om utbredelse for anoreksi under graviditeten, dog estimeres den til 0,1% for kvinnene *før* graviditeten. Dette presenteres som noe lavt sammenlignet med forventet utbredelse av anoreksi i Norge, hvortil forfatterne spekulerer i hvorvidt antallet reflekterer rekrutteringen av *gravide*, og dermed vitner om lav

³ Søkeord, PsycInfo: eating disorders AND pregnancy NOT binge eating disorder NOT overweight NOT obesity

⁴ Søkeord Primo AUB: pregnan* AND (eating disorder*), avgrenset til peer reviewed litteratur

fruktbarhet eller stress som påvirkning til ikke å ville samtykke til å delta i studien (ibid., p.1115).

Ved første ultralydundersøkelse på et større sykehus i London, utfylte tilsammen 739 kvinner en versjon av *Eating Disorder Diagnostic Scale* (EDDS⁵), hvorpå Easter og kollegaer (2013) fant at 7,5% møtte kriteriene for en spiseforstyrrelse. Ved retrospektive undersøkelser fant man at utbredelsen *før* graviditeten lå estimert til 9,2% av utvalget, og både før og under graviditeten var det kategoriene for overspisingsslidelse og EDNOS som utgjorde majoriteten av tilfellene. Anoreksi og bulimi hadde en estimert utbredelse på henholdsvis 0,5% og 0,1% under graviditeten, mot 0,4 % og 0,1% retrospektivt (Easter et al., 2013). Til tross for relativt lav utbredelse av anoreksi og bulimi ved slutten av svangerskapets første trimester, viste studien allikevel at mange har spiserelaterte atferdsmønstre som i høyere grad bør plukkes opp (ibid., p.342). Forfatterne påpeker dessuten at omtrent en fjerdedel av kvinnene i undersøkelsen opplevde bekymringer omkring vekt og kroppsform (ibid., p.343), hvilket hentyder til et behov for fokus på de potensielle problematikkene som kan oppstå i lys av dette.

Overordnet kan studier som disse tyde på at selv om både estimerer og definisjoner varierer, er dog ikke utbredelsen av hverken anoreksi eller bulimi særlig høy i den store populasjonen av gravide kvinner. De utgjør dog et visst antall, og andre spiseforstyrrede atferdsmønstre kan se ut til å være desto utbredt, selv om det ikke nødvendigvis passer i konkrete diagnostiske kategorier. Det vil videre ses nærmere på hva litteraturen har funnet av komplikasjonsrisikoer, bedringspotensialer og tilbakefall, samt psykologiske faktorer og anbefalinger.

2.3.2. Risiko for komplikasjoner under graviditet og fødsel

Det medfører også fysiologiske risikoer med en graviditet når man har eller har hatt en spiseforstyrrelse, hvilket her vil bli redegjort for helt kort. Det antas at bekymringer om fødselskomplikasjoner kan påvirke hvordan en graviditet oppleves, og derfor er det også relevant å se på hvilke risikoer som står på spill. Av de vanligste komplikasjonene, har det blant annet blitt funnet at kvinner med anoreksi har større risiko for komplikasjoner i form av lavere fostervekst og fødselsvekt, samt har de selv en risiko for en tilstand med vaginale blødninger under svangerskapet (Eagles et al., 2012). I samme kohortstudie (MoBa) som nevnt over, fant Bulik et al. (2009) at graden av alvorlighet muligens må ses

⁵ EDDS: Spørreskjema som måler symptomer på spiseforstyrrelser ut fra DSM-kriterier.

i forbindelse med graden av alvorlighet i lidelsesuttrykket, og da særlig hos de med anoreksi. I store populasjonsstudier kan det derfor antas at alvorsgraden er lavere enn i en klinisk populasjon (ibid.).

I undersøkelser gjort på gravide både med og uten spiseforstyrrelser, viser det seg at gravide med spiseforstyrrelser ofte er yngre og sjeldnere gift, samt hadde de med spiseforstyrrelser ofte lavere vekt både før, under og etter graviditet enn de uten spiseforstyrrelser. Mønsteret i vektøkningen under graviditeten var dog likt, sett bort i fra at de med spiseforstyrrelser la på seg signifikant mindre enn de anbefalte 11,5 kg (Coker et al., 2013, pp.1410-1411). I den danske kohortstudien fant Larsen et al. (2016, p.463) at kvinnene med registrerte spiseforstyrrelsesdiagnoser hadde karakteristika forbundet med større utfordringer ved graviditeten enn de med selvrapporterte spiseforstyrrelser. De var også yngre, hadde en lavere BMI før graviditeten, færre år med utdanning, irregulære menstruasjons-sykluser og et høyere nivå av psykiatrisk komorbiditet. Dette er trolig fordi lidelsen har vært mer alvorlig når man har en diagnose, hvilket kan by på større utfordringer. Kvinnene med selvrapporterte spiseforstyrrelser skilte seg dog fra kvinnene uten slik historikk, blant annet ved at de oftere var undervektige, røyket, hadde et høyere fysisk aktivitetsnivå, samt ytterligere psykiske lidelser (ibid., p.464)

2.3.3. Remisjon under graviditet og tilbakefall etter fødsel

Siden oppgaven både inkluderer kvinner som har og har hatt en spiseforstyrrelse, er det relevant å se på hvor utbredt remisjon av spiseforstyrrelsessymptomene er under og/eller etter en graviditet. Remisjon defineres av Bulik og kolleger (2007, p.1112) som full tilbakekomst av spiseforstyrrelse hos personer som rapporterte at de hadde det før graviditeten. De har så i denne kohortstudien også på remisjon, fortsettelse og forekomst av bulimi, EDNOS og tvangsspisinglidelse, dog ikke anoreksi (p. 1109). Her fant de at forekomsten av bulimi i tidlig graviditet ble redusert til 0,2 %, sammenlignet med før. Overordnet fant de at remisjonsraten for bulimi alle typer, bulimi type oppkast og bulimi uten oppkast, lå på hhv. 40%, 34% og 29%. Forekomst av bulimi i løpet av graviditet var sjelden. Graviditet synes derfor å sette i gang en remisjon av visse spiseforstyrrelser. (ibid. p.1112).

For bulimi betyr dette remisjon i kjernesymptomene tvangsspising og kompensasjonsaktivitet som oppkast, avføring o.l. Overspisinglidelse på sin side skilte seg ut med en økning på hele 1,3% fra før graviditet til under graviditet, hvilket forfatterne fremhever som et interessant og uventet funn (Bulik et al., 2007, p.1116). Easter et al.

(2013) fant til tross for dette at mengden selvpåført oppkast grunnet vektreduksjon under graviditet var høyere enn før graviditeten. En fjerdedel av kvinnene i deres studie opplevde en høy grad av utilfredshet med kropp og vekt (ibid., p.343). Symptomene, i følge studier, pleier også å komme tilbake innenfor 12 måneder etter fødsel, mens det kun hos et fåtall forsvinner fullstendig (Blais et al, 2000; Willis et al., 1988; Morgan et al., 1999, jf. Madsen et al, 2009). Easter og kolleger (2013, p.342) fant at all kompensatorisk atferd forbundet med spiseforstyrrelser ble redusert i løpet av graviditeten, med unntak av selvforårsaket oppkast. Nesten en fjerdedel av kvinnene rapporterte dessuten å være bekymret for vekt og kropp (Easter et al., 2013, p. 343). Mange kvinner opplever remisjon av spiseforstyrrelsen under graviditeten, hvilket ofte blir begrunnet med utsagn som ”Jeg kan spise fordi jeg er gravid, da har jeg lov”. Etter graviditet og amming derimot forsvinner grunnen til å spise sunt og derfor faller mange tilbake i spiseforstyrrelsesmønstrene en stund etter fødsel (Madsen et al., 2009, p.124). Søvnmangel og det store ansvaret som medfølger kan også forverre matinntaket (ibid.).

Det er her gitt et omriss av det teoretiske fundament for graviditet, spiseforstyrrelser og kombinasjonen av de to. Dette anses som relevant viten for å videre kunne utbedre en forståelse for feltet og den gruppen kvinner våre deltagere representerer. I det følgende vil det presenteres oppgavens teoretiske fundament, nemlig den narrative psykologi.

3. Teoretisk fundament: narrativ psykologi

For å forstå fenomenet spiseforstyrrelser og graviditet har vi som tidligere nevnt valgt en narrativ tilgang til denne undersøkelsen. Narrativ psykologi er et område som favner bredt og som kan utfoldes i både et godt og omfangsrikt teoretisk grunnlag, men også en solid metodologi med flere metodiske tilganger til innsamling og analyse av narrativer, slik vi vil se senere (Spector-Mersel, 2010, p.209). Narrativer finnes på mange forskjellige plan og kan være både personlige eller kollektive, biografiske eller autobiografiske, handle om et helt liv eller kun deler av et liv, favne bredt eller smalt og skildre alt fra turen til butikken og til andre verdenskrig - eller som i denne oppgaven, graviditet og forløp med spiseforstyrrelser (Sandelowski, 1991, p.16; Breakwell, 2006b, p.268). Til aller størst grad finner man dem derimot hos den vanlige mannen i gata, hvor de på det enkleste plan utgjør menneskers måte å kommunisere og interagere med hverandre på. I tillegg bidrar narrativer med en måte til kognitiv strukturering av våre opplevelser og vårt liv så de gir mening og sammenheng til forståelse av oss selv, andre og verden omkring

(Polkinghorne, 1991, p. 136). På denne måten legger narrativer også grunnlaget for vår følelse av selv og identitet (Sandelowski, 1991, p.162; Spector-Mersel, 2010, p.207; Murray, 2007, p.111). En slik forståelse kan være nyttig når man ønsker å forstå spiseforstyrrelser og graviditet, da slike store begivenheter i et liv kan ha innvirkning på hvordan man ser seg selv og hvem man er.

Den narrative forståelsen fremhever fortellinger som en sentral del av våre liv, hvor det er gjennom narrativer at det skapes en følelse av sammenheng og identitet (Spector-Mersel, 2010, p.211; Polkinghorne, 1991, p. 135). Narrativ teori bygger på eksistensiell fenomenologi, hvor tid forstås som hoveddimensjonen i menneskelig eksistens (Crossley, 2011, p.134; Polkinghorne, 1991, p.139). Ved å se på selvet som et narrativ eller en fortelling, og ikke som en substans eller enhet inne i personen, fremheves den temporale og utviklingsmessige dimensjon av menneskelig eksistens (Polkinghorne, 1991, p.135). Det eksisterer således et gjensidig forhold mellom livet-som-levet og fortellingene som dannes om det, og det gjør narrativ teori til en anvendelig forståelsesramme når man ønsker å forstå en person (Spector-Mersel, 2010, p.211)

I følgende del av oppgaven kastes søkelyset på narrativ psykologi for å avdekke og utdype det teoretiske grunnlaget det bygger på, og da med særlig fokus på personlige narrativer og hvilken betydning de har for selvet og identitet. Donald Polkinghornes (f.1936) teorier vil her få særlig forrang. Polkinghorne er en amerikansk psykoterapeut som bidro til den ”narrative vending” i psykologiske teorier om selv og identitet (if. Murray, 2007, p.111). Hans teorier var en av de første til å bringe med seg hermeneutisk forståelse til den psykologiske studier av menneskelige fenomener (ibid.). Polkinghorne (1991; 1996) trekker til stor grad på den kjente filosofen Paul Ricoeur (1985, if. Murray, 2007, p.113), som argumenterer for at narrativet er menneskets måte å skape orden og mening til en verden under konstant forandring. Ikke bare forteller mennesker historier til hverandre som en måte å kommunisere og dele mening, men den narrative strukturen bidrar også til en naturlig måte for mennesket å forme sitt selv. Fordi vi er interessert i kvinnes oppfattelse av seg selv, som påvirket av en spiseforstyrrelse og graviditet og som fremstilt via fortellinger, gir en narrativ forståelse hertil god mening.

3.1. Hva er narrativer?

Den enkleste definisjonen av et narrativ er en organisert eller strukturert tolkning av en sekvens hendelser, hvor man forsøker å finne en kausal sammenheng mellom forskjellige hendelser og tildeler historiens forskjellige karakterer agens (Murray, 2007, p.113). Man

organiserer narrativene som en rekke episoder, hver med en start og en slutt, hvor intensjoner, handlinger og utfall til sammen utgjør en helhetlig fortelling (Polkinghorne, 1991, p.138-139). De enkelte begivenhetene tilskriver vi så mening ved å skrive de inn som en del av et *plott*, dvs. en logisk og meningsfull handling (ibid., p.141). Plottlegging, av det engelske ordet *emplotment*, er i Polkinghornes (1991) beretninger av stor betydning, og refererer til hvordan et narrativ konfigureres, altså etter hvilke prinsipper narrativet blir strukturert. Plottlegging er en prosess eller prosedyre hvor elementer av tid - episoder eller hendelser - konfigureres ved å bli ført sammen og ledet mot en felles konklusjon eller avslutning (ibid., p.141).

I Polkinghornes (1991, p.136) optikk utgjør narrativer som nevnt primært en form for kognitiv strukturering av opplevelser og minner, hvor vi gjennom en reflektiv fortolkningsprosess sorterer forskjellige hendelser og episoder til en sammenhengende, kronologisk og meningsfull helhet, nemlig i form av en historie. Ved å samle elementer fra våre sanseinntrykk, indre kroppssensasjoner og kognitive minner og ved å tilegne dem mening, skaper vi orden i det han refererer til som den mest elementære dimensjonen ved menneskets liv, nemlig tiden, en idé han har fra Ricoeur (ibid., p.135). Med det mener han at tid er den dimensjon hvorfra vi forstår oss selv, ettersom livet utfolder seg gjennom øyeblikk, hendelser eller episoder (ibid., p.139). For mennesker konseptualiseres tiden nettopp som begivenheter som tar, eller tar opp, tid (ibid., p.140). Tid slik den oppleves er strukturert og konfigurert, og våre opplevelser rettes mot og tar form som tid, hvortil fremtid, nåtid og fortid gjensidig posisjoneres hverandre som deler av en større helhet (ibid, p.140f). Den beste måten å strukturere tiden på blir dermed gjennom historiedannelse.

For å trekke på et eksempel nærværende til denne oppgaven, så vil veien mot en graviditet, hvor plottet er basert på et ønske om å få barn, være satt sammen av enkelte handlinger i form av blant annet et (eller flere) forsøk på unnfangelse, legebesøk og graviditetstesting m.m. Disse handlingene gis mening i kraft av formålet med dem: å bli gravid. Således utgjør de deler av en helhet; som episoder i et narrativ om å bli gravid eller få barn. Det er plottleggingen som gjør at enkelthendelser ikke blir stående alene, som punkter på en liste, men heller snøret sammen som en del av en rød tråd (ibid.). (Forsøk på unnfangelse alene kan jo som de fleste vet i andre kontekster ha betydning som en akt i seg selv). Men slik hører de altså sammen under den samme fortellingen, og sporadiske handlinger får betydning i kraft av de ringvirkninger de får, som del av et større plott (ibid.). Hvordan man strukturere hendelsene kan variere og dermed kan man

også få forskjellige plott til en og samme hendelse, på samme måte som at et annet plott vil kunne forandre meningen til de enkelte deler (ibid., p.142).

3.2. Hvilken funksjon har narrativer?

Særlig ett aspekt ved narrativenes funksjon synes å være relevant i lys av undersøkelsens anliggende, og det er hvordan individers personlige narrativer kan fortelle oss noe om hvem en person er og hvordan vedkommende forstår seg og sin omverden. Som sett over brukes narrativer til å organisere og forstå det som skjer og det vi gjør i livet, men den narrative strukturen utgjør også den måten vi organiserer vårt selv og vår identitet på. Dette foregår uansett om vi formulerer det muntlig eller ikke, og det er en dialektisk prosess hvor vi trekker på våre personlige opplevelser og minner - vår fortid, samt på sosiale konvensjoner og historier fra verdenen rundt oss (Polkinghorne, 1991, p.141). Narrativ identitet og selvkonsept, samt de sosiale dimensjonene ved narrativet vil heretter bli presentert.

3.2.1. Narrativ identitet og selvkonsept

Selvets struktur kan sammenlignes med et narrativ. Det er en helhet gjort opp av mindre, men sammenvevde enheter, som til sammen utgjør en persons livshistorie eller *selv*. På samme måte som man organiserer enkelthendelser eller -handlinger til å utgjøre historien om f.eks. ”min første graviditet”, tar man hele livets store og små hendelser og setter det sammen til et sammenhengende, kontinuerlig selv (Polkinghorne, 1991, p.136 & p.143; Murray, 2007, p.115). Polkinghorne oppsummerer det på best vis selv:

Human existence is temporal. We do not come to self-understanding by seeking to know what kind of thing we are. Rather, we come to know ourselves by discerning a plot that unifies the actions and events of our past with future actions and the events we anticipate. Relating separate events that occur over time involves the cognitive operation of narrative structuring. Narrative structuring gives sense to events by identifying them as contributing parts of an emplotted drama. Self-concept is a storied concept, and our identity is the drama we are unfolding (Polkinghorne 1991, p.149).

Selvet er altså ikke noe man ”finner” som en substans inne i personen, det er en prosess hvor man integrerer sitt liv et handlingsforløp eller et plott ut i fra det stedet man er her og nå, og basert på fortidens erfaringer og fremtidens planer og forventninger (ibid.; Polkinghorne, 1996, p.299). Å kjenne seg selv er en prosess hvor man tilegner seg selv

sin egen fortid (Polkinghorne, 1991, p.144). Man tar deler fra ens fortid og skriver det inn i sin forståelse av seg selv og det er når man ser på livet i hele sin kontekst at man kan begynne å besvare spørsmålet "hvem er jeg?" og få klarhet i hva som er ens identitet (ibid., p.143). Identitet på sin side er det som gir følelsen av enhet, og bringer med seg mening og formål til livet, samt definerer hva som gjør at man er atskillelig fra andre (ibid., 1996, p.299). Narrativene bringer en ramme eller en kontekst til ens personlige historie, hvorigjennom man kan få klarhet i hvordan ens liv utspiller seg, hva som karakteriserer ens eksistens, karakter og identitet (ibid.). Fra et slikt perspektiv er hele livet, slik det er levd og forstått frem til nå, det som utgjør selvet: "Like each episode singly, my life as a whole – that is, myself – is something temporal that unfolds in time and whose phases I survey prospectively and retrospectively from within an ever-changing present" (Polkinghorne, 1991, p.143). Denne prosessen med å gjennomgå ens fortid for å danne selvbildet er oftest ikke en bevisst og refleksiv prosess, men heller noe som skjer av seg selv (ibid., 1996, p.300). Selvet skiller seg på denne måten fra "alminnelige" historier slik vi kjenner dem i populærkulturen, de formes i stedet av dype, prerefleksive kognitive prosesser som inkorporerer emosjonelle responser med grunnleggende opplevelser fra barndommen og personlighetstrekk, og som avhenger av evnen til å tenke i holistiske og dialektiske baner (ibid.).

Identiteten bygger altså på følelsen av å være et sammenhengende vesen, hvis opplevelser og erfaringer er tilknyttet noe helhetlig og meningsfullt, og hva vi legger i vårt selv-narrativ, er det vi bruker for å bygge vår identitet, vår følelse av hvem "jeg" er. Selv om selvet er foranderlig og er en del av en tilblivelsesprosess som tar form med tiden, utgjør den en helhetlig og integrert følelse av kontinuitet og sammenheng hos den enkelte person (Polkinghorne, 1991, p.144). Identiteten på sin side kan variere fra kontekst til kontekst, eller som Murray (2007, p.115) beskriver det, "we can hold a variety of narrative identities", og hvem vi er må ses i forhold til hvem vi interagerer med og hvilken kontekst den utspilles i. At jeg kan identifiseres som "forsker" på en konferanse for psykologer er ikke relevant i fødselsdagsselskapet til min niese. Her spiller min identitet som "tante" eller "søster" den avgjørende rollen. Selv om andre kanskje kjenner meg som det ene eller det andre, forandrer det likevel ikke på den indre følelsen av å være meg selv, på tvers av kontekster og sosiale relasjoner (Polkinghorne, 1996, p.299). Det er dog hva man skriver inn som del av sin historie og sitt plott som har betydning for hvem man er i de forskjellige kontekster (Sandelowski, 1991, p.163).

Vi legger et plott til våre fortellinger basert på våre minner, våre håp og forventninger, vår moral og etiske sans. Hvis plottet er basert på, som Polkinghorne (1991, p.149) beskriver, en idé om at man fortjener kjærlighet, vil et faktisk hendelsesforløp med foreldremisbruk være umulig å integrere inn i narrativet. Eller, som vi vil se senere i analysen, hvis ens livsplott er basert på en idé om at kvinnens viktigste rolle her i livet er å bli mor, vil det være en stor brist i selvoppfattelsen hvis man får vite at man ikke kan få barn (Bilag 6, p. 10, 1.467-469). Slike oppbrudd vil kunne føre til en disintegrasjon av selv-narrativet, for når plottet man har lagt for sitt liv møter motstand eller opptrer umulig, blir man nødt til å rekonfigurere og omstrukturere sitt narrativ, og dermed også sitt syn på seg selv og hvem man er (Polkinghorne, 1991, p.149). Når man mislykkes i å produsere en enhetlig konfigurasjon av ens liv, hvis man ikke kan få en endelse til sitt narrativ, vil man oppleve fortvilelse og desperasjon (ibid).

3.2.2. Narrativenes sosiale dimensjon

Det er ikke kun våre egne personlige erfaringer vi kan trekke på når vi søker å forstå oss selv og hvem vi er. Det foreligger en stor kraft i narrativer til å forme virkeligheten vi lever i, og historiene vi selv forteller eller blir fortalt skaper mulighetene for handling man som person har i en gitt situasjon. Fordi vi lever i en historiefortellende verden, finnes det etablerte sosiale narrativer i den øvrige kulturen som man kan trekke på for å forklare en hendelse eller avslutte et narrativ (Murray, 2007, p.114). Narrativer har derfor både en definerende og en selvforsterkende kraft, og fungerer som en form for sosial representasjon (Moscovici, 1981, p.181; Polkinghorne, 1991, p.136f). Her antas det at vi henter konsepter, påstander og forklaringer fra samfunnet og kulturen forøvrig og skriver det inn i våre egne narrativer (Moscovici, 1981, p.181) Våre narrativer blir igjen med på å definere kulturen, forandre eller opprettholde systemer og institusjoner, og slik foregår dannelsen av narrativer i et gjensidig forhold med hverandre på et personlig og sosialt plan (Murray, 2007, p.116).

Historier fra samfunnet og kulturen forøvrig bærer gjerne med seg et moralsk element om hva som er å være et godt menneske, men hva én person betegner som en historie å leve etter, kan for en annen representere et levesett man må unngå (Sandelowski, 1991, p.162). Vår kulturs rådende narrativer lærer oss om hva som er et liv verdt å leve, hva vi burde hige etter og hva vi burde unngå, hva som er forbudt og hva som er lov (Spector-Mersel, 2010, p.208; Polkinghorne, 1991, p.147). Narrativene formes

således fortløpende ut i fra hvilken sosial kontekst de inngår i. Hvilke narrativer vi forteller og hvilke deler av en hendelse vi inndrar i våre fortellinger, hvilke aspekter vi vektlegger og hvilken tone vi tilskriver den, avhenger av hvem de fortelles til, forholdet mellom den som forteller og de(n) som lytter, samt hvilke normer som råder i samfunnet og kulturen forøvrig (Murray, 2007, p.115; Sandelowski, 1991, p.162). På det vis kan man si at narrativer utgjør både en indre, psykologisk og personlig form til strukturering av ens liv og identitet, men også en type sosial konstruksjon eller representasjon, hvorfra man henter kulturelt og historisk bundet kunnskap og lærdom og tilfører egne narrativer til fastholdelse eller endring av disse.

4. Metode

I denne delen av oppgaven ønsker vi å presentere oppgavens metode med tilhørende overveielser. Undersøkelsen er designet med henblikk på å forstå og skape større innsikt i hvordan kvinner med en spiseforstyrrelshistorikk representerer sine opplevelser med å være gravid og få barn, gjennom en fortelling, samt hvordan spiseforstyrrelser og graviditet har innvirket på måten de ser seg selv og hvem de er. Det er flere måter å gå til en undersøkelse med samme fokus, og vi vil her presentere hvilke metodologiske, metodiske og etiske overveielser vi har gjort underveis, for deretter å gjøre rede for hvilken metode vi har brukt.

4.1. Metodologiske overveielser: et kvalitativt, narrativt studie

Metodologi er den grenen av filosofi som beskjeftiger seg med de forskjellige metoders syn på vitenservervelse og som stiller og besvarer spørsmål om *hvorfor* og *hvordan* en planlagt undersøkelse skal utføres (Rønn, 2011, p.271). Innenfor kvalitativ forskning som område finnes det mange forskjellige synspunkter på hva slik forskning kan belyse og på hvilke måter man burde forstå det empiriske materialet undersøkelsen bygger på (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.22). De kvalitative metoder inngår i en humanistisk metateoretisk ramme, hvor det er menneskets natur og væremåte som er hovedfokus for undersøkelser og vitenskapelig begjæring (Rønn, 2011, p.177). Fellestrekkene ved en slik vitenskapelig orientering og tilknyttede metoder er at de er individsentrerte og opptatt av det som er *menneskelig*, hvortil menneskets forhold til språk og kultur utgjør en stor del av tematikken (ibid.). Dette er i kontrast til naturvitenskapelige vitenskapsretninger, hvis anliggende er å finne objektive og universelle lovmessigheter (Spector-Mersel, 2010, p.209). En narrativ tilgang til forståelse av menneskelig erfaring er en av mange måter å

gå til et humanistisk studium, men skiller seg fra andre kvalitative metoder i den forstand at gjenstandsfeltet, objektet for undersøkelsen, er narrativer (ibid., p.213).

Den kvalitative og narrative metodologiske forankringen vil påvirke studiens praktiske gjennomføring, men det vil også i høy grad kunne si noe om den oppfattelse man har av verden; det erkjennelsesteoretiske grunnlaget (Langdridge, 2006, p.253). Dette har betydning for hva formålet med forskning er, hvilke posisjoner forsker og deltager skal ha, samt hvilken natur resultatene har (Spector-Mersel, 2010, pp.209-210). Undersøkelsens anliggende knytter den på generell basis mot et hermeneutisk og til dels fenomenologisk perspektiv, da de kvalitative metoder i følge Rønn (2011, p.271) tilstreber meningsdannelse ved bruk av forståelse, innlevelse og fortolkning. I kontrast til positivistiske og postpositivistiske paradigmer og forskningsmetoder, som leter etter generaliserbare og universelle lovmessigheter, fastholdes det i kvalitative studier at virkeligheten er flersidig og subjektiv (Spector-Mersel, 2010, p.209; Karpatschof, 2010, p.412). Ved en kvantitativ tilgang søker man derimot å skaffe et overordnet bilde av fenomenet slik det forekommer på et generelt plan (Karpatschof, 2010, p.413). Problemet, hvilket Karpatschof (2010) refererer til som ”individualitetens udslettelse i surveyundersøgelsernes massegrav” (p.413), er at man dermed også fjerner personenes individualitet og unike personlighet, og også den sosiale kontekst vedkommende inngår i (ibid.). Det er ikke oppgavens formål å estimere hvor mange som lider av spiseforstyrrelser eller finne hvor stor prosentandel av gravide som sliter med spisevegring i den danske eller nordjyske befolkning. Vårt formål er å beskrive og fortolke tre individuelle og personlige historier, og derfor fremstår kvalitative metoder som det åpenlyse valget.

Av de mange kvalitative måter å gå til en undersøkelse på, har vi så valgt en narrativ tilgang. Den baserer seg på mange av de samme prinsippene som kvalitativ forskning forøvrig, og det finnes en bred overlapp mellom narrative og andre kvalitative metoder (Spector-Mersel, 2010, p.213). Fortelling av narrativer i hverdagen anses å være allestedsnærværende (Czarniawska, 2010, p.240), og fordi en persons liv forstås og tar form som et narrativ, kan man si at en narrativ tilgang til personlige opplevelser er en mer naturlig måte å uthente kunnskap på enn andre, fordi narrative som produseres i en slik undersøkelse kan sidestilles med den narrative måten personene likevel forstår seg selv og sine opplevelser på (Sandelowski, 1991, p.162). Narrativer er en av de mest alminnelige måtene å kommunisere på og er derfor en nyttig tilgang for de som ønsker å forstå sosialt liv, både som vitensform, sosial livsform og kommunikasjonsform

(Czarniawska, 2010, p.241). Som en kilde til data kan narrativer være særdeles kompleks og inneholde flere lag med informasjon og har således et stort potensiale til å undersøke kompliserte spørsmål. Dette er fordi respondentene blir gitt tillatelse til å snakke om lange perioder i sitt liv og forholdene rundt hva de gjorde eller hva som har skjedd med dem på tvers av tid og sted (Breakwell, 2006b, p.266). For mange er dette en befriende opplevelse og respondenter verdsetter sjansen til å få uttrykke sine tanker og følelser (Spector-Mersel, 2010, p.216).

Man kan ha forskningsspørsmål og konkrete formål med undersøkelsen tilknyttet en spesifikk tematikk, slik som vår interesse for graviditet og spiseforstyrrelser, men i narrativ forskning vil man primært se på narrativenes funksjon for den enkelte person før man dykker ned i underliggende temaer (Sandelowski, 1991, p.162). En narrativ undersøkelse kan aldri bygges ut i fra teoretiske påstander og antagelser, men begynner alltid med et spesifikt fenomen, best forstått gjennom narrativer (Flyvbjerg, 2006, p.240). Deretter kan man utvikle beskrivelser og tolkninger av fenomenet, basert på synspunktene til deltagerne, forskerne og andre (Sandelowski, 1991, p.162.). Som Sandelowski (ibid.) formulerer det: "Narrative as an interactive and interpretive product is the focus even before it becomes subject to the researcher's purposes". Når man anvender narrativer som objekt for en psykologisk undersøkelse, er det med henblikk på å bringe til bordet antagelser om hvilken mening mennesker tilskriver de forskjellige episodene i sitt liv (Polkinghorne, 2007, p.476), og "if social reality is narrative reality, then narratives are the natural channel for studying it" (Spector-Mersel, 2010, p.213).

I følge Gabriela Spector-Mersel (2010, p.214) baserer alle narrative undersøkelser seg på to grunnprinsipper: Det første er at det er narrative i seg selv som betraktes som objektet for utforskning og det er de som utgjør datamaterialet (ibid., p.214). Narrative er således ikke en kilde til preeksisterende kunnskap som "finnes der ute", de *er* datamaterialet og ikke kun en måte å formidle informasjon på (ibid.). Det andre punktet er at narrativer må ses ut i fra sin holistiske natur, og likeledes må analysen føre en holistisk strategi. Det vil si at man ser på narrative i sin helhet, uten å fragmentere det ned til enkeltdeler (ibid.). Det er vår oppgave å videreformidle de tre kvinnenes historie slik at deres opplevelse kommer til uttrykk på tydeligst mulige måte, og det er opp til oss å skape en sammenhengende fortelling ut av delvis motstridende, fragmenterte eller ufullstendige historier (Czarniawska, 2010, p.250). Å lese og analysere en persons narrativ er i seg selv forbundet med visse fallgruver og spørsmål om hvorvidt de kan sies å representere noe reelt eller sant. Når personers narrativer i tillegg skal gjengis og

formidles videre av andre, dvs. av oss som forskere, er det enda flere aspekter man må være klar over for å forhindre ”falske” eller utroverdige resultater (ibid.).

4.1.1. Kvalitetssikring av kvalitative og narrative studier

Kvalitative undersøkelser belager seg på fortolkning, og noen ganger attpåtil fortolkning av fortolkning, slik man kan si at denne oppgaven gjør (Brinkmann, 2008, p.38). Det betyr at undersøkelsens funn til stor grad beror seg på forskerens forståelse av og evne til representasjon, slik at man kan snakke om en form for dobbelhermeneutikk (ibid). Til det kan man stille spørsmål om hvorvidt funnene kan betraktes med troverdighet og gyldighet. Til forskjell fra kvantitative studier, hvis formål er objektivitet, naturlige lovmessigheter og generaliserbarhet, er kvalitative undersøkelser bygget på helt andre premisser (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.17f). I følge Collin og Kjøppe (2014, p.41) finnes det ingen ”overordnet vitenskapelig rasjonalitetsmålestokk” og man kan ikke påstå at en tradisjon er mer henvisende til virkeligheten enn en annen. Man kan kun oppnå vitenskapelig rasjonalitet innenfor den tradisjon man befinner seg (ibid.). Spørsmål som hvem som igangsetter undersøkelsen, hvem som bestemmer hva som er riktige funn og hvordan data skal samles og bli representert, har forskjellige svar i de forskjellige tradisjoner (Spector-Mersel, 2010, p.217). Mens det i mer kvantitativt rettede studier er forskeren selv som sitter på de fleste av disse svarene, opptrer det i kvalitative og narrative studier et mer ”demokratisk forhold” mellom forsker og forskningsdeltagere og hva slags resultater man finner bestemmes ut i fra deltagerens egne bidrag (ibid.). I følge Breakwell (2006a, p.247) finnes det for eksempel ingen evidens som kan peke på at et intervju er mindre gyldig eller pålitelig enn andre teknikker. Gode intervjuprosjekter er gyldige i den forstand at de lærer oss noe om menneskers livsverden samt yter de innflytelse over teoriutvikling, tankesett og handling innenfor bestemte områder – de har såkalt pragmatisk og kommunikativ validitet (Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.34). De er valide til den grad de på *pragmatisk* vis kan *kommunisere* og formidle viten.

Donald Polkinghorne (2007, p.476) har likeledes en mening om hva en kvalitativ og narrativ studie må inneha for å være troverdig, hvor hans standpunkt er at en vitenskapelig påstand er valid så lenge det er kraft i de argumentene og den evidens som brukes for å erklære påstanden. Det vil si at, så lenge forskeren kan forankre sine påstander på en god måte i studiens empiri og i relevant litteratur forøvrig, vil det kunne skape tilstrekkelig med gjenklang i leseren til at påstanden kan betraktes som valid. Således kan man si at validering av en kvalitativ studie er en argumenterende praksis

fremfor en mekanisk en, slik man ser i de kvantitative studier (ibid.). Formålet således blir "(...) to convince readers of the likelihood that the support for the claim can serve as a basis for understanding of and action in the human realm" (Polkinghorne, 2007, p.476). Ut av et narrativ søker man nemlig *narrativ* sannhet, i den forstand at det som formidles oppleves – for forteller og leser – som sannsynlig og troverdig (Sandelowski, 1991, p.164). Dette er fordi fortellere av narrativer ikke har en intensjon om kun å *beskrive* en hendelse, men forteller med mål om å oppnå en så indre, sammenhengende og konsistent tolkning av "the past-in-the-present, the experienced present and the anticipated-in-the-present-future" som mulig (ibid.). Det er derfor ikke vår oppgave å beskrive generelle tendenser eller bringe frem generaliserbar og objektiv informasjon om faktorene ved spiseforstyrrelsespåvirket graviditet, det er vår oppgave å fortolke, beskrive og presentere personlige narrativer, slik at det gir gjenklang hos den som leser og beriker deres forståelse for personer med en slik bakgrunn.

Narrativer kan derfor si mye om hvordan personen forstår og fremstiller seg selv i verden. Dette har betydning for hvordan vi skal forstå vårt eget empiriske materiale, narrativene, og hva vi burde være særlig oppmerksom på. Polkinghorne (2007) foreslår fire særlige aspekter som er viktig å huske på når man undersøker narrativer, og disse beror seg på diskrepansen mellom hva som har blitt opplevd (livet-som-opplevd) og hva som faktisk blir fortalt (livet-som-fortalt) (Sandelowski, 1991, p.163; Polkinghorne, 2007, p.480). Først og fremst er det viktig å huske at mangfoldet av opplevd mening og mengden ord til å representere meningen ikke nødvendigvis overensstemmer (Czarniawska, 2010, p.253). Språket, eller diskursene, er ikke tilstrekkelig nok til å uttrykke opplevelsens fulle mening (Polkinghorne, 2007, p.480). Det betyr at man kan oppleve, tenke og føle på veldig mye forskjellig i løpet av et hendelsesforløp, men det er ikke sikkert man har, eller at det finnes, ord og diskurser til å beskrive det. Det andre punktet peker på at det kan ha forekommet ting ved en hendelse som personen, på grunn av manglende refleksjon, ikke har blitt gjort bevisst om og som derfor har forblitt uoppdaget (ibid.). En slik bevissthet kan dog opptre senere, ettersom ny lærdom og innsikt kan bidra med nye refleksjoner. Det betyr derfor ikke at opplevelsen ikke har vært betydningsfull, men kan ha satt seg på andre måter, f.eks. kroppslig eller på annet vis ubevisst (ibid., p.481). Det tredje aspektet beror seg på menneskets ønske om å fremtre så sosialt ønskelig (eng: *social desirability*) som mulig, hvilket utgjør et bias i menneskelig atferd. Det betyr at personen, bevisst eller ubevisst, utelater å dele hele spekteret av meningen ved en opplevelse med ønske om å tilpasse seg sosiale

konvensjoner og fremstå så godt som mulig (ibid., p.480). Hvis respondenten derimot kan stole på at intervjueren ikke vil dømme, er sjansen for at dette skjer betraktelig minsket (ibid., p.481). Dette kan anses som særlig relevant hos personer med en spiseforstyrrelse, hvilket vi vil se nærmere på i avsnittet om anskaffelse av intervjueltagere.

Den fjerde og siste fallgruven Polkinghorne (2007, p.480) refererer til er heftet på intervjuer-respondent-relasjonen og det faktum at narrativet er oppstått i og ut i fra interaksjonen mellom de to (eller tre) (ibid., p.480). Dette utgjør et komplekst samspill, særlig i de situasjoner hvor narrativene hentes ut i fra et intervju, nettopp fordi forskerens innflytelse her vil ha betydning for narrativets utforming. For eksempel kan det være avgjørende for tolkningen av narrativene i denne undersøkelsen at vi som forskere er norske og alle tre intervjusubjektene er danske. Vi understreker hertil at vi begge mestrer dansk muntlig og skriftlig, men det vil likevel være kulturelle symboler og ikoner vi er uvitende om og ikke har grunnlaget for å forstå. Som Breakwell (2006b, p.270) skriver: ”The researcher who is not part of the community of shared meanings may not ’receive’ the full implications of the narrative”. Vi har forsøkt å ta høyde for dette ved å finne forklaringer på ord og uttrykk informantene bruker og som vi ikke forstår ved å søke på internett eller ved å spørre fagfeller. Det finnes heldigvis mye delt mening i dansk og norsk kultur, og det meste tør vi påstå at vi er inneforstått med. Forskereffekter gjør seg gjeldende i alle studier og kan ikke elimineres (Breakwell, 2006a, p.248). Det er særdeles vanskelig å kontrollere for hvilke ubevisste effekter intervjuer/forsker og respondent har på hverandre i en intervjusetting, men det gjør det desto viktigere å være bevisst på at personene involvert i dannelsen av et narrativ har gjensidig innvirkning på hverandre, uavhengig av hvem man er, hva man snakker om eller hvor det finner sted (ibid. p.249). At narrativene i undersøkelsen derfor må ses som samkonstruksjoner mellom oss som forskere og de som formålsrettede og intensjonelle personer, trenger dog ikke være en svakhet, men vil også kunne belyse hvilken mening de tilskriver seg selv og sin tilværelse i forskjellige kontekster.

4.2. Metodiske overveielser og fremgangsmåte

Med teoriens og metodenes gjenstandsfelt, metateoretiske og metodologiske overveielser og spørsmål om validitet og potensielle fallgruver bak oss, vil vi her presentere undersøkelsens design og fremgangsmåte med tilhørende *metodiske* og etiske overveielser. På grunn av undersøkelsens narrative, hermeneutiske forankring, har datainnsamling og analyse også belaget seg på anskaffelse og fortolkning av narrativer.

Dette har blitt gjort ved å ta i bruk metoden narrativt forskningsintervju og narrativ analyse, hvilket vil presenteres avslutningsvis. Som det vil fremgå i de neste avsnitt har vi forandret taktikk og metode underveis i prosessen, både i forbindelse med den tidkrevende og utfordrende prosessen med å finne deltagere, men også i hvilket teoretisk utgangspunkt vi ønsket å ha. Uten å gå veldig nøye inn på det, streifet vi i starten innom både Critical Narrative Analysis (CNA) og vi vurderte også en fenomenologisk tilgang. Til slutt falt altså valget på narrativ teori og metode, hvilket vi til dels har begrunnet overfor. Spørsmålet om *hva* og *hvem* som skulle undersøkes var også oppe til drøfting, hvor adgangsprosessen til den primære utvalgte gruppe gjorde at vi så oss nødt til å revurdere. I metodeavsnittet vil du som leser kunne følge vår prosess med å finne intervjudeltagere, og hva det har hatt å si for forskningsprosessen. Etterfølgende presenteres vår fremgangsmåte og refleksjoner rundt intervjuene vi gjennomførte og likeledes med analyseprosessen.

4.2.1. Anskaffelse av informanter og etiske overveielser

Å finne informanter er ikke alltid en like lett sak, da man både skal overveie hvilken profil som passer best til undersøkelsen, hvor mange man skal samle inn, og ikke minst skaffe tilgang til dem. Under dette avsnittet presenteres derfor våre spørsmål tilknyttet *hvem* undersøkelsen skulle handle om, *hvor* de kan finnes og *hvordan* vi gikk frem for å finne de. Og kanskje viktigst av alt, hvilke etiske refleksjoner vi har gjort oss underveis i prosjektet. Etiske overveielser er et viktig element for ikke unødvendig å havne i etiske og moralske dilemmaer i løpet av en forskningsprosess. Det vil si at man aldri kan være sikret fra å komme ut for situasjoner som tester vår etiske ”sans”, men man kan så vidt mulig forholde seg reflektert og nysgjerrig til hvordan man best kan komme utenom potensielle problematikker. Prosessen med å finne deltagere til intervju i denne undersøkelsen, kan argumenteres for å ha vært en rik kilde til forståelse av gruppen som helhet, og den belyser også hvilke etiske fallgruver man står overfor i undersøkelser av menneskers privatliv.

4.2.1.1. Hvem skulle undersøkes og hvordan finne de?

Denne undersøkelsen var inspirert av en bekjent hvis kusine er jordmor og som ved flere anledninger i sitt virke hadde møtt på gravide kvinner med spiseforstyrrelser. Hun følte hun kom til kort i møte med dem og etterlyste mer kunnskap om emnet for best å kunne imøtekomme deres behov og sikre en trygg og god fødsel for både mor og barn. I

oppstartsfasen intervjuet vi denne jordmoren over telefon og det kom frem at hennes bekymring mest lå hos gruppen av *gravide* med spiseforstyrrelser. På grunn av det tok vi også utgangspunkt i å finne personer som på undersøkelsestidspunktet var nettopp gravide. Den andre variabelen, spiseforstyrrelser, besluttet vi hurtig, ut av hensyn til hvor snever gruppen ville bli, at skulle innebære kvinner som både *har* og *har hatt* en spiseforstyrrelse. Beslutningen bygget på eksisterende forskning som har vist at graviditet faktisk kan føre til remisjon av spiseforstyrrelsessymptomer og at tidligere spiseforstyrrelser fortsatt kan ha en innflytelse på en persons tankemønstre (fx. Bulik et al., 2007, p.1109). I tillegg, som jordmor, er det en sannsynlighet for at man vil møte på begge subgrupper, og til varierende grad oppleve tilstedeværelsen av utfordringer tilknyttet spiseforstyrrelser. Derfor kunne det tenkes at narrative fra personer med begge bakgrunner kunne si noe viktig om opplevelsen⁶ av spiseforstyrrelser og graviditet.

Med gravide med en spiseforstyrrelshistorikk, nåtidig eller førtidig, som utgangspunkt, gikk vi til leteprosessen. Primært satset vi på å få adgang gjennom jordmoren og hennes arbeidsplass, et sykehus i Herning, da offisielle institusjoner og myndigheter ofte kan ses på som en ”inngangsport” til visse (utsatte) grupper (Matthiesen, (in prep)). Det ble opprettet et samarbeid, men dessverre førte det ikke noe videre med seg. Derfra tok vi flere tiltak, kontaktet flere sykehus, jordmorsentre og mødresentre via telefon eller ved å henge opp oppslag. Vi kontaktet også organisasjoner for psykisk sykdom og spiseforstyrrelser på nett og Facebook, samt diverse barselgrupper og andre nettverk relatert til utsatte mødre. Vi fikk opprettet kontakt med to personer, én via Facebook og én via en kontakt ved sykehuset i Århus. Begge disse endte opp med å trekke seg igjen på grunn av omstendigheter i hjem og familie.

Det etiske prinsipp om *ansvar* pålegger psykologen å være ”*oppmærksom på det profesjonelle og videnskabelige ansvar, han har for sine klienter (...), undgår at forvolde skade og er ansvarlig for sine handlinger*” (Regelsæt 2012-2014, p.35). Ettersom vi etter lang tid fortsatt ikke formodet å finne deltagere, ble vi nødt til å vurdere hvorvidt deltagelse til intervju kan ha negative effekter for informantene, samt om vi tok det ansvar det hører med å åpne for potensielt sårbare tematikker som spiseforstyrrelser og

⁶ *Opplevelse* er hertil et nøkkelord og viser til hvordan oppgaven i starten var tiltenkt som en mer fenomenologisk tilgang til viten på området, hvor opplevelse og en rik beskrivelse av fenomenet i seg selv står sentralt. Etterhvert som det gikk opp for oss at et narrativt perspektiv ville gi et annet, men like så god, innblikk i fenomenet, valgte vi dog å skifte fokus til selv og identitet, som konstituert gjennom narrative.

graviditet. Kunne det tenkes å utgjøre en *for* stor belastning å fortelle om sin historie med spiseforstyrrelser og graviditet, eller ville konsekvensene av å gjøre det, veie opp for det potensielt negative? Ut fra en nytteetisk tankegang bør nemlig summen av fordeler for deltageren og betydningen av den kunnskap som oppnås, veie tyngre enn den potensielle skaden (Kvale & Brinkmann, 2009, p.92). Da det viste seg å være en utfordring å finne deltagere til prosjektet, ble det antatt at det kunne reflektere en motvilje mot å dele opplevelser på den ene siden, samtidig med at det økte vår bevissthet rundt hvor marginalisert og sårbar gruppen er på den annen. Mange personer innenfor gruppen opplever å være stigmatiserte og det hersker stor tabu rundt det å bli gravid og mor når man har en historie med spiseforstyrrelser og psykisk lidelse (Easter et al., 2013, p.340). Det kan gjøre at mange er tilbakeholden med å delta til et slikt prosjekt, av frykt for fordommer eller gjenkjennelse. Personer med en spiseforstyrrelse er også ofte karakterisert ved en særlig opptatthet av hvordan de fremstår utad, noe som peker på Polkinghorns (2007, p.481) poeng om sosial ønskeverdighet i intervjusettinger. Å gjenfortelle en smertefull historikk med spiseforstyrrelser kan derfor tenkes å oppleves som vanskelig og stamme fra en frykt om å fremstå som dårlige mødre eller personer. I tillegg representerer muligvis graviditeten en ekstra sårbar periode for kvinnene.

4.2.1.2. Adgang til informanter

På grunn av ovenstående overveielser endret vi derfor på inklusjonskriteriet og tillot kvinner som allerede hadde født og nå var mor. Dette var særskilt av etiske hensyn, ettersom sårbarheten ved å fortelle kan anses som ekstra stor under graviditeten, og at risikoen for å forvolde skade eller ubehag derfor kan oppleves som stor. Å åpne opp for personer som *har* født kan likeledes bringe med en annen form for viten, da det antas at man ser verden på en annen måte etter å ha satt et barn til verden. Av praktiske årsaker og tidsaspektet valgte vi ikke å sette begrensning på hvor mange barn vedkommende skulle ha hatt for som inklusjons/eksklusjonskriterium.

For å sikre at informantene hadde god og rikholdig informasjon om prosjektet før de tok stilling til deltagelse, ble oppslaget gjennomarbeidet grundig i flere omganger (se bilag 1-2). Med et nytt utgangspunkt for innsamling av deltagere, og med mislykkede forsøk på å nå ut via offentlige instanser og myndigheter, ble siste trinn i prosessen å nå ut til eget, privat nettverk via Facebook. Her postet vi et oppslag med en etterlysning etter gravide med en nåværende eller tidligere spiseforstyrrelsesproblematikk, hvor vår studentmail var vedheftet slik at personene selv på uforpliktet vis kunne ta kontakt

gjennom et fortrolig medium. Man skal være oppmerksom på at rollen som forsker innebærer en makt, hvorpå opplevelsen av å presses til å delta som informant er uheldig og bør unngås (Brinkmann, 2010, p.443) For å unngå at kvinnene følte seg presset til å delta var vi svært oppmerksomme på å presisere deres valgfrihet, samt at vi lot dem bli klar over vår forespørsel gjennom andre kanaler, hvorpå de kunne la være å besvare uten konsekvenser. Vi ventet så lenge tiden lot oss med å ta kontakt, og hadde kontakter som sendte dem mailopplysningene våre, slik at de selv kunne ta kontakt hvis de ønsket å delta.

Det ble gjennom denne metoden og personlig kontakt at vi klarte å samle inn tre informanter. Én, ”Signe”, tok kontakt med oss på mail etter å ha sett oppslaget på Facebook. Den andre, ”Rikke”, er søster av en bekjent og ble kontaktet av oss etter at hennes bror opprettet den primære kontakt og oppfordret oss til å forfølge det videre. Tredje person, ”Andrea”, var vår reserveplan, da vi hadde kjennskap til henne gjennom en organisasjon for psykisk syke. Vi visste hun var åpen om sin fortid, og anså det derfor som etisk forsvarlig å opprette kontakt. Heldigvis for oss ønsket hun å delta. Det var dog med etiske spørsmål tatt i betraktning. Gjennom mailkorrespondenser med samtlige deltagere fikk de utdypende informasjon, frihet til å velge tid og sted for intervjuet, samt svar på eventuelle spørsmål. Det ble presisert at deltagelse var frivillig og uten incentiver. Med kjennskap til at personer med spiseforstyrrelser gjerne opplever mye ambivalens, forsøkte vi å formulere svar som balanserte mellom det profesjonelle og vennskapelige, samt å holde svartiden til et minimum for å bibeholde kontakten til dem som meldte sin interesse. Dette ble vi ekstra oppmerksomme på da én potensiell informant trakk seg grunnet tidsmangel/belastning, og en annen stoppet å svare på våre henvendelser. Til tross for at hun ikke svarte, gjorde vi forsøk på å avslutte kontakten på en ryddig og høflig måte, dog uten nevneverdig respons.

Det spesielle ved *intervjuundersøkelsen* er at man ofte undersøker deler av andre menneskers privatliv, for deretter å beskrive det for offentligheten (Kvale & Brinkmann, 2009, p.80). Dette øker viktigheten av at deres interesser ivaretas, slik at de ikke opplever deltagelsen som en negativ erfaring hvor de utleveres. Også i de Etiske prinsipper for nordiske psykologer beskrives dette som et av dilemmaene ved psykologstandens arbeide, ettersom ”det enkelte menneskes integritet og grænser berøres, samtidig med at individets autonomi varetages” (Regelsæt 2012-2014, p.32). Vi skulle bevege oss tett innpå andre menneskers grænser, hvilket gjorde det desto viktig at vi også ivaretok de potensielle deltagernes interesser og rett til privatliv. Forskningsfeltet kan i den anledning

ikke anses som et fysisk sted man ”trer inn i”, men en sosial kontekst gjort opp av mennesker som lever sitt liv (Matthiesen (in prep, p.12). Motstand er ikke intensjonell motstand eller en motvilje mot å hjelpe, men gjenspeiler heller i våre øyne et liv som er nok å håndtere i seg selv. Fordi gruppen også er av en klinisk art og kan anses som særlig sårbar, er det sannsynligvis vanskeligere å få adgang når man vil undersøke tilknyttede fenomener på studentnivå og uten offentlig støtte og godkjenning. Vi kunne heller ikke stille med annen kompensasjon for deltagelse enn drikkevarer og en blomsteroppsats. Våre informanter har allikevel selv ytret et ønske om å bidra og fortelle sin historie uten tilbudte intensiver, hvorpå det antas at de også har vurdert situasjonen som trygg og gjennomførbar.

4.2.2. Narrativt forskningsintervju

Selv om det finnes mange narrativer å hente i verden, var det i denne oppgaven mest nærliggende å gå til anskaffelse av relevante narrativer via intervjuer. Intervju er den mest utbredte form for kvalitativ metode og den primære kilden til innhenting av narrativer (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.22; Murray, 2007, p.117). Intervjuer tjener mange formål og kan blant annet brukes til å få et unikt perspektiv eller tolkning fra en enkelt person eller få svar på noe man ikke kan finne gjennom observasjon (Stake, 2010, p.95). Den simple akt å snakke med andre mennesker er særdeles anvendelig når man vil lære om deres liv og erfaringer (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.22).

Som forberedelse til intervjuet konstruerte vi en kort intervjuguide som oversikt over hvilke aspekter ved opplevelsen av spiseforstyrrelser og graviditet vi var interessert i å vite mer om (se bilag 3). På grunn av guiden kan intervjuene betraktes som semistrukturerte intervjuer, hvilket også var vår intensjon. Et semistrukturert intervju forutsetter en viss ramme og et begrenset sett spørsmål man gjerne vil innom i løpet av intervjuet, men fungerer kun veiledende, da hensikten med intervjuet er å forfølge de tematikker respondenten selv berører og som oppstår i relasjonen (Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.36). Relativt ustrukturerte intervjuer sies å være mest fremmende for narrativer, ettersom intervjupersonene inviteres til å fortelle fra sitt eget ståsted, kontrollere introduksjonen av og flyten av temaer, til å utdype sine responser og fortelle i så fri flyt som mulig (Mishler, 1986, p.69; Murray, 2007, p.118; Kvale & Brinkmann, 2009, p.175). Til forskjell fra andre kvalitative forskningsintervjuer hvor man oppstiller en rekke detaljerte og spesifiserende spørsmål, åpner det narrative intervju opp for mer løsevede og grundige beretninger (Murray, 2007, p.117). I de mer alminnelige

intervjutyperne synes genereringen av grundige og frie fortellinger å bli hemmet, i den forstand at intervjupersonenes responser gjerne blir begrenset ved at spørsmålene som stilles er begrensede og spesifiserende i sin natur og kun tjener til å få ”relevante” responser (Mishler, 1986, p.68).

Intervjuene ble lagt til å vare ca. halvannen time og alle deltagere ble informert om konfidensialitet og anonymitet i forkant av intervjuet ved å lese og underskrive en samtykkeerklæring (bilag 4). Alle intervjuer ble opptatt på bånd. Vi forberedte oss til intervjuene på likt vis og brukte samme intervjuguide til alle intervjuene, kun med små endringer relatert til hvor mange graviditeter hver især hadde vært gjennom. Vi var begge med til alle intervjuene, men hadde fordelt ansvar hvor en var satt som ledende intervjuer og en som supplerende, hvor ledende intervjuer stod for briefing, debriefing og de planlagte spørsmålene. I praksis ble denne fordelingen mer eller mindre utjevnet, og det varierte fra intervju til intervju ettersom intervjupersonene til større eller mindre grad selv klarte å strukturere sin fortelling.

Å sikre intervjupersonenes tillit og skape en god relasjon blir understreket som viktig når man skal samle narrativer (Murray, 2007, p.117), blant annet for å fjerne nevnte sosial ønskverdighet-effekt (Polkinghorne, 2007, p.481). Dette kunne vi gjort ved blant annet å møte deltagerne flere ganger for å opprette en god kontakt (Murray, 2007, p.117). Dessverre var det ikke tid til slik omfattende relasjonsbygging i dette prosjektet, men vi hadde god korrespondanse over mail eller telefon, sørget for å imøtekomme deltagerens ønsker om tid og sted, og vi hadde med blomst som takk til samtlige deltagere. Vi opplevde lite motvilje eller aversjon mot oss og prosjektets formål generelt, og vi gikk til intervjuet med et håp og en tro om at personene hadde lyst til å fortelle sin historie. Enten som en mulighet til å fremheve egen fornuft og handlekraft (Murray, 2007, p.115), fordi det å fortelle i seg selv kan ha en positiv eller terapeutisk effekt (Spector-Mersel, 2010, p.215; Kvale & Brinkmann, 2009, p.92), eller fordi fortellerne selv ønsker å fremme sin sak som del av en marginalisert gruppe (Spector-Mersel, 2010, p.215.). Ofte er det heldigvis tilfellet at intervjupersoner faktisk setter pris på å få fortelle og det å ha noen som er villige til å lytte kan i seg selv fasilitere mer substansiell refleksjon (Murray, 2007, p.229). Som det fremkommer senere gjør en eller flere av disse aspektene seg gjeldende også for våre deltagere. Avslutningsvis holdt vi en såkalt ”debriefende samtale”, for at informantene fritt kunne fortelle hvordan det var å dele sin personlige historie. Samtlige fortalte at de opplevde det som positivt og fint å fortelle hele sin historie

sammenhengende, og at de hadde brukt tiden før intervjuet til å reflektere over hva deres historie bestod av.

Fordelen med et narrativt intervju sammenlignet med øvrige kvalitative forskningsintervjuer er at maktbalansen ofte er jevnere i et narrativt intervju. Dette er fordi det gis mer rom for intervjupersonen til å snakke fritt, mens andre intervjuer til større grad er preget av at intervjueren avbryter og stiller spørsmål med bakgrunn i egne formål (Sandelowski, 1991, p.162). Som intervjuer kan man spørre direkte etter historier og sammen med intervjupersonen legge opp til en struktur på fortellingen som fremmer den narrative formen (Kvale & Brinkmann, 2009, p.175). Dette gjorde vi ved i starten å briefe intervjupersonene om hva et narrativt intervju innebærer, ved å oppfordre dem til å se på livet som en historie med kapitler som forløper seg mer eller mindre kronologisk. Deretter startet vi med å stille spørsmålet: ”Vil du fortælle historien om dine spiseforstyrrelser, sådan du har oplevet det? Fra start helt til nu” (bilag 3), og ved å fremheve at vi ville komme inn på graviditeten(e) senere (vi var informert om at spiseforstyrrelsene kom forut for graviditet hos samtlige respondenter). Utover det lot vi intervjupersonene tale fritt til den grad de selv klarte å fortelle, uten påskjønn fra oss. Når vi først spurte etter en historie, avholdt vi oss fra å avbryte og til den grad det var mulig tilbakeholdt spørsmål og kommentarer til sist i intervjuet. Som Kvale og Brinkmann (2009, p.217) påpeker er det intervjuerens viktigste rolle å lytte og la intervjupersonen fortsette sin historie uavbrutt. Utfordringen for forskeren er her å finne balansen mellom å vise genuin interesse – nok til at respondenten får lyst til å fortelle – og ikke vise så mye eller lite interesse at man fører historien i en eller annen retning (Murray, 2007, p.117). Som intervjuer burde man derfor være forsiktig med å gi tydelige kommentarer, men heller begrense seg til oppfordrende nikk og bemerkninger (ibid.; Kvale & Brinkmann, 2009, p.175). Dette lyktes vi rimelig godt med i intervjuene hvor deltagerne selv strukturerte sitt narrativ.

4.2.3. Dokumentasjon av intervjuer – transkripsjon

Intervjuene ble etterfølgende transskribert, hvor vi fulgte en ganske standard modell med vekt på å fremheve mening, detalj og tone i fortellingen (Murray, 2007, p.120). Vi utelot derfor overflødige lydord som ”ehh” og kortere pauser. Vi inkluderte tonefall, pauser og emfaser der det hadde betydning for meningsformidlingen. Dette er i tråd med anbefalinger (ibid.). En nærmere beskrivelse står øverst i hver transkripsjon (bilag 5-7). Der hvor respondenten snakket uavbrutt i lengere sekvenser, ga det mening å lage avsnitt i transkripsjonen der fortellingen naturlig tok en vending eller skiftet fokus. I

analysedelen har vi selv trukket ut deler av transkripsjonen, med henblikk på best å fremheve det vi anser som viktigst ved kvinnenens narrativer og med hensyn til oppgavens problemformulering. Dette er med bevissthet om at mening således kan forvrenges eller utelates, men det er gjort med hensyn til ovenstående overveielser om etikk og kvalitetssikring i kvalitative, narrative undersøkelser.

4.2.4. Narrativ analyse

Det finnes en rekke av analytiske metoder man kan trekke på når man ønsker å fortolke en persons narrativ, men vil uansett alltid handle om hvordan fortelleren kobler de forskjellige delene sammen til en troverdig og sammenhengende fortelling (Mishler, 1986, p.73). Dette følger den holistiske og hermeneutiske orienteringen man finner i narrativ teori og metode (Spector-Mersel, 2010, p.214; Mishler, 1986, p.73). For å være tro til den grunnleggende narrative metodologi, og uavhengig av hvilken konkret metode man velger, foreslår Spector-Mersel (2010, p.214) at man fører det hun kaller en *holistisk strategi*. Med det mener hun at man i sin analyse, uavhengig av konkret fremgangsmåte, er bevisst om de mange dimensjoner som er på spill og setter de opp mot hverandre, slik som graviditet og spiseforstyrrelser i denne undersøkelsen anses som to separate opplevelsesdimensjoner ved kvinnenens tilværelse. Å se på fortellingene som hele enheter og ikke dele den opp i mindre kategorier, argumenterer hun for at er den mest fundamentale distinksjonen mellom narrativ analyse og andre kvalitative analysemetoder (ibid.). Uten en slik strategi i bakhånd står man i fare for at det blir en tematisk analyse, og ikke en faktisk narrativ. Hertil fremhever hun videre betydningen av å ta hensyn til *både* form og innhold i narrativet, da dette antas å gi en dypere forståelse for historiene enn ved kun å fokusere på en av delene (ibid.). I tillegg påpeker hun viktigheten av å se narrativ, person og tematikk i kontekst. Historier er produsert og formidlet i kontekster og hensyntagen til hvordan konteksten har påvirket narrativet er derfor essensielt i analysen (ibid., p.214)

Flere teoretikere og praktikere presenterer fremgangsmåter til en narrativ analyse (fx. Crossley, 2011; Murray, 2007; Mishler, 1986), men ofte understrekes det at metodene skal ses som veiledende fremfor som egentlige prosedyrer (Murray, 2007, p.121). Dette, beskriver Michael Murray (ibid.), er fordi narrativ analyse er en aktiv prosess. Forskerne, dvs. oss, vil alltid bringe med seg egne antagelser og verdisett til analysen av narrativet (Murray, 2007, p.120f). Å analysere et narrativ er en tilegnelsesprosess, hvor man gjør materialet til sitt eget (ibid., p.121). Narrativ slik det blir presentert i denne rapporten, må

derfor ses både som et produkt av deltagerens formål med å fortelle, men også som et resultat av vår forståelse som forskere. Derfor er det et poeng ikke å følge en stringent analysemetode, men heller "[to] play with the account" (ibid.). Metoden eller fremgangsmåten vi dermed har tatt i bruk til analyse av disse tre særegne og vidt forskjellige narrative, belager seg på to fundamentale ting. For det første at vi ønsker å få innblikk i kvinnenens *selvoppfattelse og identitet*, slik de fremstiller det gjennom fortellingen om spiseforstyrrelser og graviditet. For det andre, og som en videreføring av det, har analysen bygget på det faktum at alle tre kvinnene deler noe vesentlig: en opplevelse av å ha eller ha hatt spiseforstyrrelser og av å ha vært gravide. Kan det være noen fellestrekk som er vesentlige å se etter? Og hva gjør dem forskjellige? Analysens hovedfokus og -elementer har blitt hentet fra Polkinghorns (1991) teorier om plottlegging, samt ved å inndra Dan McAdams (1993) teori og tilgang til narrativ forståelse. Analysen ble ytterligere bygget med utgangspunkt i Spector-Mersels (2010) holistiske strategi, samt har vi hentet inspirasjon fra Michael Murray (2007, pp. 120-123) som også presenterer en tilgang til analyse. Han trekker selv fra kilder som McAdams (1993) og Mishler (1986). Følgende analysemetode er derfor en konstruksjon utviklet av oss, men med sterke røtter til nevnte teoretikere.

4.2.4.1. Fremgangsmåte

I likhet med Murray (2007, p.120), har vi valgt å gå til analysen steg-for-steg.

Steg 1 bestod av en nøye gjennomgang av transkripsjonene for å tilegne oss materialet, få et overblikk over struktur, (billedlig språkbruk), karaktersetning og danne en grunnleggende forståelse av hva som kan være på spill.

Steg 2 ble så å uthente narrativens mindre fortellinger og utsagn fra transkripsjonene og utarbeide et oversiktlig og formålsrettet sammendrag av hver av deltagerens narrative. Hertil fulgte vi en narrativ struktur, hvor vi til vår beste evne forsøkte å sammensette og strukturere de forskjellige hendelser, slik at en kausal sammenheng kan skjernes og hvor det gir mening for oss og leseren. Dette er i tråd med definisjonen av et narrativ (Murray, 2007, p. 113). Sammendragene er således konstruert med henblikk på best vis å representere kvinnenens egne fortellinger, samt med øye for analysens formål. Her understrekes igjen hvilken innflytelse vi som forskere har i konstruksjonen og formidlingen av narrative (Sandelowski, 1991, p.161). Fortolkningen er preget av vårt spekter av verdier, bildebruk, stereotyper, tilbøyeligheter og

personlighetstrekk (Spector-Mersel, 2010, p.216f), hvilket er et vilkår for denne typen vitensgenerering.

Steg 3: Etter å ha laget sammendrag, gikk analysen ut på å identifisere og stadfeste narrativets struktur og generelle karakteristikker. I denne delen bygger analysen konkret på Polkinghorne (1991) og hans teori om plottlegging som narrativets sentrale tematikk, og på McAdams (1993) beretninger om narrativ tone. Disse tilgangene minner en del om hverandre, og blir også av Murray (2007, p.121) ansett som vesentlig i en analyseprosess. I Michael Murrays (2007, p.120) ord, kan en slik narrativ struktur eller plotlegging betegnes enten som progressiv eller regressiv, hvor førstnevnte refererer til at historien beveger seg mot et mål, mens det regressive gjør det motsatte. Et slikt plot legger en slags narrativ tone til fortellingen, hvilket i følge McAdams (1993, p.48) synes å være en av de mest gjennomtrengende fasettene ved en voksen persons narrativ. Tonen viser til fortellingens ”emosjonelle essens” (eng: emotional flavour), og kan ofte gjenkjennes som optimistisk eller pessimistisk, da tonen gjerne gjenspeiler til hvilken grad personen opplever håp og mulighet for suksess og handling (McAdams, 1993, p.47; Murray, 2007, p.122; Polkinghorne, 1996, p.300). Tonen oppfanges gjerne tidlig i en fortelling og kan identifiseres ut i fra både i historiens innhold samt i måten det blir formidlet på (McAdams, 1993, p.48). Gjennom en analyse av plot og tone vil narrativenes temporale elementer altså kunne ordnes til en meningsfull og sammenhengende helhet, og dermed bidra til en økt forståelse av hvordan kvinnene oppfatter seg selv. Hvert narrativ har derutover fått en beskrivende tittel, generert ut fra dets tone og plot, og henviser til narrativenes generelle tendens.

Steg 4 av analysen handler mer om narrativenes innhold enn dets struktur, hvor formålet er å identifisere sentrale *temaer* i kvinnenes betraktninger. Selv om struktur og plot kan henviser til en *overordnet* tematikk, blir det i denne delen analysert med henblikk på å dykke dypere og utforske hvorvidt tematikken *innholdsmessig* kan si noe om hvordan kvinnene ser seg selv. På den måten får man også sett tydeligere hvordan del og helhet henger sammen, og man får samtidig sett narrativene ut i fra en større kontekst. Temaene presentert i et narrativ ses i følge McAdams (1993, p.73) som en representasjon av fortellerens indre motiver, verdier, holdninger og idealer. Dette, sett på som noe indre psykologisk, skiller seg fra temaet som er et element ved en fortelling. Idealene og verdiene hentes fra samfunnets allerede konstituerte *ideologier*, eller sosiale narrativer, og disse fungerer i følge McAdams (1993, p.82) som rammeverket eller iscenesettingen av vår narrative selvoppfattelse. Siden personer med spiseforstyrrelse er karakterisert av

en overdrevet opptatthet av idealer og til større grad enn andre er tilbøyelig til sosial sammenligning, blir det særlig interessant å rette lupen mot akkurat hva slags verdier og idealer som gjør seg utslagsgivende hos deltagerne og se på hvordan det har innflytelse på deres atferd og syn på seg selv. For å identifisere tematikk vil vi se nærmere på narrative elementer slik som karaktersetting, språk, billedlig innhold, symbolikk eller metaforer.

Primært var planen å ta de narrative elementer for seg, og underbygge med empiri fra de tre forskjellige narrative, men det har i ettertid vist seg at det strukturelt sett gir mer mening å presentere hvert narrativ og hver forteller hver for seg. Dog vil det inngå i de forskjellige delene elementer av samme analytiske fremgangsmåte. Hensikten er å lette leservennligheten, samt antas det som relevant fordi de tre narrative innholdsmessig er såpass atskillelige, at det ikke vil fremstå som for repetitivt. Derfor vil følgende analyse følge en struktur inndelt etter hver forteller for seg, men med ovenstående analytiske steg inkludert. På grunn av narrativenes forskjellige form, struktur og innhold, vil det variere hvor mye vekt som tillegges hvert analyseelement.

5. Analyse

I følgende analyse vil ovennevnte elementer bli nærmere utforsket og vi vil her se på hva som synes å være på spill i de forskjellige narrative med hensyn til spiseforstyrrelser og graviditet. Til å starte med vil vi kort introdusere hvilke tematikker vi har identifisert som sentrale, slik det fremkommer av ”steg 4”, før de forskjellige hovednarrativer og deltagere blir presentert og analysert.

Temaet *kontroll* omhandler aspekter ved kvinnes kontrollplassering og kontrollbehov. Typisk vil kontrollbehovet hos en med spiseforstyrrelse overdimensjoneres i en sånn grad at det får utfall i rigiditet, stor ambivalens og/eller medføre voldsom skam hvis de strenge rammene ikke følges (Skårderud, 2013, p.21f). Den veldige opptattheten av kropp, mat, vekt og utseende blir et ”symbolsk uttrykk for tanker, følelser og relasjoner” (Skårderud, 2004, p.2366) og det kontrollerte matinntaket kan dermed fungere som en kompensasjon for manglende kontroll over det indre. En stor del av de tre narrative omhandler kvinnes ønske om å ha kontroll, det å gi slipp på kontrollen, eller at de føler seg kontrollert av andre. Det vil undersøkes kontrollaspekter relatert til både spiseforstyrrelse, graviditet og morskap, hvilket formodes å kunne gi et innblikk i tanker, følelser og relasjoner som kan bidra til en rikere beskrivelse av deres selvoppfattelse og identitet.

Temaet *ansikt utad* belyser aspekter ved kvinnenes selvoppfattelse som gjelder idealer om normalitet, om stigma og fordommer, samt hvor åpne de er om hvordan de har det. Generelt er de alle tre opptatt av hvordan de fremstår utad, men de varierer i sin tilskrivelse av normalitet og utviser forskjellig grad av åpenhet både overfor oss men også i sine beskrivelser fra livet forøvrig. Derutover vil deres betraktninger på stigma og fordommer belyses, hvilket de alle beskriver å ha støtt på. Denne delen av analysen vil dermed se nærmere på den enkelte kvinnens syn på omverden og menneskene rundt seg, samt betydningen av dette for måten de ser seg selv.

Herved følger nå stegene som beskrevet i den metodiske del omkring analysen, med utgangspunkt i hver av deltagerne, innledningsvis med en kort og deskriptiv oppsummering av hvem de tre kvinnene er.

5.1. Hvem er de tre historiefortellerne?

Våre tre historiefortellere har fått pseudonymene Signe, Andrea og Rikke. De er henholdsvis 27, 27 og 21 år og kommer alle fra mindre steder i Nord- eller Vestjylland. Kort fortalt er Signe gift og har to sønner på 9 og 1 år, sistnevnte med ektemannen. Hun er arbeidsløs og hjemmegående, lider fremdeles av spiseforstyrrelser og har siden hun var 12 år skiftet mellom anoreksi, bulimi og overspinningslidelse. Hun forteller også at hun har hatt depresjoner og angstlidelse, samt lider av borderline personlighetsforstyrrelse (BPD). Andrea er også 27 år, har en (snart) ett år gammel datter, er samboer med barnets far og har en lang videregående utdanning. Hun har en lang historie med alvorlig anoreksi bak seg, men har i følge seg selv vært frisk i omtrent fem år. Rikke er den yngste med sine 21 år, har en 2-3 måneder gammel datter. Hun er enslig, i gang med en videregående utdanning, men for øyeblikket i barsel. Hun har en lengre historie med selvrappoert bulimi, men erklærer seg selv som frisk både på undersøkelsestidspunktet og ca. tre år tilbake i tid. Varigheten for intervjuene kom på 90 minutter for Signe, 90 minutter for Andrea og ca. 60 minutter for Rikke, og transkripsjonene er vedlagt som hhv. Bilag 5, 6 og 7.

5.1.1. Sammendrag av Signes narrativ

Det narrative sammendraget til Signe har en relativt tydelig start, og hun gjør seg mange refleksjoner. Hun påpeker dog ikke alle hendelser like tydelig, hvorpå graviditetene glir litt over i hverandre, og det markeres ingen tydelig slutt. Med beste evne er delene fra

hennes fortelling forsøkt samlet til et sammendrag om hvordan *hun* fremstiller fortellingen om sine spiseforstyrrelser og graviditeter.

Da jeg startede med sådan at få det skidt, da var jeg vel 12 år. (...). Jeg kom i en klasse som jeg desværre ikke havde noget til fælles med nogen. Jeg [har] altid været fuldstændig boldspasser [og] havde nogle andre interesser (...) så jeg var jo bare weirdo. [Jeg] blev mobbet meget i skolen, [var] ked af det og havde den der modløshed, at der/jamen man kunne ikke rigtig se, hvad det hele det skulle gøre godt for og sådan noget. Og det var der, at min overspisning, det ligesom, det virkelig gik amok. Jeg havde taget voldsomt på af det også. [Jeg] har en meget kontrollerende forælder (...) som ligesom holdt styr på alt, og man kunne ikke få lov til at gøre noget uden hun lige holdt øje med. Og hun blev ved med at sidde og snakke om slankeure og slankeure og slankeure. Og så gik der hvad, halvandet års tid, så besluttede jeg mig for, at det der med, at nu gad jeg ikke spise. Og et eller andet sted var det både en måde for mig at få noget kontrol over noget jeg selv kunne få lov at bestemme, (...) og på den anden side jamen så var det jo også det der med, at mad var blevet farligt og man hele tiden havde fået at vide, at ”du skal tabe dig, du skal tabe dig, du skal tabe dig”. Og jeg havde udviklet de der små stemmer inden i hovedet der blev ved med at hakke en ned og fortælle en ”jamen du er for tyk, du for fed, du duer ikke til noget”.

Det tog min mor halvandet år før der hun indså at der faktisk var noget galt, [og] jeg gik [til sygehusets spiseforstyrrelsesafdeling] i et års tid derefter. Men jeg tabte mig mere og mere, og kom faktisk ned at veje de der 42 kilo. De ville gerne have mig indlagt mens jeg fik [nogle nye piller, men] der indså de så, at jeg var mere syg end de først troede. Og derfor så blev det faktisk til, at jeg var indlagt i et halvt år. Og det hjalp ikke en skid altså (nervøs latter), de stak nærmest bare en tragt i munden, også begyndte at fylde mad på en. *Allt* fokussen lå på maden, og ikke på hvordan man fik folk til at være gladere og få det bedre. Så besluttede min mor, at det er jeg ikke længere skulle have kontakt til sygehuset, men at til gengæld så havde hun fundet en terapeut, fra SPS⁷-foreningen. Og hun hjalp mig faktisk rigtig meget. Så det var jeg rigtig glad for og der gik jeg i rigtig, rigtig mange år. Indtil jeg blev 16. Hvor jeg blev gravid med mit første barn. Og jamen, jeg var rigtig glad for graviditeten, det var min mor knapt så meget (kort latter), hun valgte at smide mig ud hjemmefra den gang hun fandt ud at jeg ikke ville have en abort. det var faktisk først den gang at jeg ligesom var fire måneder henne at hun ligesom begyndte at

⁷ SPS: støtteforeningen for personer med Spiseforstyrrelser i Danmark

prøve og være beskyttende omkring det, (...) hendes forklaring på det det var hun havde lige noget temperament hun skulle have rast af, fordi hun synes det var *så* forkert at jeg skulle have et barn i den alder. Men det synes jeg ikke. Jeg havde ikke nogen drøm om en stor karriere eller sådan noget, mit største mål det var for mig at have en familie og blive mor. Inden i hovedet så fik jeg det bedre, faktisk, af at blive gravid, fordi jeg tænkte lige pludselig, jamen jeg har faktisk et lille barn jeg skal tage vare på nu og der ligger inden i mig der. Men stadigvæk så var det rigtig, rigtig svært for mig at skulle spise. Det kan godt være jeg kun spiste den der halve rugbrød, og man tænker det burde jeg jo godt kunne holde i mig, men alligevel så sad jeg og tænkte på ”nej, at jeg, åh jeg tager på” og også at babyen, den vokser jo inden i mig. Så [maden] den gik jeg provokeret ud og kastede op og så videre, men gav skylden på, at jeg havde kvalme. Og det misbrugte jeg nok lidt. Det var *kun* på grund af graviditeten, det var *slet* ikke (hånlige latter) på grund af spiseforstyrrelse.

[Spiseforstyrrelsen] spillede i hvert fald lige så stor en rolle som [den første] graviditeten den gjorde. Hvor at jeg nok mere prøvede at sloges med den under anden graviditet. Jeg havde mere psykisk overskud under første graviditet end jeg havde under nummer to. Fordi jeg havde rigtig, rigtig mange bekymringer under nummer to, specielt omkring med at føde for tidligt. Der under den første, der vejede jeg jo 50 kilo hele vejen igennem, hvor det er at jeg tog nogle kilo på den gang at jeg ventede nummer to. Som jeg bandede og svovlede over. Men det var bare rigtig, rigtig svært at holde fast i den der fornuftige stemme der sagde jamen, du er *nød* til det, det er vigtigt [at spise], det er for dit barn. [Og] jeg har hele tiden gået med den der frygt for at [børnene] skulle få min psyke, (...) det ikke er en særlig stærk psyke. Og det er nogle af tingene der muligvis kunne være arveligt og hvad kan være arveligt og alt sådan noget. Og har gået med en nervøsitet omkring det. Og (...) hvis nu jeg selv døjer med at spise, hvordan får jeg så lært mit barn at ”jamen det *okay* at spise”? At de skal spise.

Men mine børn har ikke været undervægtige, dem jeg er kommet ud med, de har bare været født for tidlig. [Vi] var seks uger [indlagt efter Frederiks fødsel] tror jeg det var. Så det var også lang tid (...) at være indlagt. Og det var også hårdt, fordi Andreas han måtte jo ikke være der, min ældste søn. Så der var nogle gange, hvor vi kunne lave en aftale med sygeplejersken om vi kunne få lov at komme hjem fra den ene dag til den anden, hvor Andreas han kunne komme hjem og være. Og det var også rigtig dejligt. Men det var så også hårdt at sige farvel en gang til og, han kom på besøg på sygehuset og græd hver gang han skulle hjem fordi han ville have mor. Så det gjorde jo (...) at jeg ikke havde det godt. Og følte mig dybt deprimeret. [Men] altid lige efter man er blevet forældre igen, så er man jo nærmest overvældet af den

her glæde over at være blevet mor og sådan noget, og i hvert fald den første én til to måneder (...) så er det nemmere at lægge den her spiseforstyrrelse på hylden, fordi man har så mange endorfiner i hovedet af at være blevet mor at det er bare dejligt, men det varer desværre ikke ved. Jeg tror måske også at det hænger sammen med at (...) så er der blevet hverdag og derved er det plads til at nogle af de gamle ting ligesom kommer tilbage igen.

Jeg har brugt rigtig meget af min egen historie for at prøve at få/at gøre det lettere for mine børn i hvert fald. Og det tror jeg også kan hjælpe på det også. Når Andreas har haft et eller andet han synes har været svært eller et eller andet, (...) jamen nogle af tingene kunne jeg jo godt genkende for mig selv. Hvordan jeg selv har reageret som barn og ligesom prøve at *møde* ham med det, i stedet for at lade det blive skubbet væk som pjat. Jeg har et håb om at få det bedre og sådan noget. Ønsker mig brændende at kunne leve et liv uden alle de der psykiske sygdomme. At det ville bare være rigtig godt. Men jeg har en eller anden realitet om, jamen jeg har ikke hørt om nogen der er blevet 100% kureret for hverken borderline, angst eller hvad hedder det, eller spiseforstyrrelse. Ehh. Jeg har et håb om at leve uden, men jeg tror også det er lang vej til at man finner ud af hvordan man kan slå det helt væk. Jeg ved jo også at mig og min kæreste vi har planer om på et eller andet tidspunkt om et par år så skal vi også have et tredje barn, og jeg tror det kommer til at blive den samme historie en gang til. Jeg ved så ikke om jeg føder for tidligt, men nu ved jeg/nu er det blandt andet fundet ud af at light produkter fremmer en for tidlig fødsel. Så det kunne være jeg skulle til at undgå det.

5.1.1.1. Resignasjonsnarrativet

Signes narrativ inneholder en kompleks historie med flere psykiske lidelser, to graviditeter preget av spiseforstyrrelser, premature fødsler og åpenhjertige betraktninger om et liv med mange og tunge utfordringer. Hun beskriver flerfoldige aspekter av ambivalens, og selv om hun tidvis ler og har en lett tone når hun snakker med oss, inneholder hennes fortelling en tung tematikk, som det attpåtil er svært få mennesker som kjenner til i hennes omgangskrets (Bilag 5, p.4, 166-167). Vi har valgt å kalle Signes fortelling for *resignasjonsnarrativet*, fordi både strukturen og den overordnede tonen i hennes beretning nettopp vitner om en ung kvinne som i møte med motstand og hindre oppgir seg og sine drømmer til fordel for sine sønner og spiseforstyrrelsens kontrollerende grep. Det vil i det følgende ses nærmere på de elementer og virkemidler som gjør at det nettopp er resignasjon og oppgivelse som fremtrer som narrativets plot.

Som vist i sammendraget, beskriver Signe godt hvordan spiseforstyrrelsene manifesterte seg allerede i 12-års alder, om innleggelse og behandlingsforsøk samt hvordan angsten for å spise fremdeles gjorde seg gjeldende under hennes første graviditet. Herfra tar fortellingen en mer dypsindig og reflekterende form, uten nødvendigvis konkrete eller tidsbestemte hendelser. Hennes fortelling om spiseforstyrrelsene var i intervjuet langt mer helhetlig og strukturert i sin oppbygning enn historiene om graviditet, hvorpå det ble nødvendig med flere oppklarende og utdypende spørsmål fra oss. Selv om Signes narrativ til dels er fragmentert og ikke alltid følger en kronologisk og sammenhengende struktur, får man likevel et godt bilde av hennes liv med spiseforstyrrelser, graviditet og morskap. Det gjennomgående temaet synes nemlig å være hennes tendens til oppgivelse, og dette fremtrer uavhengig av hvor godt hun sammenkjerder de forskjellige hendelsene hun forteller om.

For å underbygge dette argumentet, kan man se til tendensen i Signes måte å avslutte sine betraktninger på: de avrundes ofte med en negativ kommentar eller pessimistisk undertone. I sammendraget ovenfor vises det for eksempel at hun beskriver den første graviditeten som noe godt, *men* at det var vanskelig å takle matinntak og tanken om vektøkning. Videre beskrives det som positivt at hun gikk opp noen kilo under andre graviditet, *men* hun ”bandede og svovlede” over kiloene (Bilag 5, p.13, 638). Morskapet er likeledes gledefylt og fritt for spiseforstyrrelsessymptomer de første månedene, *men* det vedvarer ikke (ibid., p.19, 971-975). Når til og med fremtidshåpene hennes avsluttes med et *men* - en manglende tro på endring til det bedre (ibid., 998-993), blir det desto tydeligere at narrativet får en overordnet pessimistisk tone (Murray, 2007, p.122). I stedet for å kjempe imot psykiske lidelser, samfunnssystemene og de kontrollerende skikkelsene i sitt liv, lar Signe seg underminere av sin egen historie med gjentatte skuffelser og nederlag. Men hva er det som skaper denne negative holdningen? Det vil her undersøkes hvorvidt det kan være tryggere å forvente skuffelse og nederlag, enn å håpe på det beste.

McAdams (1992, p.47f) poengterer hvordan en pessimistisk narrativ tone kan reflektere en manglende tro på at ens ønsker og drømmer er oppnåelige, hvilket både kan spores tilbake til tidlige tilknytningsmønstre i barndommen, eller det kan oppstå som reaksjoner på større livshendelser eller utviklingsmessige endringer. Signe har opplevd mye vanskelig og møter gjentatte ganger motgang i sitt liv, i form av gjennomgående lite støtte fra sin familie, mobbing, utvikling av psykiske lidelser og attpåtil skades hennes sønn (Bilag 5, p.5, 173-174), hvorpå en pessimistisk holdning til livets muligheter gir god mening. Med historier av gjentatte nederlag og brutte håp for fremtiden vil verden kunne

bli et lunefullt og uforutsigbart sted, og ens tidligere erfaringer vil kunne skape en forventning til at fortellinger som regel har ulykkelige avslutninger (ibid.). McAdams (1992, p.47f) understreker her betydningen av de tidlige tilknytningsbånd, hvor usikker tilknytning ofte medfører manglende tillit at ting løser seg. Et slikt mønster kan også gjenspeiles i Signes narrativ, hvor især karakterene – kanskje spesielt moren – bidrar til inntrykket av at Signe har en gjennomgående holdning til omverden som usikker og upålitelig.

Signe beskriver i sitt narrativ ofte situasjoner på en måte hvor skyld eller ansvar for negative utfall tillegges andre, og hennes fortelling synes å inneha flere antagonistiske karakterer som kjemper i mot henne. En av de fremtredende karakterene i den forbindelse er hennes egen mor. Allerede innledningsvis i intervjuet introduseres hun som kontrollerende og overvåkende, hvilket Signe selv kobler mot oppstarten av sin spiseforstyrrelse og har minner om moren som på nedlatende vis ”blev ved med at sitte og snakke om slankekur og slankekur og slankekur” (Bilag 5, p.2, 22-26). Mye og overdreven foreldrekontroll i barndommen kan tenkelig ha bidratt til en ytre kontrollplassering hos Signe, noe som kan hemme utviklingen av autonomi og opplevelsen av å få betingelsesløs kjærlighet i følge Laura Berk (2009, p.570f). Gjennom beskrivelser av moren som den med bestemmelseskraften og mangel på forståelse og innsikt i hennes problematikk (Bilag 5, p.2, 50; p.7, 305-306; p.8, 370-375, p.11, 563-565), får man inntrykket av at Signe brukte kontrollen over mat som en kompensasjon for sin manglende indre kontrollplassering. Som vist i sammendraget opplevde hun heller ikke å få særlig støtte i valget om selv å bli mor som tenåring, hvilket igjen tenkelig bekrefter hennes opplevelse av at egne ønsker og beslutninger ikke er de riktige – et typisk trekk hos barn av foreldre med en klassisk autoritær oppdragelsesstil (Berk, 2009, p.570). Signes skuffelse over morens håndtering kommer tydelig frem i følgende sitat, hvorefter hun som ung forsøkte å fortelle sin mor at hun trodde hun var deprimert, ble møtt med nok en avvisning: ”det gjorde meg *meget* ked af og (...) jeg lidt tabte den der med at prøve at være fortrolig med min mor om hvis der var noget galt, fordi jamen, jeg fik det sådan lidt ’jamen hvorfor skal jeg sige det til min mor når hun ikke lytter alligevel?’” (ibid, p.8, 387-389). Her kan man skjelve en resignerende, likegyldig holdning hvor Signe utviser skuffelse og tydelig gir opp håpet om at moren vil være en støttespiller for henne. Det er akkurat denne holdningen Signe typisk fremviser når hun forteller om sine møter med motstand.

Ved omtrent samme tidspunkt i fortellingen fremtrer også spiseforstyrrelsen som en tydelig karakter i Signes narrativ. På samme vis som Skårderuds (2013, p.30) pasienter skiller mellom spiseforstyrrelsen som sin venn og fiende, ser også Signe sin spiseforstyrrelse fra to sider. Først betegner hun den som ”betryggende” (ibid, p.9, 403), ”I hvert fald til at starte med, altså. Det var ligesom noget, jeg følte mig bedre i kontrol med mig selv, om man vil” (ibid., 403-405). Dessverre fikk spiseforstyrrelsen fort overtaket, og hun forteller at den endret seg til en ”fiende” ettersom hun ikke lengre opplevde at kontrollen var plassert hos henne selv (ibid., p.9, 415-416). Med Skårderuds (2013, p.36) ord, blir spiseforstyrrelsen ”vennen som svek”. Og i stedet for å kjempe imot sin fiende, velger Signe ikke å ta opp kampen. Denne beslutningen avstedkommer blant annet fra en innsiktsfull samtale hun hadde med en tidligere terapeut:

[Terapeuten siger]: Det er meget sundere for dig at tænke ”jamen hvordan kan du leve med den her sygdom, sådan at det er til at bære? Og det at leve *med* den i stedet for at leve *imod* den?”, hvis man kan sige. Det måtte jeg jo give ham ret i, at, jamen hvis man på en eller anden måde kunne komme overens med den, om man så kan sige, ehh, så vil det jo et eller andet sted være nemmere ligesom at kunne lægge nogle planer eller have nogle forholdsregler for ”jamen hvad gør jeg hvis jeg kommer ud i den situation og sådan noget?”. Og det virker sådan nogenlunde, nogenlunde ikke, men det er hvert fald nemmere end, hvis jeg hele tiden tænker på det som den her fjende, der hele tiden skal være væk (Bilag 5, p.4, 140-147)

Sitatet gir et godt bilde på hvordan Signe har en tendens til å resignere heller enn å kjempe i sine møter med motstand, og man får opplevelsen av at hennes tro på at hun kan overkomme hindringer og problemer er liten. For henne synes det bedre å forberede seg mot, og unngå negative situasjoner, enn å legge ekstra innsats for å overkomme dem, hvilket Polkinghorne (1996, p.302) anser som typisk for regressive og pessimistiske narrative plot. Som sett i sammendraget har hun også et håp om å bli bedre, men hverken tror hun selv på det (Bilag 5, p.19, p.992-993) eller har videre forslag til hva hun selv kan gjøre for at det vil skje, annet enn at hun gjerne vil i arbeid gjennom kommunal ”skånet praktik” (ibid., 999-1002). Hermed ser vi tendenser til at Signes orientering til livets utfall i stor grad preges av ytre forhold – hun tilskriver ansvar og muligheter for måloppnåelse til andre menneskers handlinger, hvilket også er gjenkjennelig fra protagonister i offerpregede (eng: victimic) narrative plot (Polkinghorne, 1996, p.301f). Ved ikke selv å oppleve kontroll eller autonomi, blir heller ikke agensen til å etterstrebe endringer videre

forhøyet. Dette kan lyde som en svært negativ og selvforsterkende spiral, men ettersom vi også har sett at Signe uttrykker stor kjærlighet og omsorg til sine sønner, vil vi i analysens neste del se at hennes identitet nok ikke *kun* preges av resignasjon og oppgivelse.

5.1.1.2. Kontroll - Hvem har kontrollen?

Som utledet fra deler av ovenstående analyse, handler temaet om kontroll for Signe mest om hvem som har den, eller rettere sagt hvor den er plassert. Hvorvidt det er moren, spiseforstyrrelsene, helsevesenet eller Signe selv som har kontrollen over aspektene i hennes liv, varierer i hennes utsagn. Fellesnevneren her er, som tidligere poengtert, at Signe som regel opplever kontrollen som noe utenfor seg selv, dermed blir den en kraft hun heller ikke kan vite konsekvensene av. Når livet butter imot, blir dermed utveien hennes å legge ansvar og kontroll over på andre parter. Allikevel kan det skimtes en liten kampånd i henne når det gjelder hennes to sønner, og selv om Signes narrativ preges mer av resignasjon enn vi vil se at de to andre gjør, har hun dog ikke henfalt totalt til pessimismen enda. Dette vil her belyses.

Som vist, beskrives både Signes mor og spiseforstyrrelsen som to kontrollerende karakterer gjennomgående i hennes narrativ. I et forsøk på å fremme egen autonomi, tok hun dog kontrollen gjennom et så og si ikke-eksisterende matinntak (Bilag 5, p.2, 35-36), hvorpå hun opplevde ros fra det hun kaller ”stemmene i hodet” og at det ”kom sådan et skulderklap på, at jamen det var godt gået, og. I stedet for at hakke en ned hele tiden” (Bilag 5, p.9, 405-407). Et svært billedlig språk forenkler her nærmest situasjonen til en interaksjon mellom fiktive karakterer, men det Signe *faktisk* beskriver er jo nettopp motivet om å bruke sin egen kropp både som symbolsk og konkret middel for å fremme sin lave selvfølelse, skal vi tro Skårderud og kollegaer (2004, p.1940). I det følgende sitat beskriver hun dessuten hvordan hun opplevde at spiseforstyrrelsen endret seg fra å være denne rosende vennen, til å bli nok et ytre, kontrollerende aspekt i sitt liv:

Jeg ved ikke om man kan sammenligne det lidt med folk der tager stoffer, at det første stykke tid, der føler de at *de bruger* stofferne. Altså at de hjælper dem til at kunne klare ting og så videre, hvor at det er de lige pludselig tager overhånd og så er det *stofferne* der styrer dem. At det er, på samme måde har jeg følt det med min spiseforstyrrelse. Det der med at jamen til at starte med så følte jeg selv jeg godt kunne styre det. Hvilket jeg ikke kunne, men det. Men jeg følte det hjalp mig, til at

klare noen hverdagsforhindringer som jeg normalt ikke ville mene jeg kunne klare (Bilag 5, p.9, 421-427).

Metaforen om narkotiske stoffer er slående, og man får et godt bilde av Signes refleksjoner omkring kontrollplasseringen gjennom sitatet. Spiseforstyrrelsen har først opplevdes som en indrestyrt kontroll, men ettersom lidelsen tok tak endret den uttrykk og viste seg også for Signe som faktisk værende nok en ukontrollerbar situasjon. I bunn og grunn er det en manglende agens som beskrives, og linjene til resignasjonsnarrativet er tydelige. Ved til stadighet å minnes om den makten eller agensen andre har hatt mulighet til å påføre ens livssituasjon tidligere i livet, kan en offerpreget selvoppfattelse skapes (Polkinghorne, 1996, p.302), hvilket man kan gjenkjenne fra Signes tendens til ofte å referere til sin mors kontroll, men også til opplevelsen av å ha blitt kontrollert av både spiseforstyrrelsen og helsevesenet.

Kroppen til Signe blir på en måte gjort til kontrollmiddel for å skape endringer i selvet (Skårderud et al., 2004, p.1940), men hun føler seg tilsynelatende ikke mer forstått i kraft av sine ”tiltak”. Dette ses i det følgende, ved at det hjemme er kontrollen over maten som fikk fokus, fremfor følelsene den representerte: ”Så i stedet for at sette sig ned og snakke med mig ”jamen hvorfor er det jeg er ked af det, hvad er det der er galt”, så fokuserede de [familien] jo bare på, at jeg skulle have skovlet noget mad ind i hovedet” (Bilag 5, p.2, 52-54). Setningen gir et tydelig bilde av en frustrert jente som føler seg misforstått og ikke sett. Hennes manglende agens belyses dessuten også i sitatet, ettersom hun gjør seg selv til passiv mottaker av andres hjelp og tilskriver familien det fulle ansvar om å forstå. Lignende beskrivelser av tydelig skuffelse fremgår i hennes fortellinger om familie (Bilag 5, p.2; 50-52; p.8, 389-389), samt i møter med helsevesenet både under sykdom (Bilag 5, p.3, 61-64; p.5, 212-215; p.6, 239-241) og under graviditet (Bilag 5, p.4, 150-153; p.15, 753-756). Også her relaterer skuffelsen seg til den ytre kontrollplasseringen hennes, ettersom Signe legger sin lit til at omsorgen for henne må gis av andre.

Under graviditetene kan man dog skjelne en viss endring, ettersom hun selv skal til å vise omsorg for noen andre enn seg selv. Hun har dog ikke klart å skyve sine destruktive mønstre helt unna, til tross for iherdige forsøk. I det følgende beskrives en stor ambivalens omkring hennes holdning til å legge på seg under graviditeten, når hun grunnleggende ønsket å ha kontroll om kroppen, men samtidig ta ansvar for sitt kommende barn:

jeg prøvde virkelig med min fornuftige del af hjernen at sige, ”han skal have mad, han skal kunne vokse, han skal jo ikke fejle noget når han kommer ud og sådan noget, eller være underernæret fordi, at du ikke har kunnet passe ordentlig på ham”. Men det har bare været den her overvældende angst, om man vil, for at tage på, og for at blive fed og sådan noget (Bilag 5, p.13, 653-656)

Det er tydelig at graviditeten og gleden over å skulle bli mor har møtt en motstand ved hennes spiseforstyrrelse, da hun til tross for logikk og kjærlighet til sitt kommende barn ikke klarer å plassere sitt kroppsrelaterte kontrollbehov. Ved i tillegg å ”maskere spiseforstyrrelsen” (Bilag 5, p.4, 166) med svangerskapskvalme, har det også vært vanskelig for henne selv å ta kontrollen, samt å la andre å slippe til. De har ikke kunne gjennomskue hva hennes oppkast skyltes (Bilag 5, p.3, 98-105), og hennes skuffelse over ikke å bli hjulpet eller sett får dermed en negativ spiral, som gang på gang ender i skuffelse og håpløshet. Men i stedet for full resignasjon, beskriver Signe allikevel at hun har slåss mot spiseforstyrrelsen under graviditet nummer to (Bilag 5, p.13, 664-667), og når hun reflekterer rundt barna som selvstendige individer, kommer hennes omsorg og agens desto tydeligere frem. Hennes omsorg for barna, stiller dermed situasjonen i et noe annerledes lys, hvilket her vil gjennomgå.

Som vist i sammendraget, beskriver Signe bekymringer om at hennes sønner vil bli som henne (Bilag 5, p.17, 870-872), få problemer med mat (Bilag 5, p.17, 873-874), eller at andre skal tro de ikke får nok mat fordi *hun* lider av spiseforstyrrelser (Bilag 5, p.20, 1048-1050). Ut fra hvordan hun omtaler egen handlekraft, ser det ut til at det skjer noe med hennes agens ved refleksjonene omkring morsrollen: den plasseres langt mer hos henne selv enn i det ytre. Som sett i sammendraget, forsøker Signe å bruke sin egen historie for å forbedre negative utfall for sine barn, hvilket kan ses som et tegn på at en styrker sin agens – hun gjør det bare gjennom morsrollen. Som eksempel beskriver Signe hvordan hun, fra sine foreldre, opplevde en urettferdig fordeling av oppmerksomhet da den 10 år yngre lillesøsteren ble født, hvilket skapte sjalusi og sårhet, ettersom hun ”så lige pludselig fik (...) al opmærksomheden” (Bilag 5, p.17, 899-900; 18, 904-906). Denne erfaringen har hun bekymret seg mye over, og selv forsøkt å bruke konstruktivt med sine egne barn, slik at Andreas hverken får mindre oppmerksomhet eller for mye ansvar overfor sin lillebror (Bilag 5, p.18, 915-917; 931-932). Hun forteller hertil at hun ”har alltid brukt riktig mange kræfter på at ’dele sol og vind lige’, om man vil” (Bilag 5, p.18, 916-917). Utsagnene hennes vitner om en litt annen måte å se seg selv på enn det vi tidligere har bevitnet, da Signe her i mye høyere grad tar ansvar og kontroll for utfallene

av situasjoner. Det kan antas at hun i forbindelse med barnas velvære ser på seg selv som en mer aktiv og bidragsytende agent, hvorpå Polkinghorne (1996, p.302) viser til hvordan en økt opplevelse av agens kan forsterke handlekraften, som igjen kan styrke opplevelsen av at man er i agens. Dette følger dog ikke en lineær fremgang – en endring mot en mer aktiv og handlekraftig selvoppfattelse består av ”cycles of progression and retrogression toward agency” (Ibid., p.303). Morsrollen ser dermed ut til å kunne hjelpe Signe til en mer handlekraftig selvoppfattelse enn hun sannsynligvis opplever i andre aspekter av sitt liv, men det vil kreve tid og flere positive erfaringer, slik at opplevd mestring kan motivere til videre agens.

Overordnet vitner hennes narrativ om en ytre plassering av kontroll, samt svært liten opplevd handlekraft, men relatert til omsorgsrollen beskriver Signe en større motivasjon for å ta ansvar, og hun ser i høyere grad ut til å oppleve agens hertil. Det vil under neste tema undersøkes hvordan Signe lar andre menneskers oppfattelse av henne påvirke aspekter av identiteten.

5.1.1.3. Ansikt utad - Jeg er mor, derfor er jeg ansvarsfull?

For Signe synes ”ansikt utad”-tematikken primært å bestå av en oppfatning av å fremstå som ansvarsfull og da særlig i relasjon til sin rolle som mor. Som sett over betyr morskapet mye for Signes følelse av agens og kontroll, og det er også på grunn av barna at hun ønsker å fremme et positivt inntrykk av seg selv. I tilknytning til det vier hun en del oppmerksomhet til fordommene som råder om det å være spiseforstyrret og samtidig være gravid, hvori hun tillegger særlig betydning til en opplevd fordom om at spiseforstyrrede personer ikke er gode mødre (Bilag 5, p.20, 1048-1050). Denne fordommen er i tråd med forskning på gravide og spiseforstyrrede forøvrig (Easter et al., 2013, p.340) og Signe beskriver selv en opplevelse av fordommenes tilstedeværelse og innflytelse på opplevelsene av seg selv. Hun tilskriver dem hertil som en årsak til hvorfor hun ikke ønsker å dele sin diagnose med andre (se lengre sitat under), hvor hensikten er å vedlikeholde et bilde av seg selv som ansvarlig og kompetent som mor (Bilag 5, p.11, 560-562).

Dette igjen synes ytterligere å ha innvirkning på Signes syn på åpenhet. På den ene siden uttrykker hun viktigheten og verdien av å være åpen, og ser på det som et middel til å oppnå forståelse og omsorg fra andre (Bilag 5, p.7, 316-321). På den andre siden praktiserer hun det selv til liten grad, ettersom hverken mannen hennes (Bilag 5, p.9, 436-441; p.10, 457-462) eller hennes nære venner vet at hun fortsatt sliter med spisevansker

(Bilag 5, p.4f, 166-171). I stedet unnskylder hun sin avvikende atferd ved å si at ”nu vil jeg tabe mig, og jeg går på kur” (Bilag 5, p.10, 462), noe som ellers anses som normativt i vår kroppsfokuserte kultur, eller hun spiser akkurat nok for å opprettholde inntrykket av å være frisk og ansvarsfull overfor mannen (Bilag 5, p.9, 436-441). Rettferdiggjørelse av ens valg eller det å finne forklaringer på vanskelige opplevelser, blir som sett før brukt til å gi mening til noe man ellers ikke klarer å passe inn i ens optikk av hva livet skal bestå av (McAdams, 1993, p.50). Heri gjelder også de fortellingene vi sier til andre, i et håp om å fremstå som ansvarsfull eller fornuftig.

Ønsket om mer åpenhet kommer også til syne ved at Signe overveier å fortelle sin nye lege om spisevanskene, *fordi* legen virker til å være mer åpen og aksepterende enn de foregående (Bilag 5, p.14,724-726). Således synes åpenheten å være tett forbundet med et ønske om aksept fra personer rundt henne, og det er som sett i kontrollavsnittet også her ytre faktorer som påvirker hennes beslutning. Aksepten fra de nære relasjonene henger dessuten også sammen med hennes hensikt med å fremstå som ansvarsfull. I følgende utdrag beskrives en hendelse ved hennes første fødsel som understreker ovenstående påstander:

IE: Vidste de [jordmødrene], at du hadde en spiseforstyrrelse på det her tidspunkt [ved første fødsel]?

S: Nope!

IE: Du var ikke åben om det?

S: Nej, det var jeg ikke. Og hvad hedder det-

IE: Kan du huske hvorfor?

S: Fordi jeg gerne ville have dem til at/ nu var jeg ung mor og skulle føde den gang jeg var 17 år, og min mor hun syntes jeg var uansvarlig nok i forvejen. For at vælge at få barn som 17-årig. Så kunne det være at det bare ville være en, jeg ved ikke om man kalde det plaster på såret eller et eller andet, også sige ”jamen *nu* har jeg ikke spiseforstyrrelser mere”. For at virke mere ansvarsfuld, om man vil. Fordi i min mors øjne, der har det altid været fordi man ikke var ansvarsfuld eller ikke havde styr på sig selv at man så havde spiseforstyrrelse. Igen fordi at hun ikke altid har været så forstående omkring det. Så hvad hedder det. Jeg prøvede ligesom at holde den del skjult og skød skylden på kvalme og opkast gennem hele graviditeten. (Sarkastisk tone) Det var *kun* på grund af graviditeten, det var *slet* ikke (hånlig latter) på grund af spiseforstyrrelse (Bilag 5, p.11f, 549-567).

Sitatet belyser Signes forsøk på å unngå negative utfall av sin situasjon, ved å fremstå som ansvarsfull ung mor. Som tidligere sett har hun ikke opplevd særlig med støtte fra sin mor, og dette beskriver hun som medvirkende til hvorfor hun etter graviditeten av sin første sønn har vært mer tilbakeholden med hvordan hun egentlig har det. Den sarkastiske eller hånlige tonen sier oss at dette sannsynligvis er hvordan hun fremdeles møter slike dilemma, og vitner om at behovet for å *fremstå* som ansvarsfull fortsatt er viktig for henne. Humor på denne måten kan ses som et forsvar, men også en måte å rettferdiggjøre valget om å skjule spiseforstyrrelsen under graviditeten. Ambivalensen hennes i hvorvidt hun skulle ”lytte” til spiseforstyrrelsens krav eller faktisk å ta det ansvaret hun så gjerne ønsker å *vise* at hun tar, synes stor.

På grunn av fordommer, velger altså Signe å holde tilbake om sin spiseforstyrrelse og fokuset på å fremstå ansvarsfull fremstilles mer som noe hun vil *virke som* enn faktisk et mål om å *være*. Hun innrømmer selv at hun er tilbøyelig til å skjule informasjon eller fortelle halve sannheter så ingen skal tro noe vondt om henne og hennes kapasitet til å være mor (se ovenstående sitat). Dette overensstemmer godt med inntrykket av Signe som resignert og oppgivende, men også med at hun gjerne vil være en god mor – ambivalensen er bare for tung å kjempe imot, som det fremgår i kontrollavsnittet.

5.1.1.4. Oppsummering – Signes

Signes narrativ og ovenstående analyse belyser hvordan livet for noen kan by på såpass mye motstand at overgivelse blir utveien. Hennes ytre kontrollplassering ser ut til å bidra til den resignasjon og pessimisme man fornemmer i hennes narrativ, og gir en dyster undertone til historien hun forteller. Tatt i betraktning at hun gjennom sitt liv har møtt på mye motgang og skuffelse, samt at hun kanskje ikke hatt de beste forutsetningene for å takle slikt, blir resignasjonen nærmest en adaptiv måte å håndtere livet på. Narrativets struktur preges av et gjennomgående *men*, enten det gjelder positive eller negative betraktninger på livet. Hertil kan Signes narrativ tyde på en oppfattelse av at livets oppturer som regel har en bakside, og at det derfor ikke er grunn til å kjempe noe særlig for det man vil ha, hvilket formodentlig også har en påvirkning på måten hun ser seg selv og sine muligheter. Dog er det viktig å påpeke tendensen til at man kan se noe mer av hennes ambisjoner og agens når det kommer til omsorgen for hennes to sønner, og det kan spekuleres i hvorvidt Signes selvoppfattelse med tiden kan få et større preg av mestring dersom hun faktisk opplever morsrollen videre som givende og noe hun håndterer.

5.1.2. Sammendrag av Andreas narrativ

Andreas selvoppfattelse fremstår i tydelig kontrast til Signes, på flere måter. Hennes narrativ byr i likhet med Signes på en rekke tøffe og vanskelige situasjoner, men måten å takle utfordringene på er en helt annen. Hun fremstår heller som en kvinne som gang på gang seirer, uansett motstand. Hennes narrativ og nedenstående analyse vil her ved undersøke denne påstand, og analysen oppbygges som tidligere nevnt på lik måte som analysen av Signe.

Intervjuet med Andrea var nok det som tydeligst tok form av en typisk narrativ oppbygning, hvor det konkret kan skjelnes en start, midtdel og slutt, faktisk var det opptil flere start- og sluttpunkter. Hun forteller ganske fritt og uavbrutt i hele første del av intervjuet, mens utdypende spørsmål deretter besvares. Følgende sammendrag har derfor krevd en fragmentering og forkortelse av narrativets første del med påfølgende bidrag fra hennes videre refleksjoner, dog med forsøk på ikke å miste Andreas narrative formidlingsevne. Som det vil fremtre i det følgende, vil tiden med anoreksi få en tydelig slutt før historien om graviditeten introduseres.

Hvis man skal helt, helt, helt tilbake til starten, så var det nok en opstart, allerede tilbake i 2004. Hvor jeg var sådan rimelig stor pige på 114 kilo og jeg var 14 år gammel. Jeg blev mobbet rigtig meget den gang. Så jeg gik på slankekur i tiende klasse, der nåede jeg fra 114 kilo ned til 72. Og så stod det egentlig stille i en periode hvor jeg ikke rigtig tænkte mere over det, men så (...) ville [jeg] gerne til at gå i byen, og ville gerne til at have lidt opmærksom fra hankønnet, men jeg kunne godt se at de var mest interesserede i de der virkelig, virkelig, virkelig, *virkelig* tynde piger. Så gik jeg på slankekur da vi gik på sommerferie i 1.g, men jeg kunne så ikke rigtig *helt* styre det. Det resulterede i, at jeg i august '08, blev indlagt på [det store] sygehus, med at være tæt på at få et hjertestop af (...) slankepiller. Jeg fik diagnosen anoreksi, og depression, så jeg røg jo selvfølgelig på lykkepiller. Og eftersom det ikke rigtig havde nogen indvirkning, så fortsatte jeg, sådan med at tabe mig [og] jeg kom ned på 52 kilo, og så gik der en periode hvor jeg var ved lægen 1-2 gange om ugen og [blev] henvist til en psykolog i storbyen. Og [lægen] sagde, at bliver jeg ikke indlagt snart og fik noget hjælp, så vil jeg snart dø. Så jeg valgte at sygemelde mig fra gymnasiet, og så sagde jeg, at jeg gerne vil indlægges frivilligt, [så] jeg havde noget jeg skulle have sagt når det kom til min behandlingsplan. Jeg vejede 43 kilo og var virkelig, virkelig tynd og afkræftet. Det hele fokuset, det lå bare på, at jeg skulle tage på. Pyt med, at jeg psykisk nærmest var ved at bryde grædende sammen

konstant, jeg skulle bare tage på. Så sat jeg bare der i tre måneder og spiste seks gange om dagen, afmålte det hele [mad og drikke] og blev overvåget efter måltider. Jeg tog ni kilo på, på tre måneder, fordi jeg fik at vide, at fulgte jeg min behandlingsplan, og tog jeg nok på, så ville de la [psykologen] komme op og snakke med mig. Sjovt nok kom hun aldrig, og jeg fik aldrig rigtig behandlet mine tanker. Jeg blev så udskrevet den 27. maj. Og blev overvåget af lægen og af mine forældre det næste år, og da der så ikke rigtig var nogle forandring i min vægt, så blev jeg ligesom afsluttet.

Og så skete der faktisk ikke noget i to år og jeg havde det faktisk fint, jeg havde det godt. Indtil, at jeg, i 2012, på grund af, ja, den samme kæreste, som jeg så havde haft første gang jeg var blevet syg. Han begyndte ligesom at interessere sig for andre piger og det tog meget hårdt på mig på det tidspunkt, også hoppede [jeg] tilbage til det jeg kendte, det destruktive mønster jeg ligesom havde tyet til før, og det resulterede jo i, jeg røg jo ned til de 50 kilo og blev konstateret deprimeret igen. Og det blev bare værre og værre mellem min kæreste og jeg, også gik jeg fra ham i januar 2013. Der var jeg 22. Men det resulterede i, at jeg, efter en hård kamp, fik styr på det hele igen, og kom op på 55 kilo, og bare egentlig begyndte at nyde mit liv [og] fik ligesom styr på” hvem var Andrea egentlig?”, fordi nu havde jeg jo brugt de sidste fire år med en fyr som egentlig på sin vis havde fastholdt mig i, at være den der kvinde i nød, kvinde der skal reddes. Og jeg begyndte jo her ude på uni, fik min bachelor og så jeg stødte jeg så ind i Allan, som jeg så blev kæreste med i 2014. Så gik det jo lidt som det altid gør med kærester; stille og rolig og sådan noget.

Jeg havde fortalt [Allan] fra start af, at chancen for, jeg kunne få børn den var cirka lig nul. Først og fremmest havde jeg en doven æggestok, allerede før jeg blev syg, så der var jo ligesom kun én rigtig tilbage at tage af, og den havde lidt rimelig stor overlast imens jeg havde været syg. Da jeg var 18 slog det dæleme hårdt, fordi en kvindes rolle i livet, det er at få børn. Bum, det er det vi er lavet til. Og så, jamen, jeg fortsætter jo stadigvæk på p-piller, så selvfølgelig kom der ingen børn, men så i 2015, så blev min sidste bedsteforælder syg (...), og hun døde så dagen efter hun havde set min svigerinde gravid. Nu var min familie altså nede til kun at være min mor, far og min storebror og min svigerinde, og så min fremtidige niece på det tidspunkt. Og hans [Allans] familie var dejlig stor. Hvor jeg kom hjem til Allan, og så sagde jeg, om vi ikke skulle prøve at lave en baby, det skader jo ikke at prøve. Altså, sker det, så sker det, sker det ikke, jamen altså, så har vi bare haft en masse sex.

Så jeg stoppede på p-piller i slutningen af juni, 2015. Også skete der faktisk *absolut* ingenting i en periode, så i slutningen af august, så får jeg rent faktisk

menstruation! Og så blev jeg så kandidat og 25 samtidig med, og eftersom der ikke rigtig sker noget med alle de graviditetstest jeg når at tisse på i løbet af august og september og oktober, så tænker jeg, ved du hvad, så kan vi sgu lige så godt drikke en masse alkohol. Det var lidt lige som om, jeg prøvede at drukne de der sorger med, at der bare ingenting skete. [Vi] blev meget, meget fulde og så, søndag har man jo selvfølgelig altid de obligatoriske tømmermænd, men det føltes også som om jeg havde dem om mandagen! Jeg havde kvalme og jeg havde det skidt. Men så havde jeg også ondt om tirsdagen. Og jeg var sådan lidt, *neeeej*. Okay for sjov, jeg havde en graviditetstest der hjemme, den valgte jeg så at tisse på. Der gik fem sekunder, så blev den test bare bragende positiv. Jeg tænkte, det når sgu garanteret at forsvinde, så jeg ville ikke sætte mine forhåbninger alt for højt oppe. Så jeg fik faktisk først bekræftet, at jeg var gravid den 3. december.

Og, jamen, altså så kom jeg til det alle andre gravide kommer til, rutinescanninger og samtaler ved jordmoderen. Hun lod sig ikke påvirke af det [historikken med spiseforstyrrelser] overhovedet, fordi hun synes, jeg virkede sund og rask. Min læge, han tog det også meget stille og rolig. De eneste der nærmest sådan jagtede mig som en hund, det var [det store] sygehus. Fordi jeg blev lige pludselig indkaldt til kontrolscanninger fordi, at de ville være sikre på, at barnet voksede som det skulle. De var imponerede over, at jeg/ hvad var jeg der, fire-fem måneder hen i februar, fire måneder /havde taget 10 kilo på og de siger så, at barnet ligger 15 % under gennemsnitsvægten for en baby i det her stadie. Hvor jeg var sådan lidt, jamen, jeg har jo taget 10 kilo på. Har ikke babyen haft masser at tage af, eller hvad? Så var jeg sådan lidt, jamen jeg gør jo, altså alt, det gravide mennesker de gør. Jeg spiste når jeg var sulten og jeg sørgede for at spise varieret, altså ikke bare æde fastfood og slik og sådan noget hele tiden. Jeg havde styr på [spiseforstyrrelsen], jeg vidste hvor jeg havde den hen. Så jeg sørgede bare for, at de positive tanker om, at jeg havde en baby i maven og alt sådan noget, de var forrest i mit hoved. For det var jo min lille mirakelbaby jeg gik rundt med.

Så jeg fik så endnu en tid til en kontrolscanning. Den anden juni, og den kom jeg så aldrig til. Fordi jeg fødte min datter den 29.maj. Der var *intet* i vejen med hende. Jeg fik en meget, meget, meget, *meget* stærk efterfødselsreaktion. Jeg havde bare meget svært for at forholde mig til, jeg havde født den dag. Og jeg bebrejdede mig selv fordi hun var så lille, for jeg tænkte jeg måtte have gjort et eller andet galt. Så, altså, jeg brugte to måneder på at bebrejde mig selv indtil jeg havde det sådan, ”nej, ved du hvad, altså jeg kunne ikke have gjort det anderledes og min datter, hun har det godt. Hun har ingen varige mén, der er ingen skader på hende, der er absolut ingenting”. Så den der spiseforstyrrelse kan egentlig bare kysse mig i røven, fordi

jeg har stadigvæk fået en datter, selvom alle sagde jeg ikke kunne få børn, ikke? Og i dag, der er hun 10 måneder gammel og jeg skal snart til at sende fødselsdagsinvitationer ud til en ettårs-fødselsdag. Det er jo helt surrealistisk. Det havde jeg jo ikke forventet den gang, det hele det ligesom var på sit højeste. nu skal jeg bare have overstået min barsel, så tilbage og finde det perfekte drømmejob, så har jeg ligesom alt det jeg gerne vil have. Også må vi så se om mit lillebitte spirende håb om at kunne få en til, det måske kunne gå i opfyldelse. hun har ligesom sat sådan et lille håb i gang om, at det kan måske lykkes rent faktisk at få den der kernefamilie med en 2-3 unger og hund og ude på landet og alt sådan noget der. Så. Har I nogle spørgsmål?

5.1.2.1. Seiersnarrativet

I kontrast til Signe, hvor oppgivelse og selvoppofrelse tydelig preger det meste av narrativets fremtoning, er plottet i Andreas narrativ et om overvinnelse av motstand og en seier mot alle odds. Selv om mye av det hun beskriver er alvorlig og mange av refleksjonene hennes veier tungt, oppleves narrativet som overveiende optimistisk. Dette er fordi hun, på tross av mye motstand, ser ut til å vedlikeholde en tanke om at livet alltid kan bli bedre, hvilket av McAdams (1993, pp.47-48) karakteriseres som et optimistisk narrativ. Hun har en bakgrunn med en alkoholisert far og en kontrollerende mor og hun har blitt mobbet på grunn av overvekt, hvilket er noen av faktorene hun identifiserer som mulige årsaker for utløsningen av spiseforstyrrelsen i 14-års alderen (Bilag 6, p.6, 241-246). Til tross for det, og til tross for kjærlighetsbrudd (Bilag 6, 423, p.9), to innleggelse på sykehus (Bilag 6, p.2, 45-46 & p.4, 128-138), tap av venner (Bilag 6, p.8, 243) og familiemedlemmer (Bilag 6, p.11, 512) og en nedslående beskjed om minimale sjanser for å få barn (Bilag 6, p.10, 466-467), har hun kjempet seg gjennom både depresjon og spiseforstyrrelser, tatt en lang videregående utdanning og har nå kjæreste, hus og hund, og ikke minst oppnådd det umulige: å få barn – hennes mirakelbaby, som hun selv kaller datteren, Stine (Bilag 6, p.15, 752-753). Det er disse holdepunktene vi biter oss merke ved når vi leser Andreas narrativ, og som vi gjorde tilstede til intervjuet. Forskjellige aspekter bidrar til vår opplevelse av at dette kan kalles et progressivt seiersnarrativ, og det vil her vises hvorfor.

Som sett i sammendraget, vektlegger Andrea sin handlekraft allerede tidlig i sykdomsforløpet, i forbindelse med innleggelsen på psykiatrisk avdeling. Hun velger å legges inn inn frivillig, slik at hun har rett til medbestemmelse i sin behandling (Bilag 6, 133, p.4). Dette, til tross for at hun ”vejede 43 kilo og var virkelig, virkelig tynd og

afkræftet” (Bilag 6, p.6, 274-275), viser til en generelt bestemt, handlekraftig og ikke minst optimistisk holdning. Det finnes flere slike eksempler fra Andreas fortelling, hvor hun tar grep i møte med motstand, enten ved å stadfeste sin egen agens eller ved å beskrive at det er verdt et forsøk. For eksempel ses dette ved hennes forslag til Allan om å prøve å få barn, til tross for de foreskrevne minimale sjanser: ”sker det, så sker det, sker det ikke, jamen altså, så har vi bare haft en masse sex” (Bilag 6, p.11, 520-521). Den positive innstillingen gir nærmest et inntrykk av at det egentlig ikke vil bety noe om de ikke lykkes. Realiteten synes dog å være en annen, når hun senere beskriver at fest og alkohol ble en måte ”at drukne de der sorger med, at der bare ingenting skete” (Bilag 6, p.11, 548-549), med referanse til de mange negative graviditetstester. Når livet slik som her skildres som en rekke utfordringer, men hvor det ses som en mulighet for utvikling i stedet, anses et narrativ å være progressivt og optimistisk (Murray, 2007, p.126).

Måltetthet og forpliktelse til et prosjekt er også et karaktertrekk ved en optimistisk fortelling (Polkinghorne, 1996, p.301), og kommer ytterligere til uttrykk gjennom fortellingens struktur. Her kan oppbygningen ses på forskjellige måter. Den kan ses i ett som en helhetlig historie omhandlende ”livets store prøvelser” eller eventuelt som ”graviditeten – kampen mot spiseforstyrrelsen”, hvor fortellingen starter med utbruddet av anoreksi og ender med fødselen av ”mirakelbabyen” og håp for fremtiden. Man kan dog også se den som bestående av to separate narrativer, hver med en egen start og slutt, men som begge fører samme vei, mot målet om å være frisk og normal. Derved underbygges den optimistiske tonen underveis, ettersom det medbringes flere suksessfulle avslutninger hvor motstandene overkommes. Først utfoldes ”historien om spiseforstyrrelsen” som en kamp mot fortellingens største antagonist; det ”store monster”, som Andrea kaller sin anoreksi (Bilag 6, 1178, p.22). Dette blir en kamp om kontroll, både over egen kropp og identitet, men med sterk vilje og dedikasjon seirer hun til slutt, hvorpå spiseforstyrrelsen, i følge Andrea, er godt plassert bak lås og slå ”dybt inde i en fangekælder” (ibid., 1777, p.22). Ved dennes avslutning starter kampen om graviditeten, en fortelling preget av både prøvelser og mindre seire, og som i likhet med den første også ender godt etter hennes fremstilling.

Det finnes også mindre elementer i løpet av historien(e)s gang som bidrar til den optimistiske tonen. Andrea strukturerer sitt narrativ slik at motstandskreftene blir særlig fremhevet i tråd med de mange små og store seierne som følger. Noen ganger har hun selv overkommet motstand med kamp, andre ganger har det vært på grunn av hell, hvilket hun for eksempel tilskriver det faktum at hun overhodet ble gravid. Som sett i

sammendraget, fortelles veien mot graviditet som preget av flere forsøk, prøvelser, og emosjoner. Med suspens skaper Andrea spenning omkring dagen hun ble gravid, hvor selve dagen beskrives i detalj og fremstilles som en gledens dag. Allikevel forteller hun også at hun stilte seg tvilende og avventende til graviditetstesten, da det jo var for godt til å være sant at hun skulle være gravid. Med dette skaper hun en fortelling av utallige prøvelser, preget av tunge og bekymrede tanker, etterfulgt av spenningsmoment og rike detaljer, hvilket til sist kulminerer i opptur og seier, glede og optimisme. Slike strukturelle elementer bidrar til en optimistisk tone, ettersom hun gang på gang gjentar slike sekvenser som alle ender i positivitet. Dog skal det også sies at man også kan skimte et snev av rigiditet i hennes tankemønstre, ettersom en hver god nyhet skal etterprøves med et implisitt *men*. Dette vil dog ses nærmere på i avsnittet om kontroll, som følger om litt.

Det faktum at Andrea selv utarbeider og formidler sitt narrativ på en sammenhengende og meningsfull måte, kan bety at hun har gjennomarbeidet sekvensene godt, og opplever at hun har overkommet og beseiret sine to store motstandere i livet; spiseforstyrrelsen og den minimale sjansen for å få barn. I følge Skårderud (2013, p.12; p.252) er det å være ”frisk” et relativt begrep, da det er forskjell på å være symptomfri og å ha symptomene under kontroll (ibid., p.252). Muligens har spiseforstyrrelsens kontrollaspekt hos Andrea rett og slett fått et nytt uttrykk, ved at hun fremstår som sterk og seirende, hvilket overskygger det usikre og sårbare (Skårderud, 2004, p.2366). Dette vil utforskers videre i neste avsnitt. På den annen side kan også det godt strukturerte og optimistiske narrativet hennes ses som et uttrykk for at hun faktisk har funnet en bedre balanse i kontrollen over spiseforstyrrelsens symptomer, ettersom hun ikke lenger synes å være like preget av forvirrede tanker og følelser som hun var før. Sidestilt med Signes narrativ, kan den positive tonen indikere at Andrea opplever livets mange utfordringer mer som muligheter til videre utvikling, enn det motsatte.

5.1.2.2. Kontroll – Et ønske om forutsigbarhet

Kontrastene vi har sett i Signes resignasjon og Andreas seier, skinner også over på behovet for kontroll. Andrea beskriver ikke temaet kontroll som et spørsmål om *hvem* som har kontrollen, det er heller et spørsmål om hvor *stor grad* av kontroll hun har hatt og ønsker å ha. Nettopp i hennes fokus på seier og agens ligger det sannsynligvis også en indre kontrollplassering – hun fremstiller sin historie som at det er henne selv som overkommer enhver hindring. Vanskelighetene på veien blir dermed bare som ekstra utfordringer på en vei mot suksess, hvilket står i tydelig kontrast til Signes oppgivende

og noe hjelpeløse holdning til de vanskelige situasjonene hun støter på. Som forklaring hertil beskriver hun stahet (dansk: stædig) som et gjennomgående karaktertrekk hos seg selv, hvilket hun mener har bidratt til flere av hennes valg, både når det gjelder helbred og utseende. Idet følgende sitat beskriver hun nettopp dette:

Fordi jeg var, hvis man kan sige det på den måte, stædig nok til at blive tyk, stædig nok til at blive tynd, så kunne jeg også godt kæmpe mig tilbage til at være normal. (...) Jeg skal først komme til det punkt, hvor jeg sætter mig for, jeg gerne vil have det godt igen, så begynder jeg at lave sådan form for selvterapi, hvor jeg tænker over, hvad der har været skidt, hvad kan jeg gøre for, at jeg ikke får det sådan igen, hvad er der for nogle løsninger og redskaber kan jeg bruge, i stedet for at gå tilbage til det jeg kender, så som mit rimelig destruktive mønster med spiseforstyrrelser (Bilag 6, p.19, 995-1005).

Her tydeliggjøres både hennes tro på egne evner og mestring hvis hun først setter seg noe fore, men også en erkjennelse av hun selv har bidratt til de negative utfallene så langt, ved nettopp denne staheten. Disse løsningene hun nevner, beskrives videre med både at hun så seg nødt til å avslutte vennskap som ikke var givende og støttende lenger, at hun fikk fortelle åpent og fritt til sin lyttende og forstående bror, samt at hun selv arbeidet for å finne en balansegang mellom negativitet og positivitet (Bilag 6, p. 19, 1004-1019). Ut fra Polkinghorns (1996, p.301) beskrivelser av plot preget av agens, er det også typisk at protagonisten er formålsrettet og har en vedvarende eller sta holdning til målsetninger, hvorpå de også gjerne er dyktige problemløsere. I likhet med dette, innser Andrea at spiseforstyrrelsen har en effekt som er destruktiv, og beskriver det som at det nå er opp til henne selv å holde den på avstand. Her ser vi en implisitt form for opplevd kontrollbehov – for dersom den ikke holdes borte, vil den jo potensielt sett kunne ta overhånd igjen. Faktisk uttrykker hun dette mer eksplisitt også, ved en svært billedlig beskrivelse av et uregjerlig monster som ikke får lov til å komme ut av fangekjelleren dypt inne i henne (Bilag 6, p.22, 1164-1165; 1176-1178).

I forlengelse av stahet og kontroll gjennom dette karaktertrekket, kan man trekke linjer til rigiditet. Særlig diagnosen anoreksi karakteriseres nettopp med rigide trekk, kontrollen kan ligne tvang, og de overtydelige grensene stenger alt og alle ute (Skårderud, 2013, p.42). Avhold blir enklere enn måtehold, og dermed blir også atferden til mennesker med anoreksi gjerne forutsigbar (ibid.). Nettopp ønsket om forutsigbarhet er det man typisk kan skimte i Andreas kontrollbehov. For selv om hun virker

tilpasningsdyktig ved ofte å vende negative situasjoner til noe positivt, synes hun fremdeles preget av rigiditet når noe uventet skjer. Som eksempel hertil forteller hun om sin egen reaksjon da jordmoren fortalte at hun gjennom graviditeten ville kunne forvente å gå opp nærmere 30 kilo fordi hun var spinkel: ”Der må jeg indrømme, der kunne jeg godt lige høre i baghovedet der min anoreksi, nærmest bare skreg af lungernes fulde kraft, at ’fuck nej! 30 kilo, n-nn, niks, nej’” (Bilag 6, p.14, 703-305). Hennes forventninger til hva det vil si å gå opp under en graviditet sammenfaller ikke med beskjeden hun får høre, og vi ser her at informasjonen trigger det tidligere nevnte ”monsteret” - spiseforstyrrelsen, som hun egentlig forsøker å holde kontroll på. Rigiditeten får i det ovenstående utspill i en kroppslig kontekst, men vi kan også se et rigid tankemønster i hennes beskrivelse av reaksjonen over å ha født:

Jeg fik en meget, meget, meget, *meget* stærk efterfødselsreaktion. Fordi jeg havde jo ligesom alle andre kvinder gør når de er førstegangsfødende, sat mig til, at hun kommer 18.juni. Det har jeg fået at vide, det gør hun da, selvfølgelig gør hun det! At hun så kom 29. maj, det var jeg slet ikke forberedt på. Jeg var heller ikke forberedt på min fødsel fra ankomst til sygehuset til hun var ude ville tage 3,5 time. (...) Det var lige som om min hjerne kunne simpelthen slet ikke følge med i alt det der. (...) Jeg forventet at få sådan en lille basser op på maven, altså jeg fik noget mindre end en babyborn op at ligge på min mave. (...) Og jeg bebrejdede mig selv fordi hun var så lille, for jeg tænkte jeg måtte have gjort et eller andet galt, siden hun er så lille. Jeg må have gjort et eller andet! (Bilag 6, p.17, 855-859; 866-867; 889-891; 897-898)

Utdrag som dette viser både til Andreas store ønske om forutsigbarhet og indre plassering av kontroll. Med i betraktningen hører det også til at hun faktisk har vært svært klar over at fosteret lå under vektgjennomsnittet (Bilag 6, p.14, 718-722; p.16, 801-803) og at termindatoen var noe usikker (Bilag 6, p.13, 667-670). Dette bidrar til inntrykket av at Andreas ønske om å kunne planlegge og forutse ting er viktig for henne, samt at det krever en omstilling hos henne for å kunne godta endringene som de blir.

Videre presiseres Andreas rigiditet og ønske om autonomi ekstra ved det gjentatte ordvalget hennes, ”jeg valgte”. Det sies såpass ofte at man kan skimte hvor viktig det har vært for henne å ha kontroll og muligheten for selv å treffe valg i sitt liv. Som sett i sammendraget av hennes narrativ, *valgte hun* både å sykemelde og innlegge seg da spiseforstyrrelsen herjet som verst (Bilag 6, p.4, 128-133), og videre *valgte hun* også å avslutte et terapiforløp med en psykolog fordi hun ikke følte det hjalp (Bilag 6, p.8, 382).

Noen ganger har hun dog måttet innfinne seg med at andre treffer valg på hennes vegne (Bilag 6, p.7, 314-315), men det er altså først når Andrea selv bestemmer seg for at hun ønsker å motta hjelp, at det faktisk også har hjulpet. Uten Andreas egenfølte opplevelse av kontroll og forutsigbarhet kan det se ut som at nederlaget fort blir stort, men med ressurser og en grunnleggende tro på egne evner, klarer hun gjerne med litt tilvenningstid å inkorporere nedturene som en del av sin seier. I følge McAdams (1993, p.50) er det vanlig for personer å skape en egen fortelling om opplevelser som har vært vanskelige, nettopp for å gi det mening i det store bildet.

5.1.2.3. Ansikt utad - Hva kan jeg gjøre for å være normal?

For Andrea sitt vedkommende er *normalitet* det hun gjentagende fremhever som noe å strebe etter. Utover å være sterk, selvstendig og autonom virker hun til å være veldig opptatt av både å fremstå, men også å føle seg normal. Normalitetsidealet hennes synes hertil å ligge tett opp mot et mer tradisjonelt kvinneideal, noe vi ser både i hennes motivasjon for å bli tynn i ungdomstiden som bundet i å være attraktiv for gymnasieguttene (Bilag 6, p.2, 29-32), sitt ønske om å bli mor, hvor morskap av henne stadfestes som den viktigste rollen i en kvinnes liv (Bilag 6, p. 10, 468-469; p.18, 951-952), ved at hun gjerne vil amme sin datter og bebreider seg selv når hun ikke kan (Bilag 6, p.18, 917), samt ved et ønske om å få menstruasjon, som et symbol på kvinnelighet:

Piger der får menstruation, de synes det lyder åndssvagt, at jeg gik på p-piller for at få menstruation. Men uden dem, så følte jeg mig bare hverken voksen, fordi jeg ingen menstruation fik, eller synderlig kvindelig, fordi jeg følte mig absolut ikke frugtbar når jeg ikke fik min menstruation (...) jeg følte mig lidt normal ved at få en menstruation lige som alle andre (Bilag 7, p.10, 472-482; 488-489).

Sitatet er ikke bare *innholdsmessig* evidens for ovenstående argumenter, men viser også til hvor viktig dette med normalitetsfølelsen er for Andrea, hvor hun selv implisitt fremhever diskrepansen mellom kvinners *sosiale* oppfattelse av menstruasjon (som noe upraktisk eller overflødig når man ikke forsøker å få barn) og den *biologisk* forankrede korrelasjonen mellom å ha menstruasjon og være kvinne. Hun kommer med lignende bemerkelser om normalitet senere også, hvor hun gjør mye ut av at sunnhetspleiersker og leger forsvarer hennes ”alminnelighet” under graviditeten, her beskrevet gjennom direkte tale: ”[Jordmoderen siger]: ’Du gør ligesom alle andre gravide. Har de samme bekymringer som alle andre gravide (griner), om amningen kan lykkes og alt sådan noget.

Der er ikke noget der gør dig anderledes i forhold til alle andre, på trods af, at du har haft en spiseforstyrrelse” (771-775, p.15). Sammenligningen med hva en ”normal” gravid kvinne er og gjør, beroliger henne og fjerner samtidig litt av presset om å prestere. Også selv når hun beskriver seg selv som syk med anoreksi, forsøker hun å sette det inn i en ”normal” kontekst, ved at betegne seg selv som ”det perfekte eksempel på en pige med anoreksi” (Bilag 6, p.22, 1134-1135).

Det interessante med Andrea er hvordan dette med normalitet, til tross for å være en utfordring for henne, er noe hun også klarer å vende om til sin fordel. Der hvor hun ikke selv kan akseptere annerledesheten eller der hvor hun er redd for å fremstå som unormal, går hun heller noen ekstra skritt for å rettferdiggjøre og forklare det normale i det unormale. Dette ser vi blant annet i hvordan hun sier ”piger der får menstruation, de synes det lyder åndssvagt (...) *men...*” hvor hun dermed også impliserer hva som er normativt og hva som er ”åndssvagt” å tenke. Hun beskriver også fordommer fra sine venner og bekjente som at de oppfattet hennes innleggelse på psykiatrisk avdeling som ”galeanstalt” og ”bomuldsfabrikken”, hvor hun selv forsvaret det med at et psykiatrisk sykehus er mer som (den normative) leirtur: ”Jeg hadde mit eget værelse, mit eget toilet, vi havde en opholdsstue med en kæmpestor fladskærms tv og sådan noget” (Bilag 6, p.7, 333-335), med andre ord som noe helt normalt. I tillegg blir akten å *fortelle* (eng: to narrate) for henne en måte å normalisere sin livshistorie på, hvilket hun forklarer som årsak til at hun deler den med oss, samt med andre gjennom organisasjonen hun er frivillig for (Bilag 6, p.20, 1041-1046). Det hjelper henne, sier hun, noe som er i tråd med narrative teoretikers antagelser om at desto mer komplett et narrativ er jo bedre integrert selvpoppfattelse (Polkinghorne, 1991, p.144), og det forklarer hvorfor akkurat hennes narrativ nettopp er så velstrukturert og optimistisk.

Graviditeten virker således til å ha hatt en stor innflytelse på Andreas visjon på normalitet og ikke minst på viktigheten av å fremstå normal. Graviditeten var for henne livsforandrende i den forstand at det ga henne et annet fokus i livet, vekk fra kropp som symbol på kontroll og prestasjon, over på det hun selv betegner som det viktigste i en kvinnes liv: å være mor. Hun beskriver det veldig flott selv:

(...) jeg har det ligesom alle andre der er blevet mor: nej, jeg er ikke glad for det, der lidt overskydende hud på min mave, og brysterne, nej de er ikke skide pæne efter at haft mælk i dem. Men jeg er mor. Altså, min krop ser ikke ud som den gjorde før, jeg er ikke en ung pige længere, så jeg har ligesom accepteret, at sådan kan en

morkrop se ud, sådan ser min morkrop ud. For jeg er ikke længere en ung tøs, jeg er en mor, og det er ligesom min vigtigste rolle her i livet, jeg er mor (947-952, p.19).

Her ser man at hun ikke bare formår å rasjonalisere bort bekymringene om kropp og vekt, men hun plasserer det innenfor en normativ ramme: alle kvinner som nettopp har født tenker de samme tankene, og det hører med det å bli mor. Og for Andrea betyr det mer enn noe annet, for da er hun jo nettopp ”normal”.

5.1.2.4. Oppsummering

Analysen av Andreas narrativ viser en kvinne med en holdning til livet bygget på sterk grad av autonomi og kontroll, samt et veldig behov for å fremstå som normal. Dog kan det skjelnes en rigiditet i henne, som volder stor smerte og avmakt dersom uforutsigbare hendelser inntre, noe som kan tydes som en indikasjon på at kontroll fremdeles er viktig for henne. Andrea innser dette selv, og snakker både konkret og abstrakt om hvordan hennes makt over spiseforstyrrelsen, som var den et objekt, er viktig for at hun fremdeles holder seg frisk og symptomfri. Tatt i betraktning alvorlighetsgraden av hennes tidligere anoreksi, samt de utfordringer Andrea har møtt på, blir hennes måte å takle motgang og problemer på, beundringsverdige. Hennes ressurser, både sosiale, familiære og personlighetsmessige er godt tenkelig bidragsytende til hennes tilsynelatende seier – dog er det viktig å ha i minne at hennes fortelling til oss også er en måte å fremstille seg selv på, hvorpå hennes sterke ønske om å fremstå som normal potensielt sett kan ha hatt en påvirkning på hennes narrativ i form av sosial ønskerverdighet. Der bidrar dog narrativets struktur med et ytterligere punkt til troverdigheten av det hun forteller, ettersom et gjennomgående og strukturert narrativ gjerne tyder på en godt integrert selvoppfattelse. I det følgende vil vår siste og yngste deltager presenteres, etter lignende struktur som de foregående.

5.1.3. Sammendrag av Rikkes narrativ

Etter en grundig analyse av både Signes resignasjonsnarrativ og Andreas seiersnarrativ, vil vi som det siste analysepunkt belyse Rikke og hennes såkalte bagatelliseringsnarrativ. Grunnet en noe fragmentert og oppstykket fortelling, har det vært krevende å forstå hennes syn på seg selv og sin historie, men også å sammensette et godt og helhetlig narrativ. Sammendraget er derfor i høyere grad konstruert av våre tolkninger enn de andre to, ettersom en del av hennes betraktninger egentlig kom i kjølvannet av de spørsmål vi

stilte. Hennes noe fragmenterte fortelling har vi etter beste evne samlet til et helhetlig sammendrag herunder.

Det er jo svært sådan ligesom at sige *hvornår* det startede. Det jo i fjerde-femte klasse det sådan begyndte at komme nogle problemer, så ville jeg ikke spise i skolen fordi ”ååh, så syntes folk at åh nej, hun er tyk og *ooh* hun skal ikke spise” og det var sådan ”nej, så vil jeg ikke spise i skole”. Og det fortsatte jo sådan, så skiftede jeg skole, og sådan var det jo stadigvæk, så ville jeg ikke spise i skolen, og jeg ville hellere ikke spise morgenmad. Jeg blev mobbet på den anden skole jeg kom på, og jeg tænkte ”nåh ja, så er det fordi jeg ikke er *god* nok”. Og hvis jeg nu ikke spiste så kunne jeg nok blive god nok. Så det var så de første problemer jeg sådan fik med det. Og så udviklede det sig, jeg ved sgu ikke hvor det startede fra, jeg tror det var i ottende klasse. At så ville jeg jo gerne spise mindre og tabe mig, men så, man kan jo ikke blive ved med ikke at spise noget i *lang tid*. Så får man jo lyst til at spise en masse mad og så fik jeg sådan en ”æh”, så får man dårlig samvittighed og tænker ”hvis jeg nu kaster det hele op igen så er det jo okay”. Og det var så derfra det startede. Og det har bare fortsat igennem rigtig mange år.

[Den værste tid] må være da mine forældre lige var blevet skilt. Og de blev jo skilt ret sent og jeg var lige flyttet hjemmefra, jeg var jo de 18 [år], da de blev skilt og det var sådan lidt, *åhh*, jeg har lige flyttet hjemmefra, jeg står her helt mutters alene. Hvad skal jeg *lige*?” Fordi begge forældre de sidder jo og tuder sig selv ihjel og heller vand over ørene og hvor jeg tænkte (tungt suk), kunne jeg bare ikke håndtere. Der havde jeg det bare skidt. *Helt* vildt. Der kastede jeg op rigtig, rigtig tit. Og jeg gad ikke rigtig gå i skole og jeg var sådan lidt, jeg var træt og havde det rigtig, rigtig fysisk dårligt. Og psykisk, tænker jeg også. Jeg ville ikke åbne det *helt* op [til mine veninder] og fortælle helt hvor slemt det egentlig var. Det er jo sådan lidt, lidt pinligt på en måde. At afsløre at man har det så slemt. Det er jo sådan lidt (...)”jamen, kan jeg ikke finde ud af at passe på mig selv?”. Det er jo sådan lidt pinligt synes jeg. Jamen jeg havde jo også en dårlig ekskæreste som på det tidspunkt også gav mig rigtig dårlig selvværd. Altså, det var noget vi kunne skændes om, lige pludselig, med min bulimi. Men jeg gik udenfor og kastede op, uden han vidste det. Det tænker jeg, det var der hvor bulimien virkelig rasede.

Og vi ville gerne have børn sammen, fandt vi ud af, eller *han* ville rigtig gerne have børn, også fik han mig lidt med på ideen om at det skulle vi da have. Fordi *det* skulle vi da. Jamen jeg var vel en 17-18 år. Vi prøvede faktisk i to år. Og det vidste jeg også godt på det tidspunkt, det er jo ikke skide smart at få et barn og have det så

skidt. Så jeg var sådan lidt (gispelyd) ”det er ikke så smart det her. Men vi gør det alligevel!”. Set i bakspejlet var det egentlig godt vi ikke blev gravide. Og det kunne vi ikke. Og det var også lidt grunden til at vi ligesom gik fra hinanden.

Og det [bulimien] stoppede jo sådan nogenlunde i slutningen af min HF. Der fik jeg en rigtig god ven der var rigtig god til ligesom at guide mig igennem det og snakke med mig om det og det gav mig simpelthen en selvtillid til at tænke ”jamen jeg *behøver* ikke at være så hård mod mig selv, det behøver jeg virkelig ikke. Og jeg behøver ikke bulimi i mit liv”. Det er jeg sikker på, det var det der fik mig igennem. Så arbejdede jeg rigtig meget med det *selv*, og prøvede også at leve sundere, og få det bedre med min krop. Så det kom lige så stille, og så kunne jeg leve uden det. Jeg brugte et halvt år på ligesom at få det bedre. Det var sådan en gradvis udvikling. Så det er jo fantastisk kan man sige.

Så [fandt] jeg ud af hvad for en uddannelse jeg også gerne ville, og fandt lidt/lidt selvtillid og finde ud af ”jeg kan sgu godt”. Det er ingen grund til at være *så* nervøs for det hele, altså. Og i dag, stadigvæk, jeg vil simpelthen ikke ud og/i forhold igen. Det forhold var simpelthen for meget også tænkte jeg, ”jeg vil sgu egentlig gerne have et barn alligevel”. Jeg tænkte, ”jamen så vil jeg springe ud i det. Finde ud af om jeg kan få noget hjælp til *det*”. Også fandt jeg lidt ud af, at jeg *havde* svært ved at få børn. Jeg har noget PCOS⁸ og jeg ved ikke om det er spiseforstyrrelsen der har haft indflydelse der, for jeg havde et års tid hvor jeg ikke fik min menstruation. Jeg fik at vide, jeg ikke havde nogen ægløsning. Det var *virkelig* mærkeligt at få at vide ”du kan faktisk ikke blive gravid hvis du ikke får hjælp”. Så føler man sig sådan lidt ”ej!” så er man altså lidt forkert. Så der skulle jeg lige have noget hjælp. Så jeg skulle have noget hormonbehandling for ligesom at få et barn.

Ja, jeg var *så* nervøs for hvad folk de ville sige, ”aah 20 år og så skal du have et barn? Er du ikke lidt for hurtig ude?”. Altså folk har selvfølgelig spurgt, var det ikke bedst at vente til du havde din uddannelse og sådan nogle ting, men så fik jeg argumenteret for at ”nej det synes jeg ikke, og nu har jeg fået besked om at hvis jeg venter for lang tid så kan det blive nærmest umuligt, så nej, jeg vil ikke gamble”. Der har bare været støtte fra *alle*. Jamen, altså, jeg synes det var *så* spændende i starten og *ejj*, hvor skal jeg til at være mor, men så blev man sådan lidt i midten og slutningen, at *åårh nej*, kan jeg det her? Man får så liiige, hvor man tvivler lidt på sig selv og sine egne evner. Det [graviditeten] var bare nemt. Man kunne godt være i tvivl om man var gravid, synes man. Det! Der var ikke nogen problemer. Det var

⁸ Polycystisk ovariesyndrom. Cystedannelse som forstyrrer eggstokkenes funktion og kan føre til hormonforstyrrelser.

skønt! Jeg fødte en uge efter min termin. Det var en lynhurtig fødsel, så det kan man ikke klage over. Seks timer. Jeg synes stadigvæk jeg kan tænke tilbage på fødslen, og puha, det var, det var en oplevelse.

Jamen, det er simpelthen den bedste beslutning jeg nogensinde har taget [at få et barn], altså det. Man kan godt spørge sig selv, hvorfor gjorde jeg det ikke noget før? Det jo så skønt, det er så skønt. Man tænker ikke særlig meget på sig selv, når man har fået et barn, det gør man ikke. Så det at sætte sig selv lidt til side, det tror jeg så altså er sundt fordi så har jeg ikke så meget fokus på, om man er tynd nok eller pæn nok eller alt det der. Med fremtiden? Det der fylder mest, det er at få den uddannelse og få et godt liv sammen med min datter. Jeg skal spise sundt og vise hende, hvad er det for noget med det her mad. Og det er vigtigt, at vi skal spise og vi skal være sunde. Og man må godt spise en kage indimellem, det må man godt. [Jeg] tænker på, hun skal have det godt, og hvis hun har det godt, så har jeg det godt. *Nu* har jeg det rigtig godt. Det må jeg ærlig indrømme, det har jeg. Der er ikke *noget* bulimi overhovedet, i mit hoved. Altså det/det kan jo godt lige komme sådan ind i mellem hvor der lige kommer sådan en stemme ”æh, er du nu god nok?” hvor jeg sådan, ”nej, ved du hvad. *Nu!* Nu har jeg noget andet at tænke på, det kan sgu være lige meget med det der”, og kan godt være jeg har en dille der eller nogen strækmærker her, sådan er *det*. Men det må man leve med. Sådan er *det* bare.

5.1.3.1. Bagatelliseringsnarrativet

Rikkens narrativ kan sies å fremtre på to nivåer, og det har derfor vært både komplekst og utfordrende å stadfeste en definert tone til hennes fortelling eller identifisere et desidert plot. Overordnet utviser Rikke stor optimisme, fremstår i godt humør gjennom intervjuet og hun beskriver seg selv som handlekraftig, viljesterk og selvstendig (Bilag 7, p.13, 636; p.15, 780). Samtidig er det noe i hendelsene og situasjonene hun beskriver, samt i enkelte refleksjoner som utstråler noe mer dystert og alvorlig og som dermed legger et underliggende pessimistisk særpreget til narrativets fremtoning. Det er dette todelte skillet mellom den overfladiske optimismen og den mer urovekkende og alvorlige undertonen, som gjør at vi har valgt å kalle hennes narrativ for ”bagatelliseringsnarrativet”. Med bagatellisering henviser vi til Rikkens tendens til først å fortelle om noe som umiddelbart fremstår som alvorlig, tungt eller vanskelig, for deretter å avfeie det som mindre substansielt eller viktig på et senere tidspunkt. Disse utsagnene kan forekomme på helt forskjellige steder i løpet av intervjuet, men oppfattes av oss som svært motsetningsfylte. Strukturen er meget løs og innholdet byr på en alvorspreget historie om en ung kvinne på

leting etter seg selv, men ettersom selv de tyngste betraktninger tillegges en optimistisk og lett tone, kan man som lytter eller leser fort forvirres. I tillegg struktureres narrativet på en slik måte at fortellingens andre del, som for så vidt er mer preget av glede enn den første, på et vis underminerer de tyngre delene forut. Dette gjør at essensen man som lytter får blir at Rikke opplever ”alt” som fint og godt. Ved nærmere ettersyn skinner dog undertonene tydeligere gjennom, og en kan stille seg spørsmålet om bulimiens medfølgende ambivalens fremdeles kan ha et rotfeste i Rikkens tilværelse den dag i dag? Hvorfor vi opplever det slik presenteres i det følgende.

Narrativets løse struktur gjorde det i starten vanskelig å oppfange et spesifikt plot, ettersom Rikkens beskrivelser av sine mange opplevelser opptrådte mer eller mindre sporadisk i løpet av intervjuet, og ofte kun ble utdypet etter anmodning fra oss. Hun starter med å fortelle om hvordan det hele startet, som sett i sammendraget, men historien stopper hurtig opp ved at Rikke få minutter inn i intervjuet legger til en indikator for at hun er ved å runde av: ”(...) og det var så derfra det startede. Og det har bare fortsatt igennem riktig mange år” (Bilag 7, p.2, 47-48). Narrativet fortsatte derfra i en dynamikk hvor spørsmål fra oss avløses av besvarelser fra henne. Første halvdel beskjeftiger seg mest med tiden hvor bulimien var mest fremtredende, mens neste halvdel fokuserer mer på graviditeten og morskapet. Med hensyn til tonefall og struktur, er den første delen preget av adskillig mer pessimisme enn den andre, hvor fokus også skiftes over til graviditeten og morskapet. Da brukes mange flere positive superlativer, og uttrykket ”det er jo skønt” fremtrer til stadighet i tilknytning til noe Rikke opplever som flott. Det kan hende det er tilfeldig, men ”skønt” er et ord hun til sammen bruker 14 ganger i løpet av intervjuet, hvorav 12 av disse faktisk er i siste halvdel av transkripsjonen. Det kan derfor også godt være en indikasjon på at tiden med graviditet og morskap har vært særlig berikende.

Som man kan se i sammendraget var ungdomstiden til Rikke tydelig preget av vonde opplevelser som mobbing (Bilag 7, p.2, 32), kjærestebrydd (Bilag 7, p.6, 219-222) og foreldrenes skilsmisse (Bilag 7, p.4, 131), samt forklarer hun hvordan hun stod alene med sine problemer, dog av eget valg (fx Bilag 7, p.5, 196-199). Det legges ikke skjul på at det var en vanskelig tid og at bulimisyndtomene hertil var særdeles fremtredende, som det for eksempel kommer til syne i sitatene om foreldrenes skilsmisse og tiden med ekskjæresten. Disse episodene refererer hun til som en tid hvor hun hadde det ”bare skidt. Helt vilt” (Bilag 7, p.4, 136-137) og ”hvor bulimien virkelig rasede” (Bilag 7, p.10, 1000). Når hun derimot senere skal forklare hvordan hun har det nå, er det med en helt

annen fremtoning. I følgende sitat kan man tydelig ensee ambivalensen mellom optimisme og den noenlunde mer pessimistiske undertonen:

IM: Du var 19?

R: Ja.

IE: Da det [bulimien] stoppede?

R: Ja, da var det sådan jeg tænkte ”nu har jeg det sgu godt med mig selv” og altså *nu* har jeg det jo/jeg har det rigtig godt. Det må jeg ærlig indrømme, det har jeg. Der er ikke *noget* bulimi overhovedet, i mit hoved. Altså *det/det* kan jo godt lige komme sådan ind i mellem hvor der lige kommer sådan en stemme ”ææh, er du nu god nok?” hvor jeg sådan ”nej, ved du hvad. *Nu!* Nu har jeg noget andet at tænke på, det kan sgu være lige meget med det der”, og kan godt være jeg har en dille der eller nogen strækmærker her, sådan er *det*. Men det må man leve med. Sådan er *det* bare. (Bilag 7, p.8, 344-355)

Sitatet gir et konkret eksempel på hvor tilbøyelig Rikke er til å male sin situasjon mer rosenrød enn hun først gir uttrykk for. Første del lyser av en overordnet positivisme og verden virker helt uproblematisk. Det virker dog som om hun tar seg selv i det og kanskje innser at det ikke virker helt troverdig, hvorpå hun fortsetter med: ”*Altså det/det kan jo godt lige komme sådan ind i mellem hvor der lige kommer sådan en stemme 'ææh, er du nu god nok?'*”. Derfra får man i stedet et inntrykk av at alt kanskje ikke er helt på stell likevel, og at hun fremdeles opplever ambivalente tanker og følelser. Det til tross for sitatets siste del, hvor Rikke beskriver hvordan hun forsøker å ta makten over spiseforstyrrelsen. Man får inntrykk av at hun bagatelliserer sine invaderende tanker, blant annet med måten hun igjen ”pynter” på situasjonen etter å ha avslørt disse negative tankemønstre.

Å bagatellisere eller fremheve særlige positive aspekter ved sin historie, kan brukes som en mekanisme for å uttrykke at man har mer kontroll enn det som er realiteten (McAdams, 1993, p.50). Utover at hun nok bagatelliserer litt overfor oss, forteller også Rikke at hun har en tendens til å gjøre seg selv og sin situasjon mindre viktig overfor venner og familie, en måte å slippe for andres oppmerksomhet på hvor man minimerer seg selv. Om foreldrene forteller hun at ”så var jeg åbenbart rigtig god til ligesom at spille at ’ej nu har jeg det godt igen. Nu behøver I ikke at bekymre jer’”. (Bilag 7, p.3, 69-71), og for vennene holdt hun også bulimien skjult: ”men jeg ville ikke åbne det *helt* op og fortælle helt hvor slemt det egentlig var. Når jeg snakkede med dem [vennerne] så

var det ikke så slemt, så var det bare ”det går over snart og det er bare en lille fase jeg skal igennem” (Bilag 7, p.5, 197-199). Dette kan komme av enten et behov for å fremstå mer kontrollert enn man er, eller fordi man har en veldig omsorgsfølelse overfor andre, og ikke ønsker å være til bry, hvorav begge kan være en gjenspeiling av lav selvfølelse (Skårderud, 2013, p.21). Finn Skårderud (2013, p.28) fremhever hvordan blandede, motstridende og ambivalente følelser er sentrale trekk for personer med en spiseforstyrrelse. I følge ham må atferd og kommunikasjon derfor ses på som en ”klar formidling av egen forvirring” (ibid.). Rikkens narrativ er fylt med flere motsetningsfylte og tvetydige budskap. Dette kommer innholdsmessig frem i hennes beskrivelser, og vil vises senere i analysen, men det kommer også frem i narrativets noe manglende struktur.

Rikkens sammendrag er et resultat av utallige fragmenter sammensatt fra transkripsjonen, da hennes egen fremstilling ikke riktig tok form som en fortelling, i den forstand en fortelling forstås i denne oppgaven (Polkinghorne, 1991, p.125). Den manglende strukturen kan vi finne forklaringer til i litteraturen og fra Rikke selv. Mange med spiseforstyrrelser kan ha vanskeligheter med å sette ord på sine følelser, og derfor vanskeliggjøres bearbeidelsen av psykologiske konflikter, ved at man ikke har grunnlaget som trengs for den ”indre monologen” om hva som er på spill (Skårderud, 2013, p.24). En slik manglende evne til å identifisere egne følelser eller et manglende ordforråd til sette ord på dem, kan bety at det som fortelles ikke nødvendigvis gjenspeiler personens virkelige opplevelser, da språket kan komme til kort i å fange dybden av disse (Polkinghorne, 2007, p.480). Den manglende strukturen kan altså være en indikasjon på at Rikke ikke har organisert hendelsene og tilskrevet dem mening, eller i Polkinghornes (1991, p.144) ord, ikke tilegnet dem sitt *selvnarrativ* enda, ettersom å kjenne seg selv er en prosess hvor man tilegner seg selv sin egen fortid (ibid., p.144). Dette poenget kan underbygges videre ved å se mot slutten av intervjuet hvor Rikke forklarer at hun aldri har fortalt noen om tiden med bulimi og årsakene til det (Bilag 7, p. 18, 928-932). Narrativets manglende struktur gir således mening, simpelthen fordi hun aldri før har gjort en innsats for å strukturere det. Hun sier:

Jeg har kanskje vært lidt nervøs for hvordan det vil blive at snakke om sådan en spiseforstyrrelse, når man ikke sådan har brugt tid på ligesom at sætte ord på det. Det har jo også ligesom været spændende at tænke på, jamen, hvad er det? Hvad er der foregået? Og hvorfor har jeg det og hvorfor/hvad for nogle tanker har det sat i gang i mit hoved, og hvorfor er jeg som jeg er? Og det har måske noget med

spiseforstyrrelsen at gjøre. Så det har faktisk været en fin opplevelse (Bilag 7, p. 18, 928-932).

Opplevelsen hun refererer til i siste setning er selve intervjuet, og understøtter det flere teoretikere sier om at å fortelle om personlige opplevelser kan være selvforsterkende (Spector-Mersel, 2010, p.215; Kvale & Brinkmann, 2009, p.92, Murray, 2007, p.115). Sitatet forøvrig forklarer den manglende strukturen i Rikkens fortelling, nettopp fordi hun aldri før har satt ord på sine tanker og følelser. Dette kan vise til hvorfor refleksjonene til Rikke omkring hennes opplevelser ikke virker helt veloverveide eller gjennomtenkte og heller ikke alltid fremtrer som troverdige. Det gir derfor også mer mening at det er et skille i tonen, mellom det dystre bakteppet og den mer overfladiske optimismen, ettersom Rikke kanskje ikke har innsett alvorlighetsgraden av sin trøblete ungdomstid. I følge McAdams (1993, p.49) kan uttalt optimisme som nevnt faktisk være et uttrykk for at man ser sitt liv som betraktelig mye bedre enn andre vil betegne det som. Man lever i en ”positiv illusjon”, hvor man ser velger å se livet som relativt bra og på den måten bedre blir i stand til å takle motstand med selvtillit og håp (ibid.). I lys av det og av det faktum at mange spiseforstyrrede opplever en viss ambivalens i sine tanker og følelser, er det lettere å forstå de tvetydige signalene hun gir. Således kan det tyde på at hun fortsatt er i en prosess med å strukturere seg selv slik det forstås fra et narrativt perspektiv – historien om bulimien er ikke avsluttet.

5.1.3.2. Kontroll – Motreaksjon på grenseløshet?

Kontrollaspektet ved Rikkens narrativ er ikke like uttalt eller lett å få fatt på som ved de andre to deltagerne. Den gjør seg mest gjeldende i form av sosial kontroll og hvordan hun ønsker å fremstå – hun vil ikke være svak og hun vil prestere for å bli ”god nok”. Kontrollaspektet ligger altså her i det å holde seg innenfor rammene for det hun anser som sosialt akseptert, hvilket i større grad utforskes under den tematiske analysedelen ”ansikt utad” da det relaterer seg mye til åpenhet og normalitet. Allikevel kan man også se kontrollaspekter ved Rikkens narrativ i hennes forsøk på å skape grenser i det grenseløse, et typisk trekk ved bulimi.

Hun forteller om en barndom nettopp preget av grenseløshet, de var mange barn hjemme og hun opplevde allerede som ung å få såkalt ”frihet under ansvar” når det f.eks. gjaldt å smøre matpakke til skolen – et ansvar hun mener hun misbrukte (Bilag 7, p.2, 17-20). Hun forsøkte dermed å sulte seg ”god nok” (Bilag 7, p.2, 31-35), men etterhvert som mønsteret sprakk, ble den selvinduserte oppkasten løsningen for den indre uroen hun

opplevde (Bilag 7, p.2, 44-47). I følge Skårderud (2013, p.43) er det mange med bulimi som ser på seg selv som ”mislykkede anorektikere”, da de ikke har klart å holde de strenge grensene de har skapt for seg selv. ”Da var jeg sterkere, nå er jeg svak” (Skårderud, 2013, p.43). Dette fremkommer kun implisitt i Rikkes narrativ, ettersom hun ikke ytterligere idylliserer tiden hun ikke spiste, dog kom bulimien som en løsning til fremdeles å kunne være god nok i hennes øyne. Hun er også opptatt av ikke å være svak, eller fremstå svak (Bilag 7, p.3, 70-71). På denne måten kan man gjenkjenne noe av rigiditeten som nevnt hos Andrea, men i likhet med andre med bulimi, blir rigiditeten ”gjennomhullet” ettersom spiseanfallet gjerne gir svært dårlig samvittighet over ikke å ha holdt rammene (Skårderud, 2013, p.43).

Videre omkring grenseløsheten kan det se ut til at Rikke faktisk opplever å ha fått for mye autonomi hjemmefra, ettersom hun både henviser til de utsagn om at man må klare seg selv (Bilag 7, p.5, 210; p.8, 337), og at hun beskriver et omsorgsbehov for både sin mor under skilsmissen (Bilag 7, p.4,148-151; p.15, 735-737) og sine yngre søsken (Bilag 7, p.15, 758-760). Ofte bunner denne omsorgen i det Rikke selv betegner som dårlig samvittighet, og det kan lyde som om hun til stadighet har et behov for å rette opp i dette. Hun har dog en indre kontrollplassering i dette henseende – det er Rikke selv som kan skape endring, og muligvis påtar hun seg litt for mye ansvar for andres og egen lykke. Den dårlige samvittigheten er vanlig for mange med bulimi, og gjenspeiler et sårt ønske om å opprettholde kontrollen som gang på gang sprekker (Skårderud, 2013, p.43). Det blir vanskelig å holde fast i det konkrete når grensene ryker, og kroppen blir på denne måten brukt av Rikke som kontrollmiddel for å skape grensene og tydeligheten, sett ut fra Skårderuds betraktninger (2004, p.2367). Grenseløsheten ses dessuten også gjenspeilet i narrativets manglende struktur – en mulig indikasjon på at hun enda ikke har bearbeidet spiseforstyrrelsen, som hun skammer seg over (Bilag 7, p.5, 203-205), og dermed heller ikke har den like integrert i sitt selvnarrativ som Andrea har, enda.

Det ovenfor nevnte kontrollmiddelet kommer godt frem i Rikkes beskrivelse av de bulimiske symptomene:

IE: Havde du så nogle sådanne episoder med overspisning eller var det bare at du spiste normalt og så -?

R: Jo, men det kunne være begge ting. Det kunne være hvis jeg havde spist for meget, men det kunne også være bare fordi jeg havde sådan lidt dårlig samvittighed og tænkte ”ej nej, det går ikke det her”. Sådan lidt en straf, på en eller anden måde, at kaste op. For det er det jo ikke nogen der kan lide.

Hun beskriver altså regelrett oppkast som en straff, et middel for å bøte på sin dårlige samvittighet over ikke å holde rammene. Ambivalensen må kontrolleres, og straffen blir dermed utøvet både av og mot henne selv. Dette mønsteret kan ses som tegn på den følelsesmessige ustabiliteten på innsiden hos personer med bulimi, og ofte vil impulser ageres på svært raskt (Skårderud, 2013, p.43). Denne impulsiviteten er også noe man kan skimte hos Rikke, men foruten i det symptomatiske er det dog mest i forbindelse med hennes beslutning om å skulle bli mor at det ses. Hun beskriver en rask beslutning om å bli mor til tross for både ung alder og at hun ikke egentlig hadde det så godt, hvilket ses i følgende sitat: ”Så jeg var sådan lidt ’(gispelyd) det er ikke så smart det her. Men vi gør det alligevel!’. Altså der var man lidt sådan spontan og sige ’Jo, det gør vi sgu. Vi får et barn’ Og det er jeg jo glad for det ikke lykkedes” (Bilag 7, p.9, 398-400). Dog kan man se den samme tendensen i hennes beskrivelse av beslutningen om å starte til fertilitetsbehandling litt senere også hvor hun og moren sammen besluttet at det var bare å hoppe ut i, ettersom sjansene hennes til å bli mor senere var små (Bilag 7, p.9, 425-426). Her var nok valget mer gjennomtenkt, men igjen ser vi Rikkens tendens til bagatellisering, det lyder som selv de største valg er et *bare*.

Gjennom en indre kontrollplassering virker det dessuten til at Rikke med noe hjelp fra sin kamerat har klart å få en sterkere selvoppfattelse, og dermed også formådd å skyve spiseforstyrrelsen unna (Bilag 7, p.5, 177-189) samt hvordan tankene fremdeles holdes på avstand, uten å være helt forsvunnet (Bilag 7, p.12, 591-594). Det er særlig omsorgen for datteren hun beskriver som betydningsfullt hertil, hvilket vi ser i følgende utdrag:

Jamen, jeg tænker på Cecilie, også tænker jeg, jamen hun skal ikke se mig have det dårligt, fordi det påvirker også hende, og det kan ikke nytte noget. Og så ved jeg også godt, jeg ved godt jeg ikke bliver glad af det [å kaste opp], så jeg kan lige så godt lade vær. Jeg ved, at man ikke bliver glad af at gøre det, selvom jeg føler lidt, at man får god samvittighed, også har man ikke fået så mange kalorier, men det har man jo. Så der er ingen grund til at gøre den slags (Bilag 7, p.12, 598-602)

Den dårlige samvittigheten ser ut til å følge Rikke, men det later til at hun har fått et mer konstruktivt handlingsmønster, hvor det er omsorgen som styrer hennes atferd, heller enn straff. Hun vil være et godt forbilde og bruker det som en motivasjon til å fortsette med å holde de destruktive mønstrene på avstand (Bilag 7, p.11, 505-509). Kontrollaspektene ved Rikke synes altså å være særlig tilknyttet spiseforstyrrelsen, men utveien fra dem har også vært sterkt knyttet til morsrollen. Hennes indre kontrollplassering ser ut til å hjelpe

henne til mer hensiktsmessige handlemåter enn før, men det later til at hun allikevel styres i høy grad av opplevelsen av dårlig samvittighet, samt av sin voldsomme omsorg for andre rundt seg.

5.1.3.3. *Ansikt utad – er jeg egentlig ”god nok”?*

I Rikkens narrativ synes temaet ”ansikt utad” mest å være et spørsmål om å være ”god nok”, hvor graden av åpenhet varierer med graden av skam hun opplever samt med troen på egen verdi og egne evner. Dette synes også å være et resultat av prosessen med å forstå seg selv og sitt selvnarrativ, hvor intervjuet i seg selv synes å være en begynnende del av denne prosessen, som vist i avsnitt 5.2.3. om Bagatelliseringsnarrativet. For Rikke virker dette med å være ”god nok” å være et problem eller et indre ønske som oppstod allerede i 10-11-års-alderen, hvor hun beskriver at spisevegringen startet (Bilag 7, p.2, 14-17), og det kommer til uttrykk ved flere anledninger, men særlig i forbindelse med åpenhet overfor andre (Bilag 7, p.3, 105-109). Rikke forklarer at årsaken til at hun aldri riktig har snakket med noen om historien sin før, er på grunn av skam: ”Det er jo sådan lidt, lidt pinligt på en måde. At afsløre at man har det så slemt. Det er jo sådan lidt/man føler sig lidt sådan ”jamen, kan jeg ikke finde ud af at passe på mig selv?” (Bilag 7, p.5, 201-205). Dette begrunner hun med et ønske om å fremstå som sterk og selvstendig og fordi hun ikke vil være til bry. Hun innrømmer også at hun ikke helt tør å være seg selv på grunn av bulimien (Bilag 7, p.3, 107). Hertil brukes, som sett under, ofte betegnelsene ”det nytter ikke at tude over det” eller ”op på hesten igen” som et bilde på hva det er akseptabelt å legge følelser, energi eller ettertanke i, samt som en indikasjon på at Rikke muligvis aldri har følt det var greit å utvise svakhet. Hun beskriver selv at hun selv har fått slike ordspråk ”smidt i hovedet”, og hvordan det har preget henne kan ses i følgende utdrag:

IE: (...) har du nogen gang fanget nogle fordomme ude fra samfundet, fra kulturen, nogle ting du har hæftet dig ved?

R: Altså i forhold til spiseforstyrrelsen? Fordomme? Altså, jeg synes sådan, folk er meget, *åh*, bulimi, det er ikke så slemt. Det er bare op på hesten igen, og du skal bare spise, du skal ikke kaste op. Altså, det er tit den der man får i hovedet, at det er ikke så slemt. Og så tænker man, nåå nej, det er det nok ikke. At jeg skal lade være med at græde over det. Og det kan ikke nytte noget, man sidder og tuder over det. Den har jeg altid fået smidt hovedet. Det er det, op på hesten igen.

IE: Er det, det du selv tænker?

R: Altså, ja, kanskje litt utad til. For jeg ved godt litt, at nei, det er ikke *bare*, sådan litt at komme over det igen. Det tager tid, og man skal arbejde med sig selv, så det er ikke bare sådan en, du lige kommer over. Selvom det kunne være super fedt at bare si, *så!* Slut med det. Det er jo, der er det jo bare fordomme om nogen sådanne ting også (Bilag 7, p.13, 612-626)

Utdraget eksemplifiserer mange og viktige aspekter ved Rikkens selvoppfattelse, både som eksempel på hvordan hun styres av andres meninger og at hun tilegner dem seg selv som leveregler. Men som hun selv påpeker er det en holdning hun kun har utadtil, fordi på innsiden kjenner hun en annen sannhet, at det egentlig ikke er så lett. På den måten kommer ambivalensen og det ytrestyrte veldig godt frem, for når man vet hva man selv syns, hvorfor late som noe annet? Personer med spiseforstyrrelser er ofte mer tilbøyelige til å måle sin verdi og sine evner ved å sammenligne seg med andre, og derfor er de også mer tilbøyelige til å konformere til andres meninger. I følge Leon Festinger (1954), forfatter av sosial sammenligningsteori, vil en person nettopp ha en tendens til å tilpasse sine meninger etter andres når meningene kritiseres fremfor faktiske evner. Bli ens faktiske ferdighet derimot evaluert, vil man heller prøve å forbedre denne (ibid., p.117-119). Med en slik tanke er det grunn til å tro at det Rikke tror om seg selv og sine evner, ikke nødvendigvis samsvarer med virkeligheten. Ansikt utad-tematikken belyser på denne måten det ytrestyrte ved Rikke, og at hun konstant kjemper en indre kamp mellom hva hun selv og andre mener. Herved blir både ambivalensen og narrativets noe forvirrende struktur forståelig.

Ambivalensen fortsetter å påvirke hennes opplevelser og selvoppfattelse også gjennom graviditeten, hvor hun til stadighet søker bekreftelse på at hun treffer et godt valg og på hvorvidt hun ser tykk ut, ”selv om jeg jo godt rationally vidste, at jo selvfølgelig har jeg taget på, og det skal man, og det er naturligt” (Bilag 7, p. 10, 481-489). Samtidig innser hun at det faktisk er av ganske stor betydning at hun velger å få barn så ung og helt alene, og det er som om hun vender samfunnets og andres skepsis om til noe positivt for henne:

(...) man er litt viljestærk når man vælger at få et barn alene og (...) jeg synes selv jeg klarer det ret godt (griner). Jeg har lært, man må godt rose sig selv. Det må man altså godt. Man behøver ikke at, *ejj*, det går, jeg er ikke så god og det kunne være bedre. Jeg synes det går skidegodt. Og jeg synes jeg er god til at være mor” (780-783, p.15f)

Selv om Rikkens syn på seg selv synes preget av hennes tolkning av andres meninger og samfunnets idealer, ser vi her et tegn til at å bli mor har gitt Rikke, lik som de to andre, en ny tro på seg selv og sine evner. Gjennom å rose seg selv viser hun både mestringsfølelse og egenomsorg, hvilket er positivt for opplevelsen av agens. Det skal understrekes her at Rikke har vært mor i to måneder på dette tidspunktet, hvilket for eksempel Signe selv beskrev som en mer rosenrød tid enn lengre tid etter fødselen (Bilag 5, p.19, 971-976), så er det tross alt en mulighet for at Rikke også vil oppleve en endring. Dessuten kan det, grunnet det korte tidsintervallet etter fødselen, også argumenteres for at Rikke muligvis er midt i en stor identitetsendring, ettersom morskapet gjerne utgjør en stor endring i et livsperspektiv (Polkinghorne, 1996, p.302?)

5.1.3.4. Oppsummering – Rikke

Rikkens narrativ og analysen hertil gir et bilde av en ung mor med en vanskelig fortid og bulimiske symptomer. Dog synes hun å ha en indre kontrollplassering, agens og en positiv holdning til livet, hvilket preger både hennes måte å fortelle på, men også den måten hun forholder seg til motgang på. Hun har aldri fått gjennomarbeidet sin historie før, hvilket preger både den innholdsmessige ambivalensen, eller bagatelliseringen, men trolig også hennes måte å se seg selv på. Rikke beskriver et stort behov for å fremstå som ”god nok”, sterk og selvstendig, hvilket både har bidratt til hemmeligholdelsen av hennes problemer, men også gitt omsorgsrollen en ny og meningsfull retning som hun tilskriver stor lykke og glede.

5.2. Oppsummering og sammenligning

De tre narrativenes forskjellige struktur, plot og tone gir svært forskjellige inntrykk av hvordan spiseforstyrrelser og graviditet kan påvirke en persons liv og oppfatning av seg selv. Disse er så klart bare tre av mange personlige historier, men de gir allikevel et dybdegående innblikk i en problemstilling som ikke enda er tilstrekkelig belyst. Kvinnenes oppfattelse av seg selv synes preget av gjennomgående kontrollbehov og et ønske om å fremstå på en særlig måte, hvilket gir utslag i den måten de takler krav og utfordringer på. Den ytre og indre kontrollplasseringen var hertil relevant å se på, ettersom den gjerne vil bidra til opplevelsen av agens og handlekraft når livet butter imot. Dette ses mest tydelig i den tonen som fremtrer når de skildrer sine forskjellige opplevelser, samt i hvilke ressurser de kan trekke på når de møter motgang. Vi har sett at Andrea og Rikke utviser langt mer tro på egen mestring og seier enn Signe, selv om hun

muligens tenderer mot en noe mer fremtredende agens når det kommer til morsrollen enn ellers i historien. Videre virker det til at den narrative tonen de tillegger sin fortelling, reflekterer agensen de tilskriver seg selv, som også kan påvirke den måten de ser sine muligheter og begrensninger fremadrettet.

Narrativenes oppbygning og grad av sammenheng og meningsfullhet tyder likeledes på at de tre kvinnene er kommet til forskjellige steder i sin selvutforskning, og at de i varierende grad har formodet å integrere sine opplevelser med spiseforstyrrelser og graviditet som del av dem selv og deres livshistorie. Graviditeten har dog for alle de tre betydd et skift, ettersom den har endret noe av det innadvendte fokus på prestasjon og ønsket om å fremstå som god nok eller normal, til en omsorg og et ansvar for et annet individ. På denne måten endres både tanker, følelser, verdier og holdninger i større eller mindre grad. Som vi har sett, kan den oppgave og det ansvar som medfølger morskapet både endre troen på egne evner, gi ytterligere håp for fremtiden, bidra til meningsfullhet, samt gi en ny retning og betydning til behovet for å yte omsorg. Den har dog også vist at frustrasjon over kroppens endringer både under og etter graviditet kan skape en fortsatt ambivalens i betydningen av kroppen som symbol på mestring og prestasjon, og således fremme et enda sterkere ønske om å fremstå som normal, god nok eller ansvarsfull.

Gjennom analysen har vi altså sett en tendens til at graviditet og morskap kan virke styrkende på en persons selvoppfattelse, og for en som før har opplevd (eller fortsatt opplever) manglende følelse av kontroll og agens i sitt liv, medfører det gjerne et nytt mål og en ny mening med livet. Dette er av stor betydning for en persons opplevelse av seg selv som ansvarsfull og som handlekraftig og fremmer en positiv og adaptiv opplevelse av å være et sammenhengende individ med makt over egen livshistorie (Polkinghorne, 1996, p.303). Som følgende diskusjon vil komme inn på, kan det dog være andre aspekter som fremmer eller fastholder en person i et eller annet livsplot og dermed også identitet, og hva spiseforstyrrelser og graviditet har å si for det, vil belyses ytterligere ved å inndra relevant teori.

6. Diskusjon

For å forstå hvordan kvinnene i denne undersøkelsen ser seg selv i lys av opplevelser med spiseforstyrrelser og graviditet, synes det relevant å inndra et moralsk aspekt til forståelsen av identitet. I narrativ teori fremtrer moral til varierende grad som noe betydningsfullt, hvor både Polkinghorne (1991) og McAdams (1993) til dels kan kritiseres for å undervurdere det sosiale og kulturelle aspekt (Brinkmann, 2008, p.40).

Begge påpeker at personer henter idealer og verdier fra samfunnet og kulturens sosiale narrativer, men det fremtrer ikke som hovedfokus i deres betraktninger. For Polkinghorne (1991) synes narrativer primært å utgjøre en kognitiv strukturingsform, mens det for McAdams (1993) vektlegges de utviklingsmessige og indrepsykologiske prosesser når et narrativ dannes. Når vi derimot i ovenstående analyse har sett at alle de tre kvinnene på forskjellig vis vektlegger og fremhever idealer som styrende for sin atferd og sine mål, fremstår det som ytterst relevant å utvide fokuset på narrativer til et som også understreker betydningen av de sosiale og kulturelle rammene personene inngår i og bygger sine narrativer ut i fra. Den følgende diskusjon vil derfor både introdusere en ny dimensjon til identitetsforståelsen og følgende inkorporere denne for bedre å kunne forstå hva spiseforstyrrelser og graviditet har å si for oppgavens deltagere. Svend Brinkmann (f.1974) vil hertil få fokus, da hans bok *Identitet – utfordringer i forbrugersamfundet* (2008) nettopp omhandler hvordan dagens samfunn gjør det utfordrende å anslå hvem man er og hvilke verdier man skal stå for. Når undersøkelsen i tillegg belager seg på opplevelsene rundt spiseforstyrrelser, en psykisk lidelse kjent som en ”nåtidents lidelse” og som karakteriseres ved en overdimensjonert opptatthet av idealer og sosial sammenligning, blir det ekstra viktig å ta dette med i betraktning. Graviditeten og morskapet, som i kontrast kan anses som både tidløst og i høy grad normativt, vil til slutt belyses.

6.1 Moral og identitet

I analysen så vi hvordan forskjellige verdier, holdninger og idealer tilknyttet det å være normal, ”god nok” og ansvarsfull har fremtrådt som viktig i mange aspekter ved kvinnenens narrativer. Temaene presentert i et narrativ må som sett tidligere (McAdams, 1993, p.73) forstås som nettopp en representasjon av fortellerens indre motiver, verdier, holdninger og idealer. Vi henter våre idealer og verdier fra samfunnets allerede konstituerte ideologier, og disse fungerer i følge McAdams (1993, p.82) som rammeverket eller iscenesettingen av vår narrative selvoppfattelse. Det er ideologiene i en gitt kultur som videre bestemmer hva som har verdi og hva som ikke har det og påvirker således en persons motivasjon og retning i livet, og dermed også hva de forteller om (Brinkmann, 2008). Tematikken kan i den forbindelse ses som et uttrykk for hva personene i undersøkelsen *verdsetter* i livet, hvilket argumenteres for å være en av hovedkomponentene i en persons *identitet*. Å ha en identitet vil, i følge Svend Brinkmann (2008, p.52), nemlig si at man er i stand til å ta stilling til eller utvise en holdning i

forskjellige saker og i forskjellige situasjoner, basert på de verdier (i ideologiens rammeverk) som definerer hva som er betydningsfullt. Når vi så har sett på kvinnenes holdninger til åpenhet, sett hvordan de verdsetter omsorg og hvordan de har klare idealer for å være mor og kvinne som mål for sin atferd, samt at deres holdninger til suksess og nederlag preger deres narrativer, gir det mening å inkorporere en slik forståelse av identitet. Dette må derfor ses på som en utvidelse av oppgavens utgangspunkt, hvor identitet primært ses på som meningssettet en person tilskriver sin livshistorie (Polkinghorne, 1991, p.144).

Brinkmann (2008, p.65) har til denne identitetsforståelse hentet to begreper fra Alasdair MacIntyre (1991, if. Brinkmann, 2008, p.65), hvor en persons identitet forstås ut i fra personens grad av *integritet* og *konstans*. Å ha integritet vil si at man er den samme personen i forskjellige kontekster, mens konstans i ens identitet er å følge de samme godene, det samme prosjektet, over tid (ibid.). Satt opp mot Polkinghornes (1991) forståelse, kan man si at der hvor Brinkmann betegner konstans og integritet som elementer ved identitet, ser Polkinghorne (1991, p.144) på det som karaktertrekk ved *selvnarrativet*. I hans optikk er det prosessen med å danne et selvnarrativ som knytter en persons liv sammen til noe sammenhengende på tvers av tid og kontekst. Identiteten er til gjengjeld mer relatert til verdier og holdninger (ibid.). Brinkmann (2008, p.24) poengterer faktisk dette og velger heller å anvende begrepet ”person” fremfor ”selv”, da han mener at en forståelse av identitet som noe som bygger på et *selv*, forutsetter at det ”eksisterer” et selv, som om det var en enhet eller substans *inne i* personen. Polkinghorne (1991, p.144) mener dog at selvet *ikke* er en substans eller *et* selv, men en *følelse av seg selv*, av å være sammenhengende i takt med at livet utfolder seg. I den grad selvnarrativet er velutviklet, kan vi derfor si at følelsen av sammenheng er konstant og integrativ, mens identiteten er mer plastisk og formes og forandres i takt med personens opplevelse av hva som er betydningsfullt. Fordi denne oppgaven hittil har belaget seg på Polkinghornes (1991; 1996) forståelse og fordi det er narrativer som er gjenstandsfeltet, vil vi fortsette med å se på selvet, selvoppfattelsen eller selvnarrativet (brukt om hverandre) som noe konstant og integrativt, og identitet som tilknyttet verdier, idealer og holdninger. Men hvis identitet forutsetter moral, og kvinnene i denne undersøkelsen, gjennom sine narrativer, til forskjellig grad utviser evne til å bedømme hva som er riktig eller viktig, hva sier det så om hvem de er?

6.2. Spiseforstyrrelser og graviditets innvirkning på det narrative selv

Vi knytter svaret opp mot oppgavens fortolkningsramme og narrativ teori. Polkinghorne (1991, p.147) fremhever nemlig også moral som et viktig aspekt i sine teorier om det narrative selv, dog ikke like eksplisitt. Han beskriver hvordan personer, når de skal konfigurere sitt selvnarrativ, trekker på sosiale narrativer og bruker det til å peile sine handlinger inn etter sosiale konvensjoner om hva som er moralsk akseptert. Han skriver: "These stories provide people with *exemplar* plots that can be used to configure the events in their own lives. Cultures hold up *honored* plots for emulation by their members" (egen kursivering, Polkinghorne, 1991, p.147). Disse *eksemplariske* og *ærefulle* plottene som kulturen frembringer kan altså sies å gjenspeile noe Svend Brinkmann (2008) benevner "den moralske orden". Plottene til folk flest beskriver Polkinghorne videre at oftest kan deles inn i "agentisk" eller "victimisk" plots, og hefter det dermed på en persons handlekraft. Dette samsvarer med McAdams (1993) narrative tone, og som vi har bygget vår analyse på. Polkinghorne bygger her selv på McAdams (1993 jf. Polkinghorne, 1996, p.301), og sidestiller et agentisk/handlekraftig eller offerpreget/passivt narrativ med en henholdsvis optimistisk/håpefull og en pessimistisk/resignert narrativ tone. I det agentiske eller optimistiske plottet utviser protagonisten høy grad av utholdenhet, hun er formålsrettet og forpliktende i sine handlinger, mens protagonisten i et passivt pessimistisk narrativ er det motsatte. Hun er nettopp passiv, påvirkelig og pessimistisk og ser livet som utenfor hennes kontroll, hvor suksess er målt etter hva som *ikke* gikk galt og hvor målet således blir å unngå negative hendelser, fremfor å oppsøke og oppnå positive muligheter (ibid., p.302). Plottene beskriver og understøtter godt narrative presentert av undersøkelsens tre deltagere, og viser nettopp til deres moralske forpliktelse, agens og grad av påvirkelighet overfor ytre krefter.

Narrativt og moralsk sett har graviditet og morskap gitt kvinnene en ny retning i livet, et nytt plott å legge sin livshistorie etter. Polkinghorne (1996, p. 303) påpeker dog at, for at et narrativ eller identitet skal endre seg fra å være offerpreget/resignert til handlekraftig/optimistisk, så er man nødt til å hjelpe personen med å finne noe de mestrer og derfra oppbygge en tiltro til egne evner og agens. Han beskriver fire faser en person gjerne gjennomgår når de til behandling skal omstrukturere sitt narrativs plot fra å være *victimisk* til *agentisk* (ibid., pp.303-304). Ingen av kvinnene forteller om å ha mottatt særlig med behandling, og i hvert fall ikke noe som har hjulpet, men den samme prosess kan

identifiseres hos Rikke og Andrea. Det er vanskelig for oss å stadfeste noe om hva som er realiteten *bak* kvinnenens fortellinger, ei er det vår oppgave, men slik det fremstår fra narrativenes tone og struktur og tematikkens innhold, kan det se ut til at kvinnene, slik de fremstiller seg selv *nå*, faller på helt forskjellige trinn i denne prosessen.

Andrea er, som vi har sett i analysen, den som nok har kommet lengst og som tydeligst har satt et punktum i sin historie om spiseforstyrrelser. Selv om hun innrømmer at hun alltid vil kjempe mot den, er det med en tiltro om at det er noe hun er i stand til (bilag 7, p. 22, 1164-1180). Etterhvert som personer beveger seg mot en forståelse av seg selv som handlekraftige aktører, vil de også ettertrakte og motiveres til stadig forbedring (Polkinghorne, 1996, p.302). Hos Andrea kan vi se dette i hvordan hun velger å fortelle sin historie gjennom en organisasjon for psykiske lidelser og bruker skriving som en ressurs for å forstå seg selv bedre, samt hvordan hun tør å drømme om en fremtid med flere barn (bilag 7, p.22f, 1187-1196). En slik forståelse heftes på trinn tre ut av fire i Polkinghorne (1996, pp.303-304) fasebeskrivelse. Her har man nettopp begynt å engasjere seg i aktiviteter som relaterer seg til ens mål i livet, hvilket for Andrea utgjør hennes datter og hennes identitet som mor. Det betyr likevel ikke at hun er fri for inntrykkene det forrige livsplotet har hatt på hennes selvoppfattelse, men en prosess er igangsatt nettopp med å bearbeide og forstå disse (ibid., p.303). Hun har begynt å ”leke med livet” igjen (ibid., p.304). ”As clients participate in working to achieve real-life goals, they become aware that the remaining major barriers to fuller and more agentic participation in life activities reside as much in their own beliefs and attitudes as in the life skills” (ibid.).

Rikke har, som vi har argumentert for tidligere, gitt et inntrykk av at hennes fortelling om bulimien fortsatt er i gang. Den samme forståelse kan være nyttig her, fordi, på samme måte som Andrea, virker også Rikke å ha startet en prosess med å få det bedre. Hun virker bare ikke til å ha kommet helt dertil at hun ”leker med livet” enda (Polkinghorne, 1996, p.304). For det første kan det argumenteres for at Rikke fortsatt lever i de overveldende følelsene av glede som medfølger det å nettopp ha blitt mor, slik som Signe refererer til, for det andre er hun også 6-7 år yngre enn Andrea, og har heller ikke hatt den samme tiden til å gjennomarbeide sine opplevelser. Hertil kan det legges til at hennes unge alder uansett ville kunne tilsi en usikker selvoppfattelse, da hun så vidt har bikket 20 år og dessuten har brukt ungdomstiden på å kjempe mot en spiseforstyrrelse, fremfor de mer ”normale” identitetssøkende aktiviteter ungdommer flest foretar seg (McAdams, 1993, p.67). Med det sagt, virker hun altså, om enn forsinket, til å være i

gang med en prosess med å ta tilbake sin handlekraft, tro på egne evner og en følelse av sammenheng og identitet som en selvstendig aktør (Polkinghorne, 1996, p.303). Den andre fase han beskriver, er nettopp der hvor personer begynner å øve seg på en annen forståelse av seg selv og hva dette kan ha å si for deres agens. Blant annet involverer de seg gradvis i aktiviteter og handlinger som kan fremme et agentisk livsplot (ibid.). Å sette seg et mål som oppleves som meningsfullt og oppnåelig er her av stor betydning, og for Rikke er både det å være mor og det å få seg en utdanning hertil indikatorer på dette. Det er faktisk ganske interessant hvordan hun, som sett i analysen, formulerer at hun ”har lært, man godt må rose seg selv” (bilag 7, p.15, 781), som et slags symbol på at hun nettopp er i ferd med å lære seg selv hvordan man kan leve og forstå sitt liv annerledes. Dette er akkurat i tråd med Polkinghorne (1996, p.303) andre fase, hvor ”clients monitor their progress and establish standards for success in achieving progressively more difficult goals” (ibid.). Det som kreves for at det fortsetter er suksess og følelse av mestring i de mål hun så setter seg. Hvordan det blir fremover, etter at euforien rundt sitt nyfødte barn har satt seg, og realiteten som ung alenemor tar form, ville vært veldig interessant å være vitne til.

Signe forblir oppgavens motvekt og er den som gir klarest innsikt i hvilke *utfordringer* som står på spill når en person skal overkomme et syn på seg selv og sitt livsplot som resignert og pessimistisk. Selv om Rikke og Andrea begge henviser til perioder av sitt liv hvor de tydelig har vært preget av nederlag og følelser av manglende agens og kontroll, blir det som sett ofte malt mer rosenrødt. Dette kan peke på at det *agentiske* livsplottet har begynt å manifestere seg hos de begge. Polkinghorne (1996, p.304) forklarer, med referanse til Cochran og Laub (1994), at for å være i stand til å gi slipp på et *victimic* livsplot, er man også nødt til aktivt å ta avstand fra fortellingen om seg selv som offer. Signes resignasjonsnarrativ, hvor hun beskriver seg selv, implisitt eller eksplisitt, som resignert, maktesløs og til dels ute av kontroll over egne handlinger, medfører at hun i stedet fastholder denne oppfattelsen seg selv og egen evne til å ta styring i sitt liv (ibid.). Faktisk synes ikke Signes fortelling å inngå i Polkinghorne (ibid, p.303) fasebeskrivelse overhodet, for selv fase 1 tilsier at en prosess er satt i gang og at en forandring som har medført oppbrudd i selvoppfattelsen har forekommet. Det er ikke mye som tyder på at Signes selvoppfattelse egentlig har gjennomgått noen forandring, ettersom hun beskriver alltid å ha følt seg maktesløs og kontrollert, først av moren og deretter av spiseforstyrrelsen og hennes andre psykiske lidelser. Slik sett blir spiseforstyrrelsen mer et symbol på eller uttrykk for en side av Signe som hun alltid har

hatt, og der hvor morens kontrollgrep delvis ga slipp, tok spiseforstyrrelsen gradvis over. At hennes kontroll til stor grad er plassert utenfor henne selv blir hertil enda tydeligere.

Hvis man forstår Signes livsnarrativ på den måten, kan det argumenteres for en viss konstans i måten hun ser seg selv og i hennes identitet, slik som Brinkmann (2008) benevner som viktig for å ha en identitet. Hun har kanskje vanskeligere for å ta standpunkt i forskjellige kontekster og er lettere impulsiv og tilbøyelig til å la seg påvirke (manglende integritet), men det er ikke fordi dette er avvikende for hennes typiske atferd. Signe har tilsynelatende alltid følt seg maktesløs, resignert og overgivende. Graviditetene til Signe får derfor også en annen betydning enn det gjør for Rikke og Andrea. Der hvor graviditet og morskap for dem har betydd en ny retning og et nytt mål i livet, og på den måten hatt en positiv eller forsterkende effekt på deres prosess med å ”ta tilbake makten”, kan ikke den samme effekt skjelnes i Signes narrativ. Selv om ikke Rikke og Andreas narrativer oppleves som så rosenrøde som de vil fremstille det som, er de likevel narrativer hvor plot og meningsforståelse er under forandring. For Signe fremstår narrativet som gjennomgående pessimistisk og egentlig ikke som så formativt. Slik sett synes ikke graviditeten å ha gjort noe for Signes generelle utsikt til livet.

Det betyr dog ikke at graviditetene *ikke* har hatt betydning, for det har gitt henne *noe* å kjempe for og *noe* å identifisere seg med – nettopp det å være mor og ha et ansvar for barnas liv og velvære. Selv om Brinkmann (2008, p.64) sier at identifisering med en rolle ikke er nok til å påstå ansvarlighet og agens, sier Polkinghorne (1991, p.146) at man til sitt personlige narrativ kan innskrive historien til de man står nær, hvor deres skjebne blir ens egen skjebne og dermed også uløselig forbundet med ens egen selvnarrativ: ”the importance of events is no longer determined only by their effect on me, but now also by the impact on the others who have been taken in as part of my identity (ibid.). Som Signe sier er hennes største mål i livet at hennes egen fortelling ikke skal få gjenta seg hos sine sønner, og hun bruker sine egne erfaringer som guide til å gjenkjenne mønstre i sine egne barn for å forhindre at de får utvikle seg. Det vitner jo egentlig ganske mye om en ansvarsfull og agentisk mor.

6.3. Oppsummering

Graviditeten synes derfor å ha gitt kvinnene tilbake en viss tiltro til egne evner. Der hvor Rikke og Andrea utviser styrke, er der hvor de fremhever hva de er gode til. Optimismen i deres narrativer hentyder som sett til at troen på egne evner, styrke og handlekraft, kan – berettiget eller ei – føre med seg en faktisk økt sjanse for å overkomme motstand

(McAdams, 1993, p.48). Når begge ser seg selv eller sitt mål med livet som tilsiktet det å være mor, kan dette tilsi både en tro på at akkurat det er noe de evner, har kompetanse til og vil være prestere i. Fordi folk i sine narrativer leter etter og søker å fremheve de aspekter som forsterker det bildet de har av seg selv, gir det også mening at de vil fremheve sin tiltro til seg selv som værende en god mor. Å bli gravid og bli mor har gjort at alle tre kvinnene moralsk ansvarlig og det har vist at de kan ta stilling til hva som i deres øyne er verdifullt, viktig og meningsfylt i et liv, både subjektivt og kulturelt/objektivt/normativt sett. Hendelser slik som sykdom og fødsel (blant andre) blir ansett som så store at de medfører et oppbrudd i hvilken mening en person hittil har tilskrevet sitt narrativ (May, 1967, if. Polkinghorne, 1996, p.302). Selv om det for mange kan skape stor forvirring omkring identitet når man står overfor det å bli mor, tyder det heller på at det for disse kvinnene bringer en følelse av konstans og ro til deres indre forvirring om hvem de er i møte med morskapet, uavhengig av om spiseforstyrrelsen kan anses som et oppbrudd eller en følgevirkning i identitetsoppfattelsen. Graviditeten og morskapet synes heller å ha blitt den nødvendige målsetning Rikke og Andrea behøvde for å starte prosessen med å bryte ned sitt offerpregede selvnarrativ, som forårsaket av en vanskelig barndom og ungdomstid preget av spiseforstyrrelser, tilknyttede opplevelse av svakhet som inkompatibelt med deres selvilde, og deres forvirring omkring deres identitet uten spiseforstyrrelsene (Polkinghorne, 1996, p.303, bilag 6; bilag 7).

7. Konklusjon

Oppgaven har forsøkt å belyse tre kvinners personlige narrativer om spiseforstyrrelser og graviditet, samt hvilken betydning disse har for deres selvoppfattelse og identitet. Gjennom rammeverk, narrativ teori, metodiske overveielser, en grundig analyse og påfølgende diskusjon, er problemformuleringen og dertilhørende betraktninger forsøkt belyst. Det fremkommer tydelig at de tre kvinnene både har svært forskjellige problematikker og historier, men det finnes også likhetstrekk imellom dem, som kan peke mot tendenser hos denne spesifikke gruppen av kvinner.

Vi har sett at identitet er mer enn hva et enkelt narrativ kan si. Det er et spørsmål om moral, valg og verdier og hva man forteller om seg selv til andre kan dermed ses som et grundig valg basert på hvordan man vil fremstå i en gitt situasjon. Dette tilsier at det nok er langt mer til disse kvinnene enn hva undersøkelsen kan finne gjennom et enkelt narrativt intervju, samt vil ord kunne komme til kort når dypere en ønsker å forstå et annet menneske på et dybdegående plan. Vi har dog funnet at en spiseforstyrrelse kan volde

stor smerte og desintegrasjon i en persons oppfatning av seg selv, især dersom personen i forveien har et bilde av seg selv som sterk, handlekraftig, selvstendig og kontrollert, hvilket Rikke og Andrea kan betraktes som. For Signe synes spiseforstyrrelsene heller å tre inn som forsterkning av hennes bilde av seg selv som værende annerledes, maktesløs og uten kontroll over livets utfall. Spiseforstyrrelsen har for dem alle tre gitt en potensiell og midlertidig mestring, men har også vist seg å kunne ta form som en ytre kraft de må kjempe imot for å bli kvitt. Narrativenes fremtoning har hertil vist hvordan dette integreres i deres måte å fortelle på, men også i deres syn på mestring og i hvordan de takler motgang.

Når det kommer til graviditet og morskap, har de alle beskrevet et gjennomgående ønske om å bli mødre og har i sin visjon om seg selv sett for seg et liv som det. Graviditet og morskap har derfor tilbudt livet en vending, som de alle tre i større eller mindre grad har agert på. For Andrea har det å bli mor og få en familie utgjort en del av hva hun tilskriver meningen med livet, som et ideal å etterleve. Spiseforstyrrelsen kom lenge inn og knuste den drømmen for henne, men det faktum at hun til tross for den fikk en datter, utgjør en så stor seier for henne at det sannsynligvis alltid vil prege hennes livshistorie. For Rikke var det å bli mor en forlengelse av en karakteristikk hun alltid har hatt. Hun har alltid passet på alle andre, har alltid vært den omsorgsgivende både blant venner og familie, og det at hun så valgte å bli alenemor blir et bilde på hennes viljestyrke og dedikasjon til sitt prosjekt. Det blir et bilde på integritet og konstans i hennes identitet – på tross av bulimien som prøvde å rukke ved det. For Signe har graviditet og morskap gjort at hun har funnet noe hun kan identifisere seg som – å være mor er å være *noen* – og med en økende agens i morsrollen, kan selv ikke spiseforstyrrelsene rukke ved det. Selv om hun tilsynelatende har resignert fra kampen om å bli kvitt spiseforstyrrelsene, kjemper hun daglig en kamp mot at den skal få innvirke på hennes evne til å være en god mor. Hertil bruker hun sin egen historie som peilesystem for å forhindre at det samme skal skje med hennes barn som med henne selv.

Således kan vi utlede fra dette prosjektet følgende konklusjoner. Først at narrativer kan gi et godt innblikk i hvordan en person ser seg selv og hvor konsistent de er i denne oppfattelsen. Ut i fra måten respondentene strukturerer sin fortelling, både overordnet og oppdelt, samt i hvilken tone de tilskriver den og hvilke temaer de snakker om, kan man skjelve hvor godt integrert deres opplevelser er og til hvilken grad de aksepterer den de er. For det andre har vi sett at spiseforstyrrelser er en lidelse som kan medføre oppbrudd i en persons selvoppfattelse og yter sterk innflytelse over måten de ser seg selv og egen

handlekraft. Dog avhenger det mye av hvor integrert identiteten var i forveien på hvorvidt de selv klarer å komme ut av lidelsene igjen, hvor det er tydelig at et sterkt og stødig selvbilde kan ha en positiv effekt. Andre faktorer som sosial støtte, relasjoner og sosioøkonomisk status synes også å ha en innvirkning, men har ikke blitt utforsket nærmere i denne undersøkelsen. Det tredje punktet relaterer seg til graviditet og det å bli mor, hvor det i denne undersøkelsen har vist seg å være et langvarig ønske og et prosjekt de alle tre har gått for og jobbet mot.

Å bli gravid og få barn har vist seg å ha en positiv effekt på måten de alle tre ser seg selv, og gitt en økt tiltro til egne evner, agens og handlekraft, samt gitt de en retning i livet, eller et plot til sitt narrativ, som de kan forfølge og etterleve. Dette er uavhengig av hvorvidt deres fortelling fremstår som optimistisk eller pessimistisk, progressiv eller regressiv. Det betyr likevel ikke at alt kun er rosenrødt, og vi har sett en tydelig tendens til at spiseforstyrrelsesmønstrene gjør seg gjeldende og fremtrer til forskjellig grad i narrativet om graviditeten til alle tre, selv i de optimistiske narrative hvor fortellerne selv fremhever at de nå har kontroll på lidelsen. Dette medfører en tanke om at gruppen, både de *med* spiseforstyrrelser og de som er friskmeldte, er såpass sårbare og såpass opptatt av å fremstå friske, at emnet burde vies mer oppmerksomhet, slik at spiseforstyrrelser hos gravide kvinner kan plukkes opp og italesettes på en konstruktiv måte. Hvilke tiltak som skal til og hva som rører seg helt konkret under en graviditet hos denne gruppen kvinner, trengs det dog mer forskning og kunnskap om, og det oppfordres til videre undersøkelser.

Referanser

- Breakwell, G.M. (2006a) Interviewing Methods. In G.M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J.A. Smith (Eds) *Research Methods in Psychology*, 3.utg, Sage Publications
- Breakwell, G.M. (2006b) Using Self-recording: Diary and Narrative Methods. In G.M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J.A. Smith (Eds) *Research Methods in Psychology*, 3.utg, Sage Publications
- Brinkmann, S. (2008). *Identitet: Udfordringer i forbrugersamfundet*. Aarhus: Forlaget Klim
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder* (pp.429-445). København: Hans Reitzels Forlag
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). Introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder* (pp.17-24). København: Hans Reitzels Forlag
- Collin, F. & Køppe S. (2014) Indledning. I F. Collin. & S. Køppe. (Eds) *Humanistisk Videnskabsteori*. København: Lindhardt og Ringhof Forlag A/S
- Crowther, J. H. & Williams, N. M. (2011). Body Image and Bulimia Nervosa. In T. F Cash & L. Smolak (red.), *Body Image – A Handbook of Science Practice and Prevention* (2.ed, pp.288-295). New York: The Guilford Press
- Crossley, M. (2011) Narrative Analysis. In (Eds) E. Lyons & A. Coyle. *Analysing Qualitative Data in Psychology*. Sage Publications. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446207536>
- Danmarks Statistik (2016) (kontaktinfo: Susanne M. Sørensen) Siden heter: *Befolkningens uddannelse 2016, Stor forskel i mænd og kvinders uddannelse*. Hentet d. 27. April 2017, fra <http://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=22637>
- Danmarks statistik (2017) (kontaktinfo: Dorthe Larsen) Tabellen/siden heter: *Statistikbanken, FOD11, Gennemsnitsalder for fødende kvinder og nybagte fædre*. Hentet d. 27. April 2017, fra: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveelections.asp>
- Delinsky, S. S. (2011). Body Image and Anorexia Nervosa. In T. F Cash & L. Smolak (red.), *Body Image – A Handbook of Science Practice and Prevention* (2.ed, pp.279-287). New York: The Guilford Press
- Festinger, L. (1954) A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7, 117-140
- Flyvbjerg, B. (2006) Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Quantitative Inquiry*, 12:2, pp.219-245
- Gross, H. & Pattison, H. (2007). *Sanctioning Pregnancy – A psychological perspective on the paradoxes and culture of research*. New York/London: Routhledge
- Helsedirektoratet (2017a). *Forekomst: Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet d. 01. Mai 2017,

- fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=forekomst-10523>
- Helsedirektoratet, (2017b). *Samsykelighet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet d. 02. Mai 2017, fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=samsykelighet-11190>
- Helsedirektoratet (2017c) *Kosthold for gravide*. Sist oppdatert 06.03.17. Hentet d. 21. April 2017, fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/graviditet-fodsel-og-barsel/graviditet-og-svangerskap/kosthold-for-gravide>
- Karpatschhof, B. (2010) Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds) *Kvalitative metoder: en grundbog*. København, Hans Reitzels Forlag
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Interview (2. Ed.)* B. Nake, (Trans.). København: Hans Reitzels Forlag
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. P. Røen, (Trans.). Trondheim, NO: Tapir Akademisk Forlag (370 s.)
- Matthiesen, N., C., L. (in prep). A Question of Access: The tale of a Novice. *Ethnography and Education*
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press
- Miller, L. J. (2016) Psychological, Behavioral, and Cognitive Changes During Pregnancy and the Postpartum Period. In A. Wenzel (red.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology* (pp. 7-25). New York: Oxford University Press
- Mishler, E.G. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press (kap 4, ss. 66-116)
- Murray, M. (2007). Narrative Psychology. In J. A. Smith (red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2.ed., pp.111-132). London: Sage Publications Ltd.
- Moscovici, S. (1981) On Social Representations. In: J.P. Forgas (ed.) *Social Cognition: Perspectives in Everyday Understanding*, London: Academic Press.
- Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and Self-Concept. *Journal of Narrative and Life History*, 1:2 & 3, pp. 135-153
- Polkinghorne, D. E. (1996) Explorations of Narrative Identity. *Psychological Inquiry*, 7:4, pp.363-367

- Polkinghorne, D.E. (2007) Validity Issues in Narrative Research. *Qualitative Inquiry*, 13:4, pp.471-486. DOI: 10.1177/1077800406297670
- Regelsæt 2012-2014. *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Dansk Psykologforening (pp. 32-38). Nedhentet d. 03. Mars 2017, fra: <http://www.dp.dk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer/>
- Rønn, C. (2011) *Almen Videnskabsteori for professionsuddannelserne*. København, Akademisk Forlag
- Sandelowski, M. (1991) Telling stories: Narrative Approaches in Narrative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 23:3, pp. 161-166
- Skouteris, H. (2011). Body Image Issues in Obstetrics and Gynecology. In T. F Cash & L. Smolak (red.), *Body Image – A Handbook of Science Practice and Prevention* (2.ed, pp.342-249). New York: The Guilford Press
- Skårderud, F., (2004). Den kommuniserende kroppen – kroppen og kultur. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 18, 124, 2365-2368
- Skårderud, F. (2013). *Sterk/svak – håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 15, 2004, 124, 1938-1942.
- Spector-Mersel, G. (2010) Narrative Research: Time for a Paradigm. *Narrative Inquiry*, 20:1, pp. 204-224. doi 10.1075/ni.20.1.10spe
- Stake, R., E. (2010). *Qualitative Research: studying how things work*. New York: The Guilford Press
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N. & Freeland, A. (1999). *En mor bliver til*. B.Nake (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag
- Sternfeld, B. (1997). Physical activity and pregnancy outcome: review and recommendations. *Sports med.* 23 (1), 33-47
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010) Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Eds.). *Kvalitative metoder – en grundbog*. København, Hans Reitzels Forlag
- Valbak, K. (2010). Spiseforstyrrelser. In E. Simonsen and B. Møhl (red.), *Grundbog i Psykiatri* (pp.459-472). København: Hans Reitzels Forlag
- WHO (2014). *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- WHO (2017). *Classifications - revision*. Sist oppdatert 3. februar 2017. Nedhentet d. 21. Mai 2017, fra: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>