

TITELBLAD

AALBORG UNIVERSITET

INSTITUT FOR SOCIOLOGI OG SOCIALT ARBEJDE

Projektformat: Speciale
Projekttitel: Når maden som medicin ikke er medicin nok...
Afleveringsdato: 1. August 2017
Vejleder: Tine Mechlenborg Kristiansen
Antal sider: 99,6 á 2400 Anslag
Antal anslag: 239.135 Anslag



Celina Kassow Knudsen
20141818



Nina Schrøder
20122858



Trine Balsler Lindstrøm
20141822

ABSTRACT

This thesis contains a theoretical approach in which it aims to investigate: *What kind of treatment is expressed through the different participants perspectives in the social work with the girls previously suffering from an eating disorder in the region of Northern Jutland?* This thesis takes a hermeneutic approach to the generation of knowledge because of our interpretive starting point. This has influenced our research methods, approaches and strategy of analysis. By using a hermeneutic method of research, we allow the theoretical and empirical material to speak for themselves, which is why the analysis in this thesis are based on themes, which originates from the interviewed informers. The informers interviewed in this thesis are three girls previously suffering from an eating disorder, the chief physician of 'Enhed for Spiseforstyrrelser' (Unit for Eating Disorders) and two social workers from a social residence in the Northern Jutland. Furthermore we have interviewed three workers from local municipalities by telephone. In the first section of this thesis, we found through David M. Garner, that there are different ways and reasons of developing an eating disorder. However, it is common for the three girls interviewed in this thesis that they all tried to hide their identity as a person suffering from an eating disorder, they all tried to live up to the expectation from the society, themselves and their surroundings. Furthermore the thesis found that the mantra of the psychiatric treatment was that nutrition is the medicine. However, we conclude that there is a need of qualification and improvement in the social work with girls suffering from an eating disorder. According to Erving Goffman, 'Enhed for Spiseforstyrrelser' (Unit for Eating Disorders) can be characterized as a total institution. The need of improvement in the social work with girls suffering from an eating disorder, come into sight because the girls all express that they feel neglected and violated in the total institution and they feel that the focus on nutrition is above all. Moreover, when the girls are at a certain weight they are signed out from the total institution and they feel lost in the society with nobody to help them. Here we found that the girls are left to fend for themselves since they are too well to stay at the hospital, but yet they are too sick to act in the society. However, through the interviews with the local municipalities we found that there are no initiatives and re-entry to the society for girls coming from 'Enhed for Spiseforstyrrelser' but there certainly is a need for one. Thus, the thesis concludes that nutrition as medicine is not medicine enough, but instead there is a need for a much more holistic social work.

Indholdsfortegnelse

TITELBLAD	1
ABSTRACT	2
INDLEDNING	6
PROBLEMFELT	7
PRÆSTATIONSSAMFUNDET	7
SUNDERE LIVSSTIL - MINDRE TRIVSEL	8
'OVERLÆGGEREN HÆVES'	10
RISIKOVURDERING	11
SPISEFORSTYRRELSER	11
PATIENTINDLÆGGELSER	12
UTILFREDSHED BLANDT SPISEFORSTYRRELSERAMTE	13
PROBLEMAFGRÆNSNING	15
PROBLEMFOMULERING	16
UNDERSØGELSESPØRGSMAÅL 1	16
UNDERSØGELSESPØRGSMAÅL 2	16
UNDERSØGELSESPØRGSMAÅL 3	16
BEGREBSAFKLARING	17
PROBLEMORIENTERET PROJEKTARBEJDE	18
SPISEFORSTYRRELSERAMTE UNGE PIGER – ET SOCIALT PROBLEM?	18
KAPITEL 1	20
VIDENSKABSTEORI	21
HERMENEUTISK VIDENSKABSTEORETISK POSITION	21
FORSKNINGSDESIGN	24
PROJEKTETS UDVÆLGELSESPROCES	24
INTERVIEWET SOM KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	28
INTERVIEWGUIDEN SOM TJEKLISTE	29
PROJEKTETS ANALYSESTRATEGI	29
MENINGSKODNING, MENINGSKONDISERUNG OG MENINGSFORTOLKNING	30
KVALITETSKRITERIER I ET FORSTÅENDE FORSKNINGSPROJEKT	32
ETISKE OVERVEJELSER	33
KAPITEL 2	34
UNDERSØGELSESPØRGSMAÅL 1	35

SOCIALT ARBEJDE FOR SPISEFORSTYRRELSERAMTE I NORDJYLLAND	35
FIGUR 1 – SYSTEMATISK KORTLÆGNING – INDSATSER I NORDJYLLAND	37
SOCIALT ARBEJDE I REGION NORDJYLLAND	38
FIGUR 2 – REGION NORDJYLLANDS ORGANISATIONS DIAGRAM	40
SPECIALISERING OG RATIONALISERING	41
ENHED FOR SPISEFORSTYRRELSER	42
DET SOCIALE ARBEJDE PÅ ENHED FOR SPISEFORSTYRRELSER	43
DET SOCIALE ARBEJDE PÅ ET SOCIALPÆDAGOGISK OPHOLDSSTED	47
SAMMENFATNING	49
<hr/>	
KAPITEL 3	50
<hr/>	
UNDERSØGELSESPØRGSMÅL 2	51
<hr/>	
DAVID M. GARNER	51
INFORMANT LOTTE	53
INFORMANT ANA	53
INFORMANT BRITTA	54
ERVING GOFFMAN	54
SELVREPRÆSENTATION	55
FRONTSTAGE – BACKSTAGE	56
IDENTITET	56
STIGMATISERING	57
DEN TIDLIGERE SPISEFORSTYRRELSERAMTE LOTTE	58
HEMMEHOLDDELSE	59
DE ANSTRENGENDE ROLLER	61
NÅR ROLLEN SOM SPISEFORSTYRRELSERAMT AFSLØRES	61
SPISEFORSTYRRELSERENS SOCIALE KONSEKVENSER	62
DE VIRTUELLE SOCIALE SAMHANDLINGER	64
DEN TIDLIGERE SPISEFORSTYRRELSERAMTE ANA	65
MED ’TÆNDSTIKBEN’ SOM MÅL	65
NÅR LØGNE ISOLERER	66
SELVOPLEVELSEN CHOKERES	67
DEN TIDLIGERE SPISEFORSTYRRELSERAMTE BRITTA	68
AT ’TÅBE ANSIGT’	68
SAMMENFATNING	70
<hr/>	
KAPITEL 4	71
<hr/>	
UNDERSØGELSESPØRGSMÅL 3	72
<hr/>	
INSTITUTIONALISERING	72
TOTALINSTITUTIONERNES NYE FORHOLD	73
MENNESKET I ANSTALTEN	74
PATIENTENS NEDBRYDELSE AF TIDLIGERE FORESTILLINGSBILLEDER	76
INDVIELSESCEREMONI	77

PATIENTERNE OG PERSONALET	80
KOMMUNIKATION PÅ TVÆRS AF SVÆLGET	81
KRÆNKELSESPROCESSER I TOTALINSTITUTIONEN	83
ENSRETNING AF PATIENSGRUPPEN	85
KONKURRENCE	87
SAMMENFATNING	88
REFLEKTERENDE DISKUSSION	89
KONKLUSION	100
METODEREFLEKSION OG PERSPEKTIVERING	104
PUBLIKATIONSLISTE	105
LITTERATURHENVISNINGER	105
WEBSITEHENVISNINGER	107

INDLEDNING

[...] I min første omgang med anoreksien, da jeg blev indlagt på hospitalet og tvangsmadet, lærte jeg måder at bekæmpe anoreksien på, som i virkeligheden opfedede anoreksien og udsultede mig endnu mere [...] Det var en proanorektisk kamp, fordi den ikke blev ført fra et sted, der var præget af selvkærlighed eller omsorg for min krop, som huser min ånd, men af skræk for at blive straffet for ikke at spise. Den eneste forskel var, hvem jeg skulle adlyde – lægerne eller anoreksien. Ingen af de måder, jeg havde lært at bekæmpe anoreksien på, tillod mig nogensinde selv at ønske den mad, jeg spiste, fordi spisning blot var en regel jeg skulle adlyde (Maisel m.fl., 2004, 352-353).

Ovenstående uddrag er skrevet af en tidligere anoreksiramt ung kvinde, Margaret, og stammer fra hendes dagsbogsfortælling om hendes kamp mod spiseforstyrrelsen. En spiseforstyrrelse skaber frygt – en frygt, som ikke blot rammer den unge selv, dets familie og omgangskreds, men en frygt som også påvirker professionelle behandlere, når de betros den ramtes sundhedsmæssige og mentale velfærd. Frygt medbringer fortvivlelse, og når den ramte opgivende accepterer sin dræber, er professionelle behandlere nødsaget til at foretage livsnødvendige beslutninger for, at redde den spiseforstyrrelsesramtes liv. Margaret, den tidligere anoreksiramte unge kvinde, beskriver, at hun oplevede hendes behandlingsforløb som 'overført diktatur'. Hun forklarer endvidere, hvordan hun oplevede at behandlingsteamet langsomt, men vedvarende overtog kontrollen over hendes liv – Den kontrol, som spiseforstyrrelsen tidligere havde haft (Maisel m.fl., 2004, 351). Trods professionelle behandleres intentionelle hjælp og livsnødvendige behandling, oplever den anoreksiramte Margaret hjælpen som en kontrollerende tvang, der på samme vis som selve spiseforstyrrelsen, overtog og kontrollerede hendes liv. Vi anskuer sammenhængende med Margarets fortælling, at den spiseforstyrrelsesramte kan opleve en ambivalens, hvori spiseforstyrrelsens stemme forsøger at nedbryde og dominere behandlingsforløbets struktur og egentlige formål – At helbrede den unge, og dermed hjælpe den unge til at genvinde kontrollen over eget liv og tilværelse.

PROBLEMFELT

Præstationssamfundet

Ifølge Anders Petersen, kan nutidens samfund karakteriseres som et præstationssamfund med en indlejret præstationskultur, som understøtter hyldest og fejringen af individets egne bedrifter og sejre (Petersen, 2016, 60). Flid og hårdt arbejde belønnes og anses som værende noget af det væsentligste i præstationskulturen. Det betyder, at det enkelte individ er nødsaget til at indordne sig under præstationskulturens præmisser og acceptere, at selvdisciplin belønnes (Petersen, 2016, 61). Rasmus Willig sammenligner mennesket med en agility-hund, hvor vi som mennesker, ligesom i hundenes verden, skal forcere en række forhindringer korrekt og i den rigtige rækkefølge. Vinderhunden er den, der kommer igennem banen med færrest fejl. Den gode hundefører, er således den, der kan få hunden til at føle glæde ved at forcere de mange forskellige forhindringer. Dermed består triumfen ikke blot i at vinde, men også i at få hunden til at logre flittigt med halen, mens den forcerer banens forhindringer. (Willig, 2013, 126) Ifølge Willig er de nye tabere i agilitysamfundet dem, som ikke har elastiske kroppe, ikke er udholdende, eller ikke er motiverede til at tage kampen op i forhold til at honorere de nye krav. De, som ikke bare kan logre med halen, når forhindringerne er værst (Willig, 2013, 129). Kunsten er her, at kunne overbevise sig selv og andre om, at de mange krumspring er en del af en større selvrealiseringsproces, hvor selvets inderste potentialer kan realiseres på såvel den fysiske træningsbane som på den mentale bane i samfundet (Willig, 2013, 129).

Sociologen Anthony Giddens omtaler, som Petersen og Willig, ligeledes de sociokulturelle aspekter som medvirkende til at fremsætte nogle samfundsbestemte forventninger og krav, som det enkelte individ må efterleve og tilstræbe. Ifølge Giddens kan disse sociokulturelle aspekter bevirke, at *"[...] individet føler sig efterladt og alene i en verden, hvor han eller hun mangler den psykologiske støtte eller følelse af sikkerhed, som mere traditionelle rammer giver"* (Giddens, 2004, 47). Ovenstående uddrag skitserer hvor væsentligt det er, at individet sikrer en sammenhængende personlig fortælling, til trods for modernitetens forvirring og øgede ansvar. Det kan heri anskues, at moderniteten lægger et enormt pres på selvet, hvilket kan bevirke oplevelsen af afmægtighed og forskellige former for afhængighed, der erstatter traditionens regulering og stabilitet. Giddens understreger specifikt, at *"[...] anoreksi repræsenterer en stræben efter sikkerhed i en verden med mangfoldige, men flertydige muligheder"* (Giddens, 2004, 130).

Niels Ulrik Sørensen og Jens Christian Nielsen har publiceret den videnskabelige artikel *'Et helt normalt perfekt selv. Konstruktioner af selvet i unges beretninger om mistrivsel'* (2014) og heri fremstilles umiddelbart distinktive og usammenlignelige aspekter. Som Petersen og Willigs perspektiver, anskuer Sørensen og Nielsen måden hvorpå nutidens unge er nødsaget til, at indordne sig under præstationssamfundets præmisser, og acceptere, at præstation belønnes (Petersen, 2016, 61). Sørensen og Nielsen forklarer gennem denne artikel, hvordan selvkonstruktionen hos en gruppe unge, som havde erfaringer med eksempelvis ensomhed, mobning, selvskade, bulimisk adfærd og andre mistrivselser, alle havde det til fælles, at de ofte forklarede disse som værende grundet fejl og mangler hos dem selv som individer (Dansk sociologi, 2014 ¶ Et helt normalt perfekt selv). Det kan hertil problematiseres, at præstationssamfundet ikke alene udvider selvkonstruktionens mulighedshorisont, dette skaber ligeledes nogle positioneringskrav og eksklusionsformer, som kan bevirke mistrivsel hos de unge, som ikke formår at håndtere et sådan pres og konstruere sig selv i henhold til præmisserne i præstationssamfundet (Dansk sociologi, 2014 ¶ Et helt normalt perfekt selv). Ifølge Sørensen og Nielsen kan disse unge reagere med en selvrettet adfærd – eksempelvis i form af en spiseforstyrrelse – og hertil forklarer de årsagen, som værende den unges fremherskende individualiserede logik, der understreger et individuelt ansvar for deres egne sejre og nederlag (Dansk sociologi, 2014 ¶ Et helt normalt perfekt selv).

Sundere livsstil - Mindre trivsel

Denne subjektive oplevelse af mistrivsel kan anskues i Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI's) undersøgelse *'Børn og unge i Danmark – Velværd og trivsel'* (2014) rapporterer 7.676 adspurgte børn og unge om deres oplevelse af trivsel. De unge piger rapporterer generelt om en højere andel af gener med helbredet og emotionelle problemer, end i foregående SFI undersøgelse (2010). Pigenes resultater, sammenlignet med de adspurgte drenges resultater, bevidner overordnet om højere hyppighed af mistrivsel blandt pigerne. De trivselsmæssige indikatorer som eksempelvis kan fremhæves, synliggøres nedenfor (SFI, 2014 ¶ Børn og unge i Danmark, 189):

- | | | |
|------------------------------------|---------------|----------------|
| • Oplevelsen af at være ked af det | Pigerne (14%) | Drengene (3%) |
| • Ofte føle sig ensom | Pigerne (10%) | Drengene (7%) |
| • Lav tilfredshed | Pigerne (13%) | Drengene (9%) |
| • Forsøgt selvmord | Pigerne (7%) | Drengene (3%) |
| • Ofte utryghed og usikkerhed | Pigerne (33%) | Drengene (15%) |

Undersøgelsen fremsætter ligeledes de livsstilsbetingede indikatorer, og udvalgte indikatorer synliggøres nedenfor (SFI, 2014, 189):

- | | | |
|---------------------------------|---------------|----------------|
| • Mængden af fastfood | Pigerne (5%) | Drengene (18%) |
| • Sukkerholdige drikke | Pigerne (32%) | Drengene (52%) |
| • Overvægt eller svært overvægt | Pigerne(18%) | Drengene (25%) |

SFI's undersøgelse konkluderer overordnet, at landets unge piger generelt lever sundere, ikke blot sammenlignet med drengene, men de lever også sundere end ved sidst foretagende undersøgelse (2010). Trods sundere livsstil konkluderer undersøgelsen endvidere, at pigerne generelt har en subjektiv oplevelse af mere mistrivsel end drengene. Heri kan anskues et paradoks der fremsætter, at samtidigt med at pigernes livsstil er sundere end tidligere, bevidner flere indikatorer om, at pigerne oplever mindre trivsel (SFI, 2014 ¶ Børn og unge i Danmark, 187). Vi finder det sammenhængende med SFI's undersøgelse relevant at supplere med artiklen *'Unge piger strømmer til psykolog'* (2014), som er udgivet samtidigt med foregående undersøgelse. Mai Heide Ottesen er programleder og forsker hos SFI og påpeger, at der kan være sammenhæng mellem pigernes livsstil og mistrivsel. Mai Heide Ottesen kommenterer på undersøgelsen, og fremsætter, at *[...] individualiseringen og jagten på det perfekte liv, hvor vi skal spise sundt og motionere, skaber et ekstra pres på pigerne, som bliver kede af det, fordi de ikke oplever at kunne leve op til alle de forventninger, der er"* (Berlingske, 2014 ¶ Unge piger strømmer til psykolog). Muligheden, eller kravet om individualiseringen i de unge pigers selvdannelse, anskues altså her, som værende en risikofaktor i forhold til de unge pigers psykiske velbefindende. Den unge udsættes således for et pres om selvdannelse, udvikling og præstation. Sammenhængende med Sørensen og Nielsens videnskabelige artikel, er det muligt at problematisere, at der er flere indikatorer som understreger sammenhængen mellem unges fremherskende individualiseringslogik og ansvar for at udvikle sin selvkonstruktion (Dansk sociologi, 2014 ¶ Et helt normalt perfekt selv). Som tidligere nævnt anskuer Giddens udviklingen af anoreksi, som en stræben efter sikkerhed og hertil understreger han at *"[...] i en situation med tilsyneladende mangfoldighed af muligheder, er hendes reaktion afgrænset og præget af stram kontrol"* (Giddens, 2004, 129). Med ovenstående kan vi anskue en spiseforstyrrelse som en måde, hvorpå den unge forsøger kontrollere de mangfoldige muligheder, som nutidens præstationssamfund opstiller, og som Mai Heide Ottesen tidligere påpegede, er det særligt pigerne som lader sig påvirke af kravet om individualisering.

'Overlæggeren hæves'

Som tidligere beskrevet er der indikatorer som viser, at de unge piger præsterer bedre og overordnet lever sundere. Selvom flere undersøgelser påpeger, at de unge piger klarer sig bedre, så er det ligeledes medvirkende til at øge forventningspresset og forestillingen om, at være 'god nok'. Den evindelige kamp er medvirkende til at 'overlæggeren' for succes konstant hæves. Når pigerne klarer sig bedre, stiger forventningerne, både deres egne og samfundets. Disse forventninger, kan som førnævnt anskues i et samfundsstrukturelt perspektiv, hvori det forventes og kræves at der præsteres. Høje krav og en følelse af afmagt hos individet kan være medvirkende til at øge risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse, hvilket ligeledes kan anskues i forhold til et uddrag, hvor den amerikanske filosof og feminist Susan Bordo fremsætter, hvordan *"[...] oplevelsen af afmagt gennem anoreksien vendes til magt, forvirring til kontrol, sårbarhed til usårlighed"* (Lunn, 2008, 195). Ovenstående skitserer en skræmmende virkelighed. I en artikel i 'Psykologi Nyt' fra 2004, beskriver Marianne Hertz, som siden 1993 har været overlæge på Anoreksiklinikken på Rigshospitalet, at der i forhold til behandlingen af de spiseforstyrrelsesramte, kan være tale om en ambivalens i ønsket om behandling:

"Anoreksi er jo en sygdom, man er glad for. Man er stolt af den. Derfor har pigerne det også meget dobbelt, når de kommer herind. På den ene side vil de gerne hjælpes, og på den anden side ønsker de at få lov til at beholde deres sygdom i fred. Det er utrolig hårdt for dem at give slip på den. At tage afsked med sygdommen er at sige farvel til kontrollen. Og uden kontrol føler pigerne sig svage. Derfor er der hele tiden modsatrettede følelser på spil" (Psykologi Nyt, 2004 ¶ Den svære kamp, 18)

Overlæge Marianne Hertz fremlagde samme problematiske forhold i behandlingen af spiseforstyrrelsesramte i artiklen *'Derfor kan vi ikke behandle alle anoreksi-patienter'* (2015) til TV2 Nyhederne, og påpegede at det er svært at behandle spiseforstyrrelsesramte:

"Det er et resurse-spørgsmål. Det er nogle dyre senge og patienterne er dyre. De har brug for lang og intensiv behandling, og det er jo dyrt [...] Den første fase, hvor patienten er så syg, at hun ikke har indsigt i sin sygdom, så hun kan sige ja til at overlade mad og spisning til personalet. Der er man sommetider nødt til at sørge for, at hun ikke dør af sult ved at indlægge en sonde mod hendes vilje. Altså sørge for, at hun ikke kommer fysisk til skade på grund af den manglende fødeindtagelse. Det må ske på en afdeling, der er lukket, for hun kan ikke se, at hun har brug for indlæggelsen"

og hun vil ikke være der” (TV2 Nyhederne, 2015 ¶ Derfor kan vi ikke behandle alle anoreksi-patienter).

Risikovurdering

Sundhedsstyrelsen estimerede i 2015 antallet af unge kvinder med anoreksi som værende mellem 0,4% - 1%, hvor antallet for bulimiamte unge kvinder blevet estimeret til at være mellem 1,7 % - 4 % (Sundhedsstyrelsen, 2015 ¶ Sygdom og Behandling). Det er endvidere registreret i disse undersøgelser, at forekomsten af bulimi er stigende, modsat forekomsten af anoreksi, som synes mere stabil i sin udbredelse (Sundhedsstyrelsen, 2013 ¶ Unges selvskade og spiseforstyrrelser). Dog er det væsentligt at nævne, at disse tal i høj grad er baseret på skøn, da mange unge kvinder med en spiseforstyrrelse vælger at skjule sygdommen, eller helt undgår at søge hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2013 ¶ Unges selvskade og spiseforstyrrelser, 65). En nyere undersøgelse fra Børnerådet (2016) viser, at hver fjerde pige i niende klasse udviser risikoadfærd, som kan være medvirkende til udviklingen af en spiseforstyrrelse. Slankekur, sunde spise- og træningsvaner er dagligdag for disse unge piger. Undersøgelsen påpeger, at landets unge piger er meget bevidste om hvad de spiser, og hvordan de ser ud, og ud af de 1.400 adspurgte unge piger, fortæller 18% at de ofte eller meget ofte er på slankekur. 11% af de adspurgte piger fortæller ligeledes, at de har kastet op efter et måltid, og 18% fortæller, at de ofte eller meget ofte føler sig nødsaget til, at følge en meget stringent slankekur og overholde forskellige madritualer (Børnerådet, 2016 ¶ Hver fjerde pige i 9. Klasse er i fare for at få en spiseforstyrrelse).

Spiseforstyrrelser

Ifølge Psykiatrifondens rapport *'Tal til psyken - Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom'* (2015) forefindes der tre forskellige typer af en spiseforstyrrelse, henholdsvis anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning (BED). Anoreksi udgør den mest behandlede type af disse, og denne karakteriseres ved en forvrænget opfattelse af ens kropsbillede, angst for fedme og overvægt, samt et tilsigtet vægttab. Symptomerne på anoreksi udvises ved begrænset madindtag, fokus på kalorieindtag samt øget fokus på fysisk aktivitetsniveau (Psykiatrifonden, 2015 ¶ Spiseforstyrrelser, 10). Ifølge Psykiatrifonden kan bulimi karakteriseres som tilbagevendende spiseanfald med store mængder mad, efterfulgt af fremprovokerede opkastninger (Psykiatrifonden, 2015 ¶

Spiseforstyrrelser, 10). Modsat anoreksi og bulimi, klassificeres tvangsoverspisning (BED) ikke som en selvstændig diagnose. I Danmark anvendes World Health Organizations (WHO's) internationalt anerkendte diagnosesystem og diagnosekriterierne, ICD-10. På nuværende tidspunkt klassificeres kun anoreksi og bulimi som selvstændige diagnoser. Dog har WHO, under en konference i maj 2017, offentliggjort et forslag til en nyere ICD-udgave (ICD-11) som forventes udarbejdet og publiceret i 2018 med BED som en selvstændig og anerkendt diagnose (Psykiatrifonden, 2017 ¶ Diagnoser – Spiseforstyrrelser). Trods en spiseforstyrrelse diagnosticeres som værende en psykisk sygdom og lidelse, så er det hovedsageligt de klare somatiske indikatorer, som der i klassifikationskriterierne diagnosticeres efter, eksempelvis patientens kropsvægt, opkastning, misbrug af laksantia, motion, appetithæmmende midler, udeblivende menstruationer og forhøjede niveauer af væksthormoner – Kun ét samlet punkt omhandler de mere psykiske indikatorer, herunder forvrænget kropsbillede og en dertilhørende frygt for fedme (Sundhedsstyrelsen, 2005 ¶ Spiseforstyrrelser, 17).

Patientindlæggelser

Ifølge Sundhedsstyrelsen er antallet af børn og unge som behandles mod en psykiatrisk diagnose steget med 52% fra 1998 til 2008 (Brinkmann, 2010, 20). I Region Nordjylland er der også sket næsten en fordobling af antallet af behandlede patienter indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien – 997 patienter modtog en psykiatrisk behandling i 2009 kontra de 1.910 patienter, som blev behandlet i 2015. På trods af denne stigning, er antallet af patienter indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland som indlægges til behandling, faldet i samme periode (Danske Regioner, 2015 ¶ Benchmarking af 2015, 40-43). Dette fald kan anskues i lyset af, at der den 4. Juli 2013 blev vedtaget en lovændring om, at affatte Sundhedsloven §82b stk. 4 som lød; ”[...] Ved henvisning til psykiatrisk udredning er fristen dog 2 måneder” (Sundhedsloven 2016 ¶ Sundhedsloven, §82b stk. 4). Således blev udretningsretten mellem det somatiske og psykiatriske sundhedsområde ligestillet i forhold til længden af udredning, og rettighederne for behandling af patienter med psykiatriske lidelser blev hermed forbedret. Den 1. oktober 2016 trådte en lovændring i kraft, som havde til formål at skærpe patientrettighederne for personer med psykiatriske lidelser yderligere. Denne skærpelse bevirkede behandlingsgaranti på maksimalt 30 dage, hvis det offentlige ikke kan garantere behandling indenfor tidsfristen, kan der søges om behandling på et privathospital (Sundhedsloven 2016 ¶ Sundhedsloven, §87).

Trods skærpede patientrettigheder, fremstiller Psykiatrifonden i rapporten *'Tal til psyken - Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom'* (2016) en risici, som fremstiller, at den skærpede udredningsret risikerer at presse sundhedssystemerne, fordi de økonomiske midler er begrænsede. Der sker en omlægning af behandlingssystemet, således at de svært og langvarigt psykisk syge patienter nedprioriteres, for at efterkomme den politiske lovændring (Psykiatrifonden, 2016 ¶ Tal til psyken). I Region Nordjylland har lovændringen medført, at ventetiden i Børne- og Ungdomspsykiatrien er reduceret fra 132 dage i 2011, til 32 dage i 2015, samtidigt med at udgifterne per patient er faldet fra 53.051 til 36.513 kroner. På Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland, benyttes der altså i højere grad ambulante behandling, både for at imødekomme det stigende antal af patienter, samtidigt med at efterkomme kravet om reduceret længde på udredningen (Danske Regioner, 2015 ¶ Benchmarking af 2015, 52, 55).

Utilfredshed blandt spiseforstyrrelsesramte

Rapporten *'National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien'* (2016) udarbejdet af DEFACTUM tegner der sig et billede af, at den højeste andel af utilfredse patienter, er at finde indenfor Region Nordjyllands Børne- og Ungdomspsykiatri. Heri tilkendegiver kun 64% af patienterne et samlet indtryk som værende 'godt' eller 'virkelig godt' til sammenligning med landsgennemsnittet som var 76% (DEFACTUM, 2016 ¶ Landsrapport, 8). Det fremsættes desuden, at spiseforstyrrelsesramte patienter på landsplan, er signifikant mere utilfredse med deres kontakt med psykiatrien sammenlignet med øvrige patienter (DEFACTUM, 2016 ¶ Landsrapport, 7).

I 2013 interviewede Børnerådet mere end 50 børn og unge, som havde været indlagt indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien. I rapporten beskriver den spiseforstyrrelsesramte Lærke, 17 år: *"[...] Det var først flere måneder efter, at jeg startede her, at jeg begyndte at snakke om det psykiske. Det handlede næsten kun om min vægt, og hvad jeg skulle spise og sådan"* (Bedre psykiatri, 2013 ¶ Det er bare almindelige mennesker, 12). Signe, 16 år, understreger endvidere: *"[...] Man er nødt til at få noget indenbords, inden man psykisk kan arbejde med noget. Men det er ikke så rart, når man psykisk får det dårligt over at spise den mad, man får serveret"* (Bedre psykiatri, 2013 ¶ Det er bare almindelige mennesker, 12). Børnerådet problematiserer i rapporten de spiseforstyrrelsesramte unges oplevelse af behandlingsforløbet som værende mangelfuldt, og konkluderer, at utilfredsheden blandt de adspurgte spiseforstyrrelsesramte ofte skyldes megen fokus

på somatiske aspekter, såsom mad og vægt, samt et begrænset fokus på de psykiske aspekter (Bedre psykiatri, 2013 ¶ Det er bare almindelige mennesker).

Sygeplejerske Maria Støttrup Jensen og udviklingspsygeplejerske, cand.cur. Anne Holm Nyland har, ligesom Børnerådet, undersøgt indlagte patienters oplevelse af behandlingen. Hvor Børnerådet fokuserede på indlagte børn og unge med forskellige diagnoser, var det undersøgelsens *'Patienters oplevelser af at være indlagt med en spiseforstyrrelse'* (2012) fokus, at undersøge, hvordan indlagte spiseforstyrrelsesramte patienter oplevede indlæggelsen og behandlingen, samt at undersøge, hvordan deres erfaringer, ønsker og behov kunne implementeres i behandlingsforløbet med fokus på et brugerorienteret perspektiv. Undersøgelsens væsentligste fund var, ønsket om struktur i hverdagen, og at selve behandlingsforløbet foregår i nogle rammer, som er mere hjemlige. (Sygeplejersken, 2012 ¶ Patienters oplevelser af at være indlagt med en spiseforstyrrelse).

I den videnskabelige publikation *'Et liv til forskel – bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse'* (2012) udgivet af Danske Regioner, beskrives det, at behandlerne på de psykiatriske afdelinger hovedsageligt arbejder med, at stabilisere den spiseforstyrrelsesramte patients vægt gennem specialiseret støtte til spisning. Der står efterfølgende beskrevet, at når patienten begynder at nærme sig sin målvægt, anses patienten dermed som værende færdigbehandlet. For at sikre en yderligere udvikling for den spiseforstyrrelsesramte, er det nødvendigt at udskrive patienten, således at denne kan træne, hvordan man lever et almindeligt liv i velkendte og hjemlige rammer (Danske Regioner, 2012 ¶ Et liv til forskel, 6). De spiseforstyrrelsesramte, er ifølge undersøgelsen utilfredse og i de spiseforstyrrelsesramtes perspektiv er behandlingen mangelfuld.

PROBLEMAFGRÆNSNING

Ovenstående problemfelt leder os frem til det undersøgelsesfelt, som vi i indeværende projekt finder væsentligt at belyse. Sammenhængende med rapporterne *'Patienternes oplevelser af at være indlagt med en spiseforstyrrelse'* og *'National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien'* oplever de spiseforstyrrelsesramte unge piger behandlingen indenfor Psykiatrien som værende mangelfuld og utilstrækkelig. I nærværende projekt er det vores hensigt, at undersøge hvordan tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, med et retrospektiv, udtrykker behovet for behandlingen. Ifølge SFI rammer anoreksi primært kvinder, og over dobbelt så mange piger som drenge udviser risikoadfærd for udviklingen af en spiseforstyrrelse, hvorfor vi også har valgt at beskæftige os med unge spiseforstyrrelsesramte piger. Endvidere skitserer SFI, at forekomsten af anoreksi er højst hos teenagere (SFI, 2013¶ Unges Selvskade og Spiseforstyrrelser, 64). Sammenhængende med foregående problemfelt, hvori vi problematiserede at der var høj utilfredshed blandt spiseforstyrrelsesramte patienter, finder vi det relevant at undersøge hvorvidt ambivalensen, og følelsen af afmagt, kommer til udtryk når behandlingen beskrives i et retrospektivt perspektiv.

Gennem kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde har vi opnået videnskabsteoretiske og metodiske kompetencer til at undersøge, hvordan det sociale arbejde kan kvalificeres og udvikles. Sammenhængende med ovenstående problemfelt finder vi det derfor væsentligt, at undersøge hvordan forskelligartede aktørperspektiver anskuer behandlingsbehovet i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. Nedenfor skitseres projektets overordnede problemformulering, samt dertilhørende undersøgelsesspørgsmål.

PROBLEMFORMULERING

Hvilke behandlingsbehov kommer til udtryk gennem forskelligartede aktørperspektiver i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland?

Undersøgelsesspørgsmål 1

- Hvordan beskriver de adspurgte professionelle aktører behandlingsbehovet for spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland?

Undersøgelsesspørgsmål 2

- Hvordan påvirkede spiseforstyrrelsen de adspurgte pigers sociale samhandlinger med omgivelserne?

Undersøgelsesspørgsmål 3

- Hvordan oplevede de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger behandlingsindsatsen på Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland?

BEGREBSAFKLARING

Vi finder det væsentligt definere de nøglebegreber, som gør sig gældende i nærværende projekt. Vi mener, at disse definitioner kan være med til at anskueliggøre, hvordan vi grundlæggende forstår disse samtidig med, at det kan anlægge en fælles forståelsesramme for begreberne.

Behandlingsbehovet anvendes som et nøglebegreb, der kan anskues i henhold til tidligere spiseforstyrrelsesramte unges pigers selvoplevede behov og dermed også de behov, som pigerne efterspørger i behandlingen. Vi anvender ligeledes behandlingsbehovet med den viden om, at det sociale systems og de professionelles handlinger ofte er domineret af en biomedicinsk diagnose, som anerkender sygdommen, førend den anerkender den spiseforstyrrelsesramte unge piges subjektive behov (Lundemark, 2015, 107).

De *forskelligartede aktørperspektiver* indbefatter i indeværende projekt, både de tidligere spiseforstyrrelsesramtes unge pigers brugerorienterede aktørperspektiver, såvel som de professionelles aktørperspektiver. Disse professionelle aktørperspektiver optræder i henhold til det sociale arbejde, der kan defineres som indsatser der sigter mod, at muliggøre samtlige individers deltagelse i samfundet (Skytte, 2015, 11). Det sociale arbejde udføres her ikke tilfældigt eller udelukkende efter gældende regler, derimod anskues det, at der bag de professionelles handlinger, ligger faglige overvejelser og begrundelser (Eskelinen, Olesen, Caswell, 2008, 22).

I nærværende projekt benævner vi de adspurgte piger, der har været i behandling for en spiseforstyrrelse, som værende de *tidligere spiseforstyrrelsesramte* unge piger. Forklaringen på at vi benævner disse som værende tidligere ramte er, at vi anskuer pigerne som værende disponerede for faktorer, som pigerne ikke var ansvarlige for, og som kan være den mulige årsag til, at de udviklede en spiseforstyrrelse (Lunn, 2008, 206). I indeværende projekt har alle tre tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger lidt af spiseforstyrrelsen Anorexia Nervosa, og fælles for disse er, at de har været indlagt på Enhed for Spiseforstyrrelser. De spiseforstyrrelsesramte unge piger har ligeledes modtaget behandling for deres spiseforstyrrelse inden de fyldte 18 år, hvorfor vi betegner disse som værende tidligere spiseforstyrrelsesramte *unge piger*.

PROBLEMORIENTERET PROJEKTARBEJDE

Spiseforstyrrelsesramte unge piger – Et socialt problem?

Et socialt problem kan almindeligvis betegnes som et samfundsforhold, der ønskes forandret. For at beskrive og dermed forklare, hvorfor et bestemt samfundsforhold udgør et socialt problem, er det væsentligt at have emergens for øje. I projektet bevæger vi os på forskellige niveauer for at opnå dybdegående forklaringer og derigennem forståelse for, hvordan det sociale arbejde med udgangspunkt i de forskelligartede aktørperspektiver kan udvikles og kvalificeres (Guldager & Skytte, 2015, 75). Hensigten er endvidere, at de udvalgte teoretiske bidrag kan være medvirkende til at stille skarpt på nogle væsentlige aspekter i adspurgte informanternes udsagn, således at vi herigennem opnår fokuseret viden om genstandsfeltet. Heri prioriteres det, at kombinere teoretiske forklaringer fra henholdsvis makro-, meso- og mikroniveau (Guldager & Skytte, 2015, 75).

I dette problemorienterede projekt er det ikke blot vores hensigt at definere, hvorfor de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger kan anskues som værende et socialt problem. Det er ligeledes vores hensigt at belyse de samfundsstrukturer, som præger det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger, og hertil har vi konkret udvalgt organisationer indenfor den offentlige og private sektor, herunder Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland, samt det private socialpædagogiske opholdssted i Nordjylland for, at opnå forståelse for, hvordan disse organisationer varetager behandlingsbehovet i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger. Gennem de kontinuerlige fortolknings- og forståelsesprocesser, som har fundet sted i indeværende projekt, fandt vi frem til nogle frapperende fund, som bevirkede at vi rettede henvendelse til de adspurgte pigers hjemkommuner, herunder Aalborg Kommune, Thisted Kommune og Frederikshavn Kommune med det formål, at inkludere deres aktørperspektiver for dermed at udvide vores forståelseshorisont for genstandsfeltet yderligere. Vi er bevidst om, at der i mødet mellem de spiseforstyrrelsesramte unge piger og de professionelle aktører forekommer et ulige magtforhold, men i nærværende projekt anskues aktørperspektivernes udsagn lige gyldige, hvad end de er brugerorienterede eller professionelle. Vi tager udgangspunkt i de adspurgte pigers perspektiver, hvilket bevirker at vægtningen af pigernes udsagn tildeles større omfang i projektet.

Det er først og fremmest vores hensigt at belyse de forskellige serviceydelser og indsatser, som tilbydes spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. Hertil vil vi belyse de

samfundsstrukturelle og organisatoriske rammer, som påvirker den professionelle frontlinjemedarbejders mulighedsbetingelser i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger. I sammenhæng med ovenstående finder vi det væsentligt at understrege, at vi løbende inddrager forskelligartede aktørperspektiver, som repræsenterer perspektiver, der kan være medvirkende til at nuancere forståelsen for det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger. Vi vil efterfølgende forsøge at forklare de bagvedliggende årsagssammenhænge til, at de adspurgte piger udviklede en spiseforstyrrelse, og hertil tages der udgangspunkt i professor i psykiatri og psykologi David M. Garners multikausale model, som illustrerer hvordan nogle individer kan være disponeret for at udvikle en spiseforstyrrelse. På baggrund af vores forforståelser ansåede vi særligt de sociokulturelle aspekter som værende influerende på udviklingen af en spiseforstyrrelse, men gennem kodningen af vores empiriske datamateriale, blev vi bevidste om nogle faktorer som ikke kunne forklares i henhold til de sociokulturelle aspekter. I nærværende projekt har vi derfor valgt at inddrage Garners perspektiv, da han kombinerer de psykologiske, biologiske og sociokulturelle faktorer som årsagsforklaring på, hvorfor de adspurgte piger udviklede en spiseforstyrrelse.

Vi vil dernæst belyse, hvordan de adspurgte piger håndterede deres individuelle spiseforstyrrelse, både forud for, men også under selve behandlingsforløbet på Enhed for Spiseforstyrrelser. Vi finder det hertil relevant at inddrage sociologen Erving Goffman, fordi han kan være medvirkende til at anskue, hvordan de adspurgte piger håndterede og skjulte deres spiseforstyrrelse i de sociale samhandlinger og dermed at undgik stigmatisering. Vi finder det sammenhængende væsentligt at fremhæve, at vi er bevidste om, at Goffmans perspektiv kan anskues i henhold til et interaktionistisk perspektiv, men vil vi understrege, at det ikke blot er vores hensigt, at kunne forstå og 'sætte os ind' i de adspurgte pigers udsagn forudsætningsløst, men derimod at fortolke disse udsagn, således at vi gennem fortolkningen opnår en forståelse som ligger udover informantens egne selvforståelser. Vi forsøger ikke at opnå generel viden om genstandsfeltet. Vi forsøger derimod at opnå fokuseret viden om fremtrædende fænomener, som kommer til udtryk gennem fortolkningen af de adspurgte informantens subjektive perspektiver og udsagn (Olsen & Pedersen, 2013, 14). Som nævnt ovenfor fokuserer vi kontinuerligt på forskelligartede aktørperspektiver, og de fund vi herigennem opnår diskuteres projektets reflekterende diskussion. Hensigten med dette er at belyse, hvordan forskelligartede aktørperspektiver inden for det sociale arbejde kan anskueliggøre behovet for at udvikle og kvalificere indsatserne og behandlingen af spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland (Olsen & Pedersen, 2013, 13).

KAPITEL 1

VIDENSKABSTEORI

Hermeneutisk videnskabsteoretisk position

På baggrund af ovenstående vil vi præsentere projektets videnskabsteoretiske position samt argumentere for, hvordan vi gennem vores projekt opnår fokuseret videnskabelig viden. Projektet anlægges en hermeneutisk videnskabsteoretisk position, og baggrunden herfor er, at vi betragter mennesket som et grundlæggende fortolkende væsen, hvorved dets forståelser skabes i sammenhæng med de kontekster, som vedkommende agerer i, og som vedkommende fortolker sin verden ud fra. På den måde bliver fortolkningen udgangspunktet for menneskets handling (Berg-Sørensen, 2013, 220-221). Projektets overordnede problemformulering fordrer fortolknings- og forståelsesprocesser, og formålet med nærværende projekt er at belyse, fortolke og opnå forståelse for de forskelligartede aktørperspektiver, som projektets informanter repræsenterer. Vi opnår denne viden gennem det kontinuerlige fortolkningsarbejde i projektets analyse. Når vi indtager en hermeneutisk position har det væsentlig betydning for, hvordan informanternes udsagn fortolkes, og har derigennem også stor betydning for den mening og viden der tilvejebringes (Berg-Sørensen, 2013, 221).

Den hermeneutiske videnskabsteoretiske position kan henledes til den tyske filosof Hans-Georg Gadamer, som beskriver at mennesket forstår sit liv indenfor en horisont af mening, og denne må medtænkes som værende indlejret i tid, og i historiske samt sociale kontekster. Denne mening er ikke umiddelbart tilgængelig i informanternes udsagn, men kan snarere synes at være skjult, og det har derfor været vores opgave at tilvejebringe mening gennem fortolkningsarbejdet (Berg-Sørensen, 2013, 221). Indenfor den filosofiske hermeneutik forstår subjektet virkeligheden gennem sin fortolkning, som ligeledes kendetegnes som hermeneutikkens ontologiske udgangspunkt. I indeværende projekt kommer et ontologisk udgangspunkt til syne i mødet med de forskellige informanter som anskues som værende præget af de forståelser, vi havde forud for de foregående interviews. Særligt for disse forståelser er, at de er dannet på baggrund af vores egne tidligere erfaringer, hvilket kendetegner vores egen erfaringshorisont (Berg-Sørensen, 2013, 222). Denne erfaringshorisont udgør vores forforståelser og implicerer muligheder og begrænsninger i vores fortolkningsarbejde. Sammenhængende skal det nævnes, at vores forforståelser er afgørende for, hvad vi egentlig forstår og ikke forstår samt for hvilke aspekter, der træder i forgrunden i mødet med informanterne. Vi betragter vores forforståelser som værende produktive for erkendelsen af

forskellige aktørperspektiver, og samtidigt er vi bevidste om, at fortolkningen af informanternes udsagn er præget af vores egen tidligere erfaringshorisont (Antoft m.fl., 2007, 32).

Ifølge Gadamer er det uundgåeligt, at vi ikke selv er præget af dominerende fordomme. Vi finder det dog væsentligt at fremsætte, at vi åbent og selvkritisk har anskuet genstandsfeltet, og at vi har diskuteret og været bevidste om disse fordomme samt kontinuerligt forsøgt at sætte dem i spil (Berg-Sørensen, 2013, 222-223). Ifølge Gadamer bygger hermeneutikken på princippet om, at mening kun kan forstås, når den studeres indenfor den kontekst, som den indgår i. Trods Goffmans interaktionistiske perspektiv, har vi fundet hans begrebsapparat relevant at inddrage i vores hermeneutiske fortolknings- og forståelsesprocesser, særligt fordi at hans teoretiske forståelsesramme kan være medvirkende til, at analysere de kontekster og sammenhænge som informanternes perspektiver indgår i. Dette sker gennem en vekselvirkning mellem kritisk commonsense forståelser og teoretisk funderet forståelser, hvor vi gennem fortolkningsarbejdet sætter informanternes udsagn i en bredere forståelsesramme anlagt gennem det teoretiske begrebsapparat.

Med ovenstående perspektiv sammenligner Gadamer fortolknings- og forståelsesprocesserne med konstante cirkulærbevægelser, hvori vekselvirkningen mellem henholdsvis del og helhed, er essentiel for opnåelsen af viden om fænomenet (Berg-Sørensen, 2013, 221-222). Vi er derfor bevidste om, at vi veksler mellem dele i informanternes udsagn, hvilket er medvirkende til, at vi opnår fokuseret viden om og forståelse for helheden – Altså genstandsfeltet (Sonne-Ragans, 2013, 150). Gadamers perspektiv på disse fortolknings- og forståelsesprocesser har som nævnt væsentlig betydning for måden, hvorpå vi fortolker og forstår informanternes udsagn. I forbindelse med dette finder vi det væsentligt at fremhæve, at informanterne ligeledes selv er præget af deres individuelle erfaringshorisont, hvorfor de kan have forskelligartede forståelser, som hver især er medvirkende til at udvide vores forståelseshorisont. Vi anskuer disse forskelligartede perspektiver som værende særdeles afgørende for projektets analyse, og særligt for disse perspektiver er, at de kan ses i sammenhæng med Gadamers begreb 'horisontsammensmeltning'. Ifølge Gadamer opstår der meningsfortolkning, når forskellige horisonter mødes og senere forandres, og det indebærer, at vi formår at sætte os ind i og dermed forstå, hvad informanterne udtrykker. Med de forskelligartede perspektiver udfordres og provokeres vores forståelse af genstandsfeltet således, at vores forståelseshorisont udvides, hvilket muliggør løbende revurdering af vores forståelser (Sonne-Ragans, 2013, 150).

Det er ikke vores hensigt at opnå objektiv meningsfortolkning, men derimod lader vi de forskellige forståelseshorisonter mødes i projektet, således at der opnås horisontsammensmeltning, hvori der både kan anskues forskelle og ligheder. Vi medtager heri det 'fremmede' og de umiddelbart ikke forenelige perspektiver, sætter disse i spil og herigennem når vi til den erkendelse, at vores forståelseshorizont udvides kontinuerligt. Jürgen Habermas kritiserer Gadamer's perspektiv for at være blind for magtens betydning af udfaldet i mødet mellem to parter. Ifølge Habermas har magt og ideologi væsentlig indflydelse på den meningsdannelse som forekommer i mødet, og årsagen hertil er, at Habermas mener, at Gadamer bygger sit begreb på forestillingen om overensstemmelse og konsensus. Da vore informanter består af både brugerorienterede og professionelle aktørperspektiver, er vi bevidste om de magtforhold der udspiller sig i feltet. Denne bevidsthed bevirker meningsdannelse og dybere forståelse for genstandsfeltet (Højberg, 2004, 334).

FORSKNINGSDESIGN

Projektets udvælgelsesproces

Med følgende afsnit er det vores hensigt at beskrive udvælgelsesprocessen qua projektets kvalitative forskningsmetode. I det foregående afsnit beskrev vi projektets videnskabsteoretiske position samt argumenterede for, hvordan vi kontinuerligt gennem de analytiske fortolknings- og forståelsesprocesser udvider vores forståelsehorisont. Med perspektivering hertil beskrives projektets udvælgelsesproces med udgangspunkt i den hermeneutiske videnskabsteoretiske position.

Forud for projektets empiriske datagenerering opstod en faglig interesse for feltet, da vi i forbindelse med DR1's udsendelse 'Børnene på Psyk' fik indtrykket af, at indsatsen var præget af en ambivalens og et krydspres i behandlingen af unge spiseforstyrrelsesramte. De unge har psykiatriske problematikker og nogle er sågar i livsfare, men så længe de ikke har erkendt deres eget behov for behandling, står behandlingspersonalet nærmest handlingslammede tilbage. Først når den unge har nedbrudt sin fysiske tilstand tilpas meget og svæver mellem liv og død, er behandlingspersonalet berettigede til at give sonde med tvang. For at opnå forståelse for, hvordan denne ambivalens beskrives af henholdsvis de spiseforstyrrelsesramte selv og behandlingspersonalet, fandt vi det relevant at undersøge forskelligartede aktørperspektiver. Udvalgsprocessen skitseres nedenfor.

I projektperiodens opstart deltog vi i et foredrag med Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og Selvskaade (LMSOS). Under LMSOS's foredrag stiftede vi bekendtskab med den tidligere spiseforstyrrelsesramte pige, Lotte (pseudonym), som fortalte sin historie om sin spiseforstyrrelse, og sin frustration over sin indlæggelse og behandling i Region Nordjylland. Hun oplevede, at hun blev indlagt på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i Region Nordjylland med en depression og senere blev udskrevet med en madplan. Her fremstillede Lotte et brugerorienteret aktørperspektiv på behandlingsforløbet, som vi blev interesseret i at efterforske yderligere efter foredraget. Efter foredraget foretog vi en systematisk litteratursøgning i forhold til behandlingen i Region Nordjylland og fandt i denne forbindelse ingen beskrivelser af brugerorienterede perspektiver på behandlingen af spiseforstyrrelsesramte. Vi fandt, som skitseret i problemfeltet, frem til, at tilfredsheden i den kvantitative undersøgelse blandt patienterne i Region Nordjylland er den laveste

i Danmark og at det overordnet set er de spiseforsyrrelsesramte patienter, som forekommer mest utilfredse. Samtidig blev vi bekendte med, at bygningsprojektet NAU 'Nyt Aalborg Universitetshospital' planlægger at etablere en specialiseret afdeling for spiseforstyrrelsesramte. I denne forbindelse fandt vi det væsentligt at belyse, hvordan behandlingen beskrives af de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, som har været tilknyttet den nuværende behandling på Enhed for Spiseforstyrrelser. Herigennem forsøger vi at opnå viden om, hvordan de unge selv mener, at det sociale arbejde kan udvikles og kvalificeres i indsatsen omkring spiseforstyrrelsesramte unge piger. Foredraget fungerede som en generel introduktion til genstandsfeltet med udgangspunkt i et brugerorienteret perspektiv, men det medførte ligeledes en undren og vakte vores nysgerrighed om feltet – en undren, som vi herigennem forsøger at opnå dybere og mere nuanceret forståelse for. Dette bevirkede ligeledes, at vores forståelseshorisont blev udvidet yderligere (Berg-Sørensen, 2013, 222-224).

Som nævnt ovenfor påbegyndte udvælgelsesprocessen efter foredraget med LMSOS. Vi rettede herefter direkte henvendelse til den private organisation LMSOS og adspurgte dem, om de kunne hjælpe os med at etablere kontakt til andre tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, for at inddrage og opnå forståelse for flere brugerorienterede perspektiver. Grundet LMSOS's tavshedspligt og manglende ressourcer, var det ikke muligt for LMSOS at hjælpe os, så vi undersøgte herefter muligheden for komme i kontakt med mulige informanter over de sociale medier. Vi mener, at de sociale medier repræsenterer en virtuel platform, som favner et bredt publikum og det giver ligeledes relevante personer muligheden for selv at tilkendegive deres interesse for at deltage i et interview. Vi oprettede herefter et opslag i Facebookgruppen 'Råd og hyggegruppen for Ladies', som hovedsageligt består af unge piger. I gruppen er der 26.941 medlemmer, og vi anså gruppen som værende muligheden for, at henvende os til en stor skare af medlemmer, som levede op til vores projektkriterier. I opslaget skrev vi følgende:

*"Vi er en gruppe fra Aalborg Universitet, som studerer socialt arbejde, og vi er i gang med at skrive speciale om spiseforstyrrelser, samt hvilke indsatser/behandlingstilbud der er til unge piger i Region Nordjylland, og derfor kunne vi godt tænke os, at høre om din oplevelse med behandlingsindsatserne 😊 Det ville være en stor hjælp. Tak! 🙏
Venlig hilsen Nina (Celina & Trine)"* (Facebook opslag).

Over Facebook blev vi kontaktet af 16 unge piger, som gerne ville stille op til et interview, men kun Ana (pseudonym) havde været tilknyttet Enhed for Spiseforstyrrelser og opfyldte projektets aldersmæssige krav, som hed sig, at den unge skulle have modtaget behandling inden det fyldte 18. år. Foruden Facebook anvendte vi ligeledes det sociale medie Instagram, hvor vi søgte efter specifikke hashtags¹ som for eksempel '#spiseforstyrrelse', '#anoreksi' og '#bulimi'. Vi stiftede herigennem bekendtskab med Britta (pseudonym), som nyligt var blevet udskrevet fra Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland, og som vi efterfølgende interviewede.

De tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, som er blevet introduceret ovenfor, repræsenterer i nærværende projekt væsentlige brugerorienterede aktørperspektiver og pigernes oplevelser har været medvirkende til, at vi har kunne udforske uopdagede og uforudsigelige aspekter i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger. Projektet retter således opmærksomheden mod en aktuell problemstilling, der kan anskues som værende overset i det sociale arbejde (Henriksen et. al., 2016, 41). Vi betragter disse interviews som værende aktuelle for dette projekt, da vi gennem pigernes udsagn har fundet bestemte sammenhænge og mønstre, som har bidraget med nuancerede forståelser af genstandsfeltet.

For at opnå dybere forståelse af genstandsfeltet og dermed udvide vores forståelseshorisont yderligere, fandt vi det endvidere væsentligt at foretage interviews med professionelle aktører, som varetager et socialt arbejde med unge spiseforstyrrelsesramte piger. Vores overvejelser herom var, at de professionelle repræsenterer et andet aktørperspektiv, som kan være medvirkende til at nuancere den viden, som vi opnår gennem nærværende projekt. Vi rettede direkte henvendelse til den ledende overlæge for Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland, idet vi vurderede, at den ledende overlæge som informant kunne repræsentere en væsentlig ekspertise og ekspertviden, som vores projekt ikke kunne være foruden (Andersen et. al., 2014, 161). Under ekspertinterviewet med overlægen blev vi opfordret til at kontakte den private organisation LMSOS endnu en gang, særligt fordi den ledende overlæge vurderede, at deres specialiserede sociale arbejde, specifikt rettet mod spiseforstyrrelser, kunne være aktuelt for nærværende projekt. Vi kontaktede herefter LMSOS, men grundet ressourcemæssige begrænsninger var det ikke muligt for dem at deltage i et interview. Formålet med at interviewe LMSOS var at udvide vores forståelseshorisont og opnå viden om, hvordan de som privat organisation udfolder det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge

¹ Hashtags (#): Det er muligt, at søge efter specifikke opslag på Instagram ved bruge af hashtags.

piger. I vores henvendelse til LMSOS skrev vi følgende: [...] *Vi ønsker at opnå viden om LMSOS's perspektiv på den behandling, som tilbydes spiseforstyrrelsesramte og vi ønsker ligeledes at sikre de private organisationers perspektiv på de behandlingsmuligheder, som tilbydes - og her anskuer vi LMSOS som væsentlig nøgleaktør* (Henvendelse, LMSOS). Vi modtog følgende svar på vores henvendelse: "[...] *Tak for jeres store interesse for specialet og jeres interesse i LMSOS' arbejde. Det sætter vi stor pris på. Vi kan desværre ikke afsætte ressourcer til at hjælpe jer i forbindelse med jeres speciale, men ønsker jer god arbejdslyst med skriveriet* (Rådgivningskoordinator, LMSOS).

Efter forsøget på at planlægge et interview med LMSOS oplevede vi stilstand i projektets udvælgelsesproces, og for at komme videre udførte vi en systematisk kortlægning over de indsatser og tilbud, som karakteriserer det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. Således kontaktede vi samtlige regionale, kommunale, private og frivillige organisationer i Nordjylland, som varetager eksempelvis anbringelse, undervisning, støttekontakt, mentorfunktioner, samt rådgivnings- og vejledningsfunktioner i relation til unge spiseforstyrrelsesramte piger. I forbindelse med denne kortlægning blev vi bekendte med et socialpædagogisk opholdssted, som varetager et socialt arbejde med piger med forskelligartede problemstillinger, heriblandt unge piger med spiseforstyrrelser. Gennem den systematiske kortlægning blev vi bevidste om, at 6 ud af de 26 tilbud som vi fandt frem til, varetog et socialt arbejde med spiseforstyrrelsesramte på det pågældende tidspunkt. Det bevirkede, at vi efterfølgende rettede henvendelse til de seks socialpædagogiske opholdssteder, hvoraf ét af dem indvilligede i at medvirke til vores empiriske datagenerering. Vi foretog herefter et dyadisk interview med to professionelle aktører herfra. Dette interview udfordrede vores forforståelser yderligere og bidrog samtidig med et andet perspektiv, som har været medvirkende til at nuancere vores forståelse for, hvordan det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger udfoldes under andre organisatoriske rammer end de, der er gældende på Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland.

I sammenhæng med ovenstående fortolknings- og forståelsesprocesser opstod der et behov for at inddrage et slutteligt kommunalt perspektiv på procedurene for udskrivelse fra Enhed for Spiseforstyrrelser. Der opstod ligeledes et behov for at opnå specifik viden om samarbejdet indenfor den offentlige sektor, og med udgangspunkt i de adspurgte pigers hjemkommuner, kontaktede vi tre kommunale repræsentanter fra henholdsvis Aalborg Kommune, Thisted

Kommune og Frederikshavn Kommune. De tre kommunale repræsentanters perspektiver inkluderes i projektets reflekterende diskussion. Det er heri vores hensigt, at denne diskussion kan være medvirkende til at synliggøre vores refleksioner og argumentation for, hvordan vi, på baggrund af de forskelligartede aktørperspektiver, vurderer et behov for at kvalificere det sociale arbejde og indsatserne med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland.

Interviewet som kvalitativ forskningsmetode

I følgende afsnit præsenteres anvendte metoder til genereringen af kvalitativ empiri. Disse udgør individuelle interviews med henholdsvis de tre tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, et ekspertinterview med den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser, et dyadisk interview med to repræsentanter fra det socialpædagogiske opholdssted, samt de kortvarige telefoniske interviews med de kommunale repræsentanter fra de adspurgte pigers hjemkommuner. De individuelle interviews vurderes hermed, som værende anvendelige til at udforske pigernes perspektiver, da vi søger en dybdegående forståelse og indsigt i deres oplevelser, intentioner, handlinger og perspektiver, hvilket vi kan opnå gennem de individuelle interviews. Vi valgte at foretage individuelle interviews med pigerne, fremfor et fokusgruppeinterview, da vi vurderede at det kunne være et for sårbart emne for pigerne at omtale i andres gehør (Brinkmann & Tanggaard, 2010, 29). Da de adspurgte piger ikke længere er spiseforstyrrelsesramte, vil de have et retrospektivt syn på deres fortid, hvilket kan medføre, at de videregiver deres erindringer om behandlingsforløbet, hvor de erindrer det, de har erfaret – De kan have fortrængt detaljer omkring behandlingsforløbet og de kan have genfortolket erindringerne i et forsøg på at give forløbet mening (Brinkmann & Tanggaard, 2010, 31). Det dyadiske interview vurderes dog bedst til det socialpædagogiske opholdssted, da den nye forståelse og nye viden, der skabes i repræsentanternes interaktion med hinanden, kan være medvirkende til at udvide vores forståelseshorisont yderligere, end blot to enkeltstående interviews kunne have gjort. Vi efterspurgte Enhed for Spiseforstyrrelser om muligheden for, at foretage et dyadisk interview med henholdsvis den ledende overlæge og en sygeplejerske eller en pædagog, men dette var ikke muligt grundet ressourcemangel (Morgan, Ataie, Carder & Hoffman, 2013, 1277).

Argumentationen for, at vi anvendte interviewet som kvalitativ forskningsmetode er, at vi herigennem opnåede muligheden for at undersøge informanternes handlingsbegrundelser, verdensopfattelser og perspektiver. Steinar Kvale understreger, at formålet med interviewet er, [...]

at beskrive og forstå de centrale temaer, som de interviewede oplever og lever i (Andersen et. al., 2014, 145). Interview fungerede i denne kontekst som en aktiv interaktion, hvor de interviewspørgsmål, som blev stillet, ledte frem til socialt forhandlede og kontekstuelte baserede besvarelser (Brinkmann & Tanggaard, 2010, 30). Vi er heri bevidste om, at det, som de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger og de professionelle aktører udtrykker, er skabt gennem den samtaleinteraktion, som interviewet udgjorde. Interviewet som kvalitativ forskningsmetode har i nærværende projekt tilvejebragt detaljeret viden om forskelligartede aktørperspektivers oplevelser, holdninger og livssituation, samt været medvirkende til intensivere projektets analytiske argumentationer og forståelseshorisont (Brinkmann & Tanggaard, 2010, 32).

Interviewguiden som tjekliste

Vi har valgt at udføre vores semistrukturede interviews på baggrund af detaljeret interviewguides, som sikrede, at vores interviews bidrog med brugbar empirisk viden. På denne måde, fungerede interviewguiderne som en slags tjekliste (Andersen et. al., 2014, 150). Vi har gennem interviewene ladet os styre mere eller mindre af vores interviewguides, men har undervejs vurderet at forfølge informanternes fortællinger, hvilket vi mener har været medvirkende til at bidrage med nuancerede beskrivelser og forståelser, som vi har fundet særdeles anvendelige i analysen. Disse afvigelser fra interviewguiden kan endvidere understrege vores måde hvorpå vi hermeneutisk, udfordrede vores forståelser, og dermed at udvidede vores forståelseshorisont (Brinkmann & Tanggaard 2010, 37). Fælles for vores interviewguides er, at de var struktureret således, at vi først og fremmest præsenterede forudsætningen for selve interviewet, for derefter at lade informanterne præsentere sig selv (Bryman, 2012, 390). De resterende forskningsspørgsmål er udarbejdet separat til henholdsvis de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, til ekspertinterviewet, til det socialpædagogiske opholdssted og til de telefoniske interviews med de kommunale repræsentanter, se eventuelt 'Bilag – Interviewguides' side 4-16.

Projektets analysestrategi

Med ovenstående skitserer projektets forskningsdesign en praksisnær og stærk empirisk proces, men vi tillægger ligeledes udvalgte teoretiske bidrag et væsentligt aspekt i nærværende projekt. Disse særligt udvalgte teoretiske bidrag udgør, som tidligere nævnt, elementer af

samfundsstrukturel og organisatorisk teori. Derforuden inddrager vi David M. Garners multikausale forståelse for udviklingen af en spiseforstyrrelse, samt udvalgte begreber fra Erving Goffmans teoriapparat.

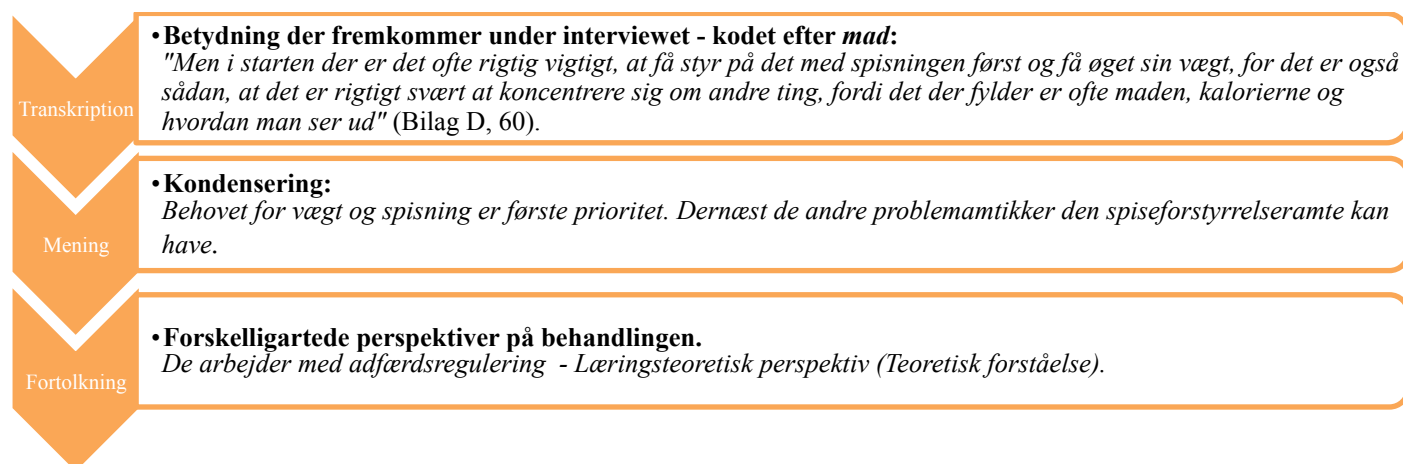
Med udgangspunkt i den hermeneutiske videnskabsteoretiske position indbefatter projektets kontinuerlige fortolknings- og forståelsesprocesser elementer fra både den induktive og deduktive strategi, hvilket understreger projektets abduktive analysestrategi. Projektets gennemgående analysedele har til formål at besvare den overordnede problemformulering, og vi finder derfor væsentligt, eksplicit, at beskrive den analysestrategi, som vi anvender i dette projekt. Projektets abduktive analysestrategi understreges gennem vekselvirkningen mellem de teoretiske og empiriske fund. Ifølge Michael Hviid Jacobsen anskues den induktive og deduktive strategi ofte som principielle modsætninger, men nyere videnskabsteori betragter snarere disse som værende to faser i en vekselvirkende proces (Antoft et. al., 2007, 254). Den abduktive analysestrategi placeres midt på akse mellem den induktive og deduktive – altså som en middelstrategi, der både omfavner den induktive subjektivism og den deduktive objektivism. I nærværende projekt bevirker den abduktive analysestrategi muligheden for at kombinere og veksle mellem projektets teoretiske og empiriske bidrag, og derigennem kan vi generere fokuseret viden om genstandsfeltet (Antoft et. al., 2007, 254). Dette medfører endvidere, at vi ikke vil ende ud med en entydig konklusion, men derimod med den mest plausible forståelse af, hvordan det sociale arbejde kan være medvirkende til at kvalificere indsatserne for spiseforstyrrelsesramte unge piger. Kort sagt veksler dette projekt mellem induktion og deduktion – mellem teori og empiri – indtil den mest fyldestgørende forståelse foreligger (Antoft et. al., 2007, 254).

Meningskodning, meningskondensering og meningsfortolkning

Meningskondensering sker ved, at vi forsøger at anskue dybere sammenhænge og mønstre i informanternes udsagn, og herefter fortolkes og rekontekstualiseres disse, hvorved mindre fremtrædende og usagte udsagn belyses (Kvale & Brinkmann, 2009, 230). På den måde kan vi finde frem til de meningsstrukturer og andre komplekse relationer, der ikke umiddelbart står klart i de transskriberede interviews. Gennem projektets kontinuerlige fortolknings- og forståelsesprocesser opstår der forskelligartede forståelser af det, som de adspurgte informanter udtrykker. Disse forskellige forståelser anses ikke som værende modsigende, men som værende medvirkende til at

udvide vores forståelseshorisont, og generere en nuanceret og fokuseret viden (Kvale & Brinkmann 2009, 232).

Vi har med udgangspunkt i det empiriske datamateriale, fundet frem til hovedtemaer, som efterfølgende blev udviklet til empiriske funderede nøgleord og datastyrede koder (Kvale & Brinkmann, 2012, 223-224). De identificerede nøgleord er: *Mad, relationer, sociale samspil, identitet, pres, forventninger, vægt og kontrol*. Hver af disse nøgleord blev tildelt en farvekode. Kodningsprocessen forløb først og fremmest individuelt, hvor vi hver især identificerede og farvekodede efter de datastyrede nøgleord, som vi herefter sammenholdte og diskuterede i projektgruppen. Meningskondenseringen i indeværende projekt indebar, at interviewtransskriptionerne efter kodningen blev sammenfattet i kortere dele, hvor hovedbetydningen af informantens udsagn blev omformuleret til kortere udsagn. På denne måde fremtræder en række hovedtemaer af transskriptionen. Det er disse temaer, som danner rammen for projektets analysedele (Kvale & Brinkmann, 2009, 227). Vi har beskæftiget os med tekstens mening i tre fortolkningskontekster; selvforståelse, kritisk commonsense-forståelse og teoretisk forståelse. I konteksten 'selvforståelse' er fortolkningen hovedsageligt begrænset til informantens egen opfattelse af betydningen af sit eget udsagn, formuleret på den måde, som vi har forstået dem. Kritisk commonsense-forståelser rækker udover informanternes selvforståelser, og her har vi mulighed for at forholde os kritiske til informanternes udsagn. Dette muliggjorde analytisk set en bredere forståelsesramme end informanternes egne. I den teoretiske forståelse har vi anlagt en teoretisk ramme i fortolkningen af meningen med informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2009, 237-240). Nedenfor skitseres et eksempel på en meningskondenseringsproces, som er foretaget på baggrund af interviewet med den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser:



Kvalitetskriterier i et forstående forskningsprojekt

Dette projekts orientering mod den hermeneutisk videnskabsteoretiske position understreger måden, hvorpå vi har genereret viden gennem de løbende fortolknings- og forståelsesprocesser. For at sikre konkrete fortolkninger og vurdere kvaliteten af vores forskningsproces, vores fortolkninger og den genererede viden vi har opnået i projektet, opstiller vi følgende tre kvalitetskriterierne: Transparens, overførbare, samt gyldighed – som omfatter spejlkriteriet og helhedskriteriet. Spejlkriteriet indbefatter, at adspurgte informanter kan genkende deres perspektiver i den beskrevne fortolkning, og helhedskriteriet bygger på, at vi fortolker virkeligheder, der allerede af informanternes selv er blevet fortolket (Launsø & Rieper, 2005, 27). Med udgangspunkt i de skitserede kvalitetskriterier vurderer vi nedenfor, hvorvidt disse er opfyldt i nærværende projekt.

Transparens er forsøgt opnået gennem refleksion og argumentation for, hvorfor de specifikke valg i projektet er foretaget. Med dette menes, at vi løbende gennem projektets forskningsdesign har forsøgt at skitsere, hvad vi har gjort og hvorfor. Transparensen i projektet er dermed forsøgt opnået ved eksplicit at beskrive metodeovervejelser og valg, således at disse er så gennemsigtige som muligt. Samtlige processer i løbet af de afviklede interviews er uddybende beskrevet, ligesom vi har begrundet, hvorfor det netop er disse kvalitative metoder, vi har valgt fremfor andre. Vi har bevidst valgt disse kvalitative metoder, fordi vi mener at de har været medvirkende til, at skabe fundament for et solidt projekt, samt generere en nuanceret forståelse for genstandsfeltet. Foruden de uddybende og velargumenterede metodevalg, er det muligt både at læse de transskriberede interviews, samt måden hvorpå de adspurgte informanternes udsagn selektivt er blevet udvalgt og analyseret. Det er således muligt at anskue konteksten for hvert enkelte udsagn i projektets vedlagte bilag. Med ovenstående vurderes transparensen som værende tilfredsstillende i nærværende projekt (Launsø & Rieper, 2005, 29).

Gyldigheden refererer til, om der er overensstemmelse mellem projektets overordnede problemformulering, undersøgelsesspørgsmål og den metode, der er udvalgt til at besvare disse (Brinkmann & Tanggaard, 2015, 523). Gennem projektets empiriske og teoretiske fortolknings- og forståelsesprocesser er der opnået gyldighed, fordi vi gennem en vekselvirkning mellem del og helhed har udvidet vores forståelsehorisont og på denne måde har undersøgt, hvad vi rent faktisk havde til hensigt forud for projektet. Dermed kan vores gyldighed bestemmes af forholdet mellem problemformuleringen, den genererede viden og konklusionen. Gyldigheden er endvidere opnået,

da vi har været bevidste om vores forforståelser, og ikke har ladet os styre af disse, men i stedet har formået at sætte dem i spil gennem projektets analysedele (Launsø & Rieper, 2005, 29).

Den forstående forskningstype som nærværende projekt opererer med, udgør en form for genrealiserbarhed, som kaldes *overførbarhed* (Launsø & Rieper, 2005, 29). Dette kriterium indebærer en vurdering af, om de resultater opnået i én kontekst kan overføres til en anden kontekst. Formålet med vores projekt er ikke at skabe en direkte overførbarhed, da vi fokuserer på aktørernes subjektive oplevelser og perspektiver. Derimod anser vi, at vores fund vedrørende det sociale arbejde med de spiseforstyrrelsesramte unge piger kan overføres, hvis forholdene i den pågældende kontekst er sammenlignelige med nærværende projekts kontekst (Launsø & Rieper, 2005, 29).

Etiske overvejelser

Gennem projektets kvalitative forskningsmetode, har vi diskuteret etiske og moralske overvejelser om udførelsen af henholdsvis de semistrukturede individuelle-, telefoniske- samt dyadiske interviews. Vi har derfor eksplicit skitseret forudsætningerne for hvert enkelte interview, se eventuelt 'Bilag – Interviewguides', side 4-16. Gennem vores kvalitative forskningsmetode præsenterede vi først og fremmest forudsætningen for selve interviewet overfor informanterne. Overvejelserne herom var, at denne præsentation kunne være medvirkende til at bevidstgøre informanten om overordnede temaer, projektfokus og hovedemner i interviewet samt sikre en fælles forståelsesramme for interviewets formål. Det fremgår ligeledes af interviewguiden, at informanten fremgår anonymiseret gennem projektet, hvilket sikrer informanternes samtykke, fortrolighed og for at undgå, at udvalgte informanter på nogen måde har lidt overlast ved at deltage i nærværende interviews (Brinkmann & Tanggaard, 2010, 439). Anonymiseringen af informanterne er sket med overvejelserne om personfølsomme og sårbare oplysninger, samt respekten for deres privatliv. Argumentationen herfor er, at det ikke skal kunne lade sig gøre at identificere og genkende pågældende informanters identitet. Samme argumentation gør sig gældende for anonymiseringen af de professionelle aktører i projektet og i stedet for navn, har vi valgt at benævne de professionelle aktører med deres professionsbetegnelser, da det er deres professionelle perspektiver, som vi finder relevant at belyse.

KAPITEL 2

UNDERSØGELSESSPØRGSMÅL 1

Hvordan beskriver de adspurgte professionelle aktører behandlingsbehovet for spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland?

Socialt arbejde for spiseforstyrrelsesramte i Nordjylland

Socialt arbejde kan overordnet defineres som sociale indsatser som sigter mod, at muliggøre samtlige individers deltagelse i samfundet. Her balancerer det sociale arbejde mellem samfundets krav til den individuelle borger om arbejde, deltagelse og lovlighed, samt den individuelle borgers krav om sikkerhed, tryghed og autonomi. Socialt arbejde kan siges at have til formål, at tjene den enkelte borger såvel samfundet som helhed (Guldager & Skytte, 2015, 11).

I 2007 trådte den offentlige sektors strukturreform i kraft, og det medførte at antallet af kommuner blev reduceret fra 271 til 98, og de 13 amtskommuner blev erstattet af fem regioner. Grundlaget for indførelse af Strukturreformen var, at kommunerne skulle overtage det fulde drifts-, myndigheds- og forsyningsansvar på det sociale arbejdsområde. Kommunerne fik således overdraget ansvaret – dog havde regionerne pligt til, at etablere en række specialiserede sociale tilbud (Guldager & Skytte, 2015, 138). Denne omlægning bevirkede kortere indlæggelsesperioder med mere fokus på ambulante behandling, og en kombination mellem socialpsykiatrisk aktivitets- og beskæftigelsestilbud og botilbud. I 2013 offentliggjorde Økonomi- og Indenrigsministeriet en evaluering af strukturreformen, og heri fremgår den nuværende ansvarsdeling mellem staten, regionerne og kommunerne således (Guldager & Skytte, 2015, 139):

”Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri samt praksissektoren, mens de kommunale områder blandt andet omfatter den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme og genoptræning efter udskrivning. Ansvaret for den patientrettede forebyggelse er delt mellem kommuner og regioner” (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013 ¶ Kommunalreformen).

Evalueringen konkluderer, at det eksisterende system ikke sikrer tilstrækkelig koordination af udbuddet i tilbuddene i de tilfælde, hvor efterspørgslen på regionalt plan er begrænset. Der mangler ligeledes nationalt overblik over udbuddene af de specialiserede tilbud, indsatser samt viden herom. Samtidigt konkluderes det, at den nuværende ansvarsfordeling mellem kommunerne og regionerne,

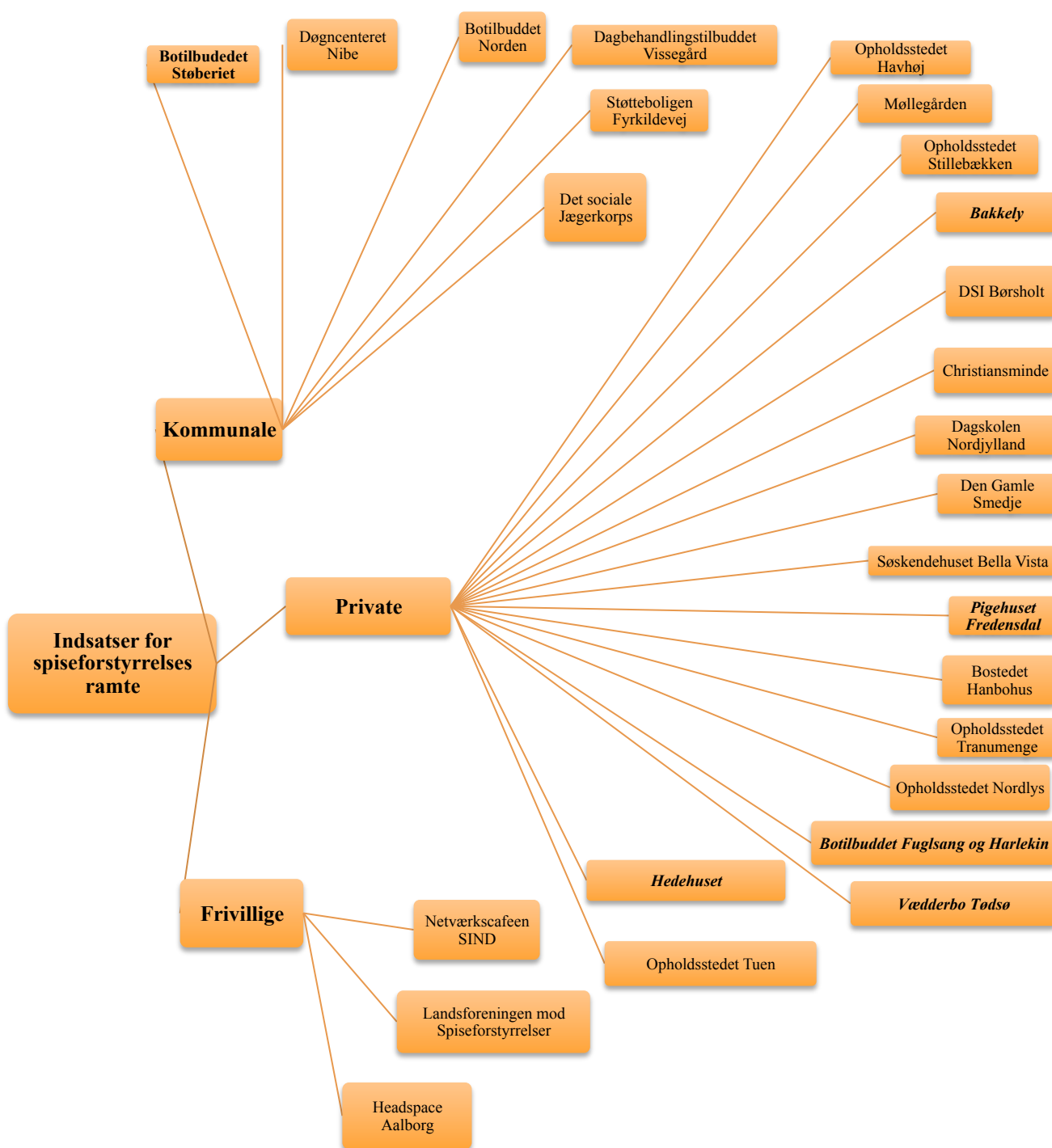
afspejler lokale hensynstagen og prioriteringer, men disse er ikke med i overvejelserne om, hvorvidt det vurderes mest hensigtsmæssigt, at placere ansvaret for drift af bestemte typer tilbud (Guldager & Skytte, 2015, 139). Indenfor det sociale arbejdsfelt kan der således anskues et bredt spektrum af forskellige tilbud, som varetager behandlingen og det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger.

Henvi sning og visitation ydes eksempelvis af den spiseforstyrrelsesramtes egen læge, og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland varetager udrednings- og behandlingsprocedurerne. Der forefindes ligeledes offentlige, såvel som private aktivitets- og beskæftigelsestilbud, samt døgn dækkede botilbud i Nordjylland, som varetager et socialt arbejde med spiseforstyrrelsesramte. Derfor uden er der etableret private og frivillige organisationer, som hovedsageligt varetager individuelle og gruppebaserede rådgivningsforløb med de spiseforstyrrelsesramte unge piger.

Som skitseret indledningsvist er formålet med følgende undersøgelsesspørgsmål at opnå fokuseret viden om, hvordan de adspurgte professionelle aktører anskuer behovet for indsats og behandling vedrørende de spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. Vi har sammenhængende med ovenstående foretaget en systematisk kortlægning af de sociale behandlings- og indsats tilbud som findes i Nordjylland efter udredning og behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Tilbuddene er kortlagt gennem Socialstyrelsens 'Tilbudsportal.dk', de Private Sociale Tilbud 'LOS.dk', Det Sociale Netværks 'Ungekompasset.dk' og Region Nordjyllands oversigt over kommunale tilbud. Vi har efter kortlægningen kontaktet samtlige 58 tilbud, som vi fandt frem til, for at verificere og klarlægge deres ansvarsområder og indsatser, samt adspurgt om de på nuværende eller tidligere tidspunkter har haft spiseforstyrrelsesramte tilknyttet deres organisationer. De indsatser, som der nedenfor er visualiseret, er derfor alle nogle der arbejder med målgruppe af unge under 18 år og som har eller er visiteret til at varetage et socialt arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger.

Sammenhængende med ovenstående finder vi det væsentligt at fremsætte bevidstheden om, at kortlægningen repræsenterer et øjebliksbillede, hvilket ligeledes blev bekræftet, da flere tilbud gav udtryk for, at det var atypisk, at de på daværende tidspunkt ikke havde indskrevet spiseforstyrrelsesramte unge piger. Den systematiske kortlægning blev foretaget primo maj 2017, og verificeret ultimo juli 2017. På baggrund af de skitserede rammer for den systematiske kortlægning, illustreres vores fund i Figur 1, side 39.

Figur 1 – Systematisk kortlægning – Indsatser i Nordjylland



Figur 1 – Systematisk kortlægning – Indsatser i Nordjylland.

Ud af de 26 indsatser hvoraf fire er frivillige eller åbne rådgivninger, er der i øjeblikket seks steder, som har en eller flere spiseforstyrrelsesramte i behandling eller boende. Disse steder er de fem private tilbud:

- Det socialpædagogiske opholdssted Pigehuset Fredensdal. § 107, § 76.
 - o Tre spiseforstyrrelsesramte tilknyttet på nuværende tidspunkt.
- Det socialpædagogiske opholdssted Vædderbo Tødsø. § 107, § 66.
 - o Tre spiseforstyrrelsesramte tilknyttet på nuværende tidspunkt.
- Det pædagogiske og terapeutiske opholdssted Bakkely. § 107, § 66.
 - o Seks spiseforstyrrelsesramte tilknyttet på nuværende tidspunkt.
- Bostedet og opholdsstedet Fuglsang og Harlekin. § 107, § 76, § 66.
 - o Én spiseforstyrrelsesramt tilknyttet på nuværende tidspunkt.
- Det pædagogiske opholdssted Hedehuset. § 107.
 - o Én spiseforstyrrelsesramt tilknyttet på nuværende tidspunkt.

Samt det kommunale tilbud:

- Botilbuddet Støberiet. § 107, § 66.
 - o Én spiseforstyrrelsesramt tilknyttet på nuværende tidspunkt.

De resterende indsatser beskriver, at de tidligere har haft spiseforstyrrelsesramte indskrevet, men at de på nuværende tidspunkt (ultimo juli 2017) ikke har nogen. Ifølge vores systematiske kortlægnings øjebliksbillede er 15 spiseforstyrrelsesramte indskrevet til behandlingsindsatser i Nordjylland. Vi har endvidere kontaktet Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland for, at opnå indsigt i hvor mange spiseforstyrrelsesramte patienter under 18 år, som er blevet udredt og behandlet, men denne oplysning var ikke mulig at opnå. Dog har vi fundet oplysninger om, at i 2014 var der 1.814 patienter i Børne- og Ungdomspsykiatrien, som blev behandlet, hvoraf 13% blev behandlet for en spiseforstyrrelse. Det estimerede antal er altså 235 patienter under 18 år, som har været tilknyttet Psykiatrien i Region Nordjylland i forbindelse med en spiseforstyrrelse (Region Nordjylland, 2015 ¶ Psykiatriplan, 14, 16).

Socialt arbejde i Region Nordjylland

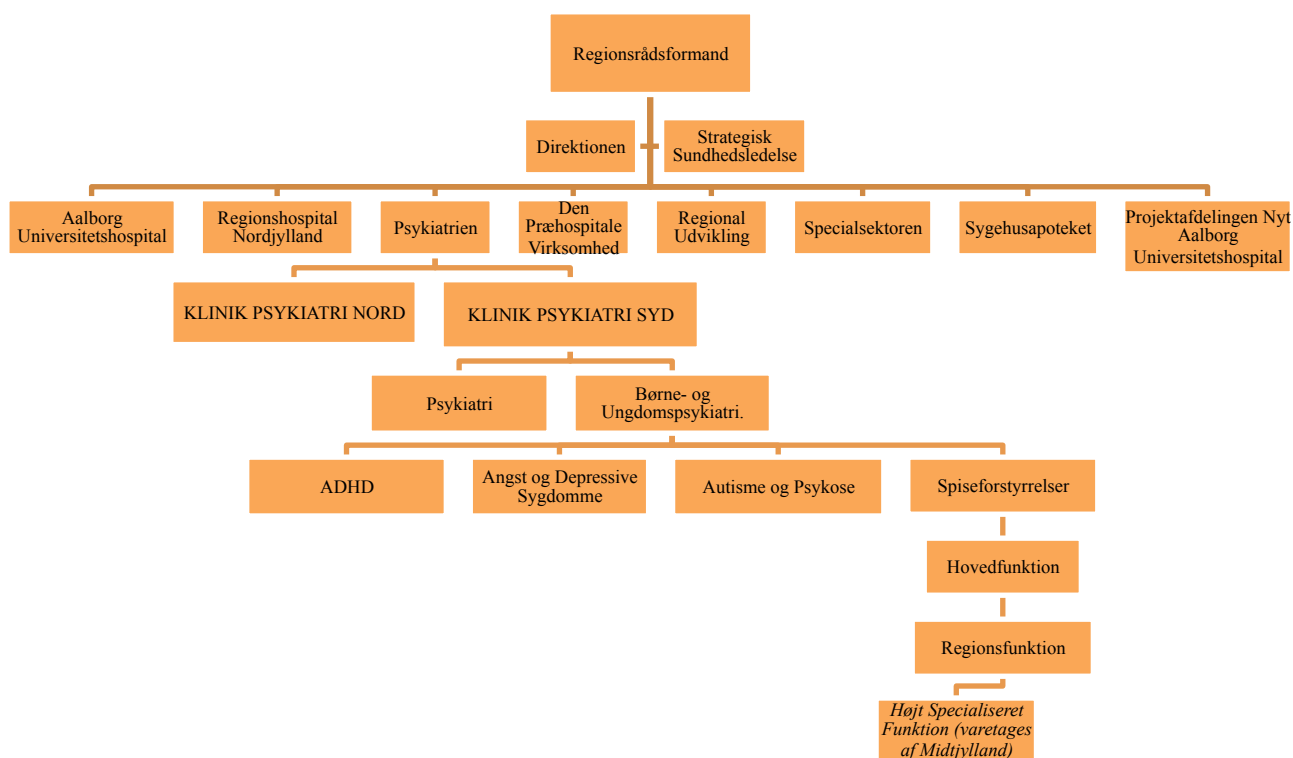
Førend der eventuelt vurderes et behov for indsats og behandling i regionalt regi, skal de spiseforstyrrelsesramte unge piger først og fremmest henvises og visiteres. Efter Børne- og

Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland har modtaget en skriftlig henvisning, eksempelvis af den unges egen læge, speciallæge, kommunen eller PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) skal denne behandles gennem Region Nordjyllands Visitationsenhed. Herigennem foretages der individuel vurdering af den unges behov og hertil tages der stilling til, hvad den rette indsats måtte være (Region Nordjylland, 2016 ¶ Visitationsenheden). Der vurderes eksempelvis behov for ambulans behandling, indlæggelse eller om henvisningen må afvises.

Nedenfor skitseres Figur 2, som illustrerer et organisationsdiagram over, hvordan Enhed for Spiseforstyrrelser placeres organisatorisk i Region Nordjylland. Psykiatrien i Region Nordjylland opdeles i Voksenpsykiatrien samt Børne- og Ungdomspsykiatrien og disse varetager specialiserede indsatser, udredning og behandling af eksempelvis affektive lidelser, skizofreni og andre psykoser, udviklings- og personlighedsforstyrrelser samt spiseforstyrrelser. Under disse specialeenheder forefindes Enhed for Spiseforstyrrelser, og denne opdeler og uddelegerer ansvaret i niveauerne: Hovedfunktionsniveau, Regionsfunktionsniveau og Højt Specialiseret Niveau. Hvor Enhed for Spiseforstyrrelses Hovedfunktionsniveau varetager udredning og behandling af hovedparten af de spiseforstyrrelsesramte unge som henvises og visiteres hertil, varetager Regionsfunktionsniveauet mere komplekse og ressourcekrævende opgaver. Regionsfunktionsniveauet varetager og samarbejder i højere grad med andre specialeenheder indenfor Psykiatrien, hvis den unge spiseforstyrrelsesramte eksempelvis også lider af en depression. Psykiatrien i Region Nordjylland varetager ikke opgaver på Højt Specialiseret Niveau, og derfor henvises den unge til en anden region, hovedsageligt Region Midtjylland (Region Nordjylland, 2015 ¶ Psykiatriplan, 10-13).

I Danmark er der etableret fire højt specialiserede enheder for spiseforstyrrelsesramte børn, unge og voksne, heraf to i hovedstadsområdet, en i Risskov og en i Odense. De højt specialiserede enheder varetager behandling af de sværeste spiseforstyrrelsestilfælde, samt yder rådgivning og undervisning til landets øvrige behandlingstilbud, samt etablerer forskning der kvalificerer og udvikler det sociale arbejdsområde (VIOSS, 2015 ¶ Behandlingsmuligheder).

Figur 2 – Region Nordjyllands organisationsdiagram



(Region Nordjylland, 2016 ¶ Organisationsbeskrivelse)

Ovenstående illustrerer Region Nordjyllands organisationsstruktur, og denne synliggør den formelle ansvars- og arbejdsopdeling i organisationen. Ved en klar og gennemskuelig organisationsstruktur fremmes specialisering og koordinering af arbejdsopgaver og ansvarsområder, samt sikrer fordelingen af autoritet. Organisationsstrukturen sikrer, at adfærden i organisationen er præget af stabilitet og regelmæssighed, som her udgør forudsætningen for at organisationen fungerer. Når der vedtages beslutninger som har indflydelse på det sociale arbejde i eksempelvis Enhed for Spiseforstyrrelser sikrer disse centraliserede beslutningsprocesser stabilitet og regelmæssighed, da personalet trods forskellige holdninger, kompetencer og ansvarsområder, varetager disse beslutninger på baggrund af de organisatoriske rammer (Jacobsen og Thorsvik, 2015, 63, 65).

Specialisering og Rationalisering

I Region Nordjylland arbejdes der mod mere specialiserede behandlingsindsatser, og det bevirker at behandlingen samles indenfor større og mere centralt placeret enheder, eksempelvis under Aalborg Universitetshospital, som er placeret i Nordjyllands hovedstad, Aalborg. Det betyder, at nogle patienter er nødsaget til at rejse længere, hvis de eksempelvis bor med stor afstand til Aalborg Universitetshospital (Jacobsen og Thorsvik, 2015, 83). Denne specialisering understreger behovet for en klar og gennemskuelig ansvars- og opgavefordeling mellem Region Nordjylland og kommunerne i Nordjylland.

Hvor kerneopgaverne i Psykiatrien primært indbefatter udrednings- og behandlingsindsatser, varetager de kommunale tilbud hovedsageligt støtte, omsorg og praktisk hjælp i dagligdagen, og det sker i tæt samarbejde med den enkelte borger (Region Nordjylland, 2015 ¶ Psykiatriplan, 17). Gennem de senere år har Region Nordjylland oplevet markant stigning i antallet af patienter der henvises og visiteres til Psykiatrien på Aalborg Universitetshospital, og det er særligt indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien at stigningen har været størst. Ifølge Region Nordjyllands Psykiatriplan er det som tidligere nævnt, 13% af de børn og unge der henvises og visiteres hertil, som behandles for en spiseforstyrrelse, helt specifikt anoreksi og bulimi (Region Nordjylland, 2015 ¶ Psykiatriplan, 16). For at imødekomme denne markante stigning har Psykiatrien foretaget effektivitetsforbedringer og rationaliseret den overordnede organisationsdrift. Den ambulante kapacitet styrkes løbende, sideløbende med implementeringen af den halverede udrednings- og behandlingsret, som blev skitseret i projektets problemfelt. Som benævnt heri, steg antallet af ambulante behandlinger. Tallet steg fra 1.380 patienter i 2011 til 1.909 patienter i 2015 (Sikker Psykiatri, 2015 ¶ Somatisk sygdom). Ovenstående anskueliggør, hvordan rationalisering sikrer Psykiatriens kapacitet og hvordan denne udnyttes bedst muligt, blandt andet ved at udrede og behandle unge spiseforstyrrelsesramte patienter ved lavest muligt, men mest effektivt omkostningsniveau (Region Nordjylland, 2015 ¶ Psykiatriplan, 18).

Som skitseret i ovenstående Figur 2, vedtages beslutningsprocesserne i Region Nordjylland ud fra de organisatoriske rammer som er defineret. En samfundsstrukturel vedtægt og forandring ved eksempelvis den affattede paragraf i Sundhedsloven §82b stk. 4, som halverer udredningsperioden fra 60 til 30 dage, forandrer ligeledes strukturen i en organisation som Region Nordjylland (Sikker Psykiatri, 2015 ¶ Somatisk sygdom). Samfundsstrukturelle forandringer kan således anskues som processer, der præger de organisatoriske rammer omkring det sociale arbejde med

spiseforstyrrelsesramte unge piger. Når Regionrådsformanden Ulla Astman og direktionen vedtager beslutninger, så påvirker det samtlige led i organisationen, dennes strukturer og frontlinjemedarbejderne som agerer i praksis. Det bevirker mere gennemskuelige ansvars- og opgavefordelinger, samt en mere ensartet og forudsigelig praksis (Jacobsen og Thorsvik, 2015, 80-81). Når der i Region Nordjylland forekommer en markant stigning i de ambulante behandlinger, er det altså ikke den enkelte frontlinjemedarbejders enerådige ansvar og beslutning – Tværtimod er beslutningen stærkt influeret af den centraliserede beslutningskompetence. Heri kan antallet af de stigende ambulante behandlinger anskues som værende nødvendige for at Region Nordjylland, som organisation, kan efterleve de samfundsstrukturelle beslutninger og krav om kortere udredningsret, som er blevet vedtaget. Under interviewet med den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser, beskrives det således:

”[...] Noget af det som presser os er i forhold til, at overholde den der udrednings- og behandlingsret, altså det her med, at vi skal se folk inden fire uger [...] det binder nogle ressourcer, altså, hvis man nu havde haft to måneder, som man har haft før, så kunne man ligesom være mere fleksibel med ressourcerne, men nu er vi nødt til at afsætte nogle tider, og vi ved reelt set ikke om de bliver brugt, men så får vi bundet noget tid der, og der var det lidt mere fleksibelt at gøre med, da vi havde to måneder”
(Bilag D, 63).

Fleksibiliteten i det sociale arbejde kan heri anskues som værende forringet, sammenhængende med kravene om en kortere udredningsret, hvilket bevirker at nogle helt specifikke ressourcer bindes og tilsidesættes til udredning – ressourcer som egentlig kunne have været brugt til at kvalificere og optimere behandlingsindsatsen for de spiseforstyrrelsesramte unge piger (Jacobsen og Thorsvik, 2015, 80-81).

Enhed for Spiseforstyrrelser

Som nævnt indledningsvist er formålet med følgende at opnå fokuseret viden om, hvordan de adspurgte professionelle aktører anskuer behovet for indsats og behandling vedrørende de spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. Fokuset for nedenstående afsnit er, at belyse det professionelle aktørsperspektiv, som den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser repræsenterer. Enhed for Spiseforstyrrelser er som nævnt en specialiseret enhed under Psykiatrien i

Region Nordjylland. Patientmålgruppen udgør både børn, unge og voksne som gennem en periode har behov for behandling for deres spiseforstyrrelse. Den ledende overlæge beskriver under interviewet, at der på Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland er seks døgnsegepladser i alt (Bilag D, 59). Ifølge den ledende overlæge er indsatsen og selve behandlingsforløbet konkret formålsbestemt rettet mod spiseforstyrrelsesramte patienter ”[...] med anoreksi og bulimi” (Bilag D, 57). Behandlingsforløbet på Enhed for Spiseforstyrrelser beskrives således:

”[...] Den specialiserede behandling fokuserer på de specifikke symptomer, som spiseforstyrrelsen medfører for den enkelte. Jo hurtigere behandlingen tager fat på at mindske symptomerne, og du dermed genvinder kontrollen fra spiseforstyrrelsen, jo mere tid er der til at arbejde med de generelle udfordringer og problemer, som personer med spiseforstyrrelser ofte kan have. Den fokuserede behandling indebærer, at du i samarbejde med behandlerne udarbejder behandlingsmål i forhold til vægt, spisemønster, vægtregulerende adfærd og andre problemer, som du måtte have” (Region Nordjylland, 2014 ¶ Velkommen, 5-6).

Det sociale arbejde på Enhed for Spiseforstyrrelser

Patientmålgruppen på Enhed for Spiseforstyrrelser er kort benævnt i foregående afsnit, og fælles for de patienter som indlægges herpå er, at deres fysiske tilstand er væsentligt svækket – de har lavt blodtryk og puls, samt oftest et BMI (Body Mass Index) under 14. Den ledende overlæge forklarer, at det også kan være børn eller unge, hvor forældrene ikke magter ansvaret – de oplever afmagt, frustration og de føler ikke at de kan støtte eller hjælpe deres børn længere. Hun beskriver endvidere, at behandlingsforløbet påbegynder med det samme, når den spiseforstyrrelsesramte indlægges eller tilknyttes ambulante behandling, og her ”[...] snakker [de] kost og får en kostplan [...] Vi laver det vi kalder en psykoedukation, altså undervisning. Så vi starter sådan set den første dag, som de er her” (Bilag D, 58).

Psykoedukation er en hyppigt anvendt og manualiseret behandlings- og undervisningsform, hvis formål er at undervise og fremme eksempelvis patienter med spiseforstyrrelse og deres pårørende om sygdomsforståelse og ansvar for aktiv deltagelse i mestring og forebyggelse af sygdommen (Region Nordjylland, 2017 ¶ Psykoedukation). Psykoedukation anlægger den kognitive forståelse et væsentligt aspekt, og udgangspunktet herfor er, at anskue hvordan ”[...] måden hvor på, vi tolker

vores tanker, har indflydelse på vores følelser og handlinger. Dette betyder, at vi via bevidsthed om vores tankemønstre, har mulighed for at påvirke/ændre vores følelser og handlinger i mere hensigtsmæssig retning” (Region Nordjylland, 2017 ¶ Psykoedukation).

Det sociale arbejde der varetages på Enhed for Spiseforstyrrelser, mener vi med ovenstående kan anskues med udgangspunkt i et læringsteoretisk perspektiv hovedsageligt fordi, personalet arbejder problemløsende. Arbejdet er formålsbestemt og beskrives med at målet er, at *”[...] mindske symptomerne, og dermed genvinde kontrollen fra spiseforstyrrelsen* (Region Nordjylland, 2014 ¶ Velkommen, 5-6). Et læringsteoretisk perspektiv sigter mod at mindske den problemskabende adfærd, og herigennem tillæres den unge spiseforstyrrelsesramte en anden adfærd, hvor kontrollen er genvundet (Hutchinson og Oltedal, 2014, 139-140). Den ledende overlæge supplerer hertil og beskriver, at *”[...] man kan sammenligne anoreksi med kræft blandt børn og unge [...] vores mantra, det er, at maden er medicinen og man vil jo heller ikke, begynde at sige at ens barn, ikke skulle have kemoterapi for eksempel”* (Bilag D, 65). Anoreksipatientens adfærd anskues ovenfor som værende en afvigende og livstruende adfærd, fordi denne sammenlignes med en kræftform. Hertil kan maden anses som værende den kemoterapi, som den spiseforstyrrelsesramte har behov for, for at overleve. De spiseforstyrrelsesramte skal således lære, at maden udgør et essentielt behov, hvilket eksempelvis kan ske gennem spisetræning, hvori den unges forvrængede spise- og tankemønstre forsøges ændret.

På Enhed for Spiseforstyrrelser kan behandlingen foregå enten ambulantly eller ved indlæggelse. Fælles for disse behandlingsindsatser er, at madens betydning er det første der skal tillæres, og som den ledende overlæge beskriver, er det *”[...] i starten ofte rigtig vigtigt, at få styr på det med spisningen først og få øget sin vægt [...] fordi det der fylder er ofte maden, kalorierne og hvordan man ser ud”* (Bilag D, 60). Når behandlingsmålet om at øge patientens vægt er indfriet, kan der tages hånd om de øvrige problematikker. Den ledende overlæge beskriver således: *”Når de unge så begynder at være sådan nogenlunde gennem det og begynder at nærme sig målvægten, så kan de komme i en ungegruppe sammen med andre unge”* (Bilag D, 61). Trods et primært fokus på maden som medicin, så er det ikke den eneste måde, hvorpå personalet forsøger at tillære den spiseforstyrrelsesramte en anden adfærd. Den ledende overlæge beskriver: *”Vi ved at der er mange der siger, at vi ikke sådan snakker om andre ting, men jeg tror at det hænger sammen med, at man er så optaget af det der mad og de der kalorier, altså det fylder så meget i ens hoved, at man faktisk ikke rigtig lægger mærke til, at man også snakker om nogle andre ting, fordi det ved vi, at vi gør”*

(Bilag D, 60). Hun forklarer således, at spiseforstyrrelsesramte unge piger ofte selv er meget optagede af maden og dets kalorieindhold, og selvom behandlingsindsatsen også indbefatter andet fokus, er det sjældent det der træder i forgrunden. Hvor behandlingsindsatsens mål om at ændre patientens spisemønstre kan anskues i et behavioristisk læringsteoretisk perspektiv, kan behandlingsindsatsens øvrige fokusområder omkring patientens tankemønstre perspektiveres til et mere kognitivt læringsteoretisk perspektiv (Hutchinson og Oltedal, 2014, 143-144, 148-149). Med ovenstående kan det nævnes, at behandlingens primære fokus er at mindske de risikable og livstruende aspekter, og heri er maden medicinen, og senere kan fokuset udvides til patientens problematiske tankemønstre (Hutchinson og Oltedal, 2014, 149). Den ledende overlæge forklarer sammenhængende med et udvidet fokus, at der arbejdes med individuel fysioterapeutisk behandling, familiebaseret behandling og mestringsgrupper, og det er gennem disse, at den spiseforstyrrelsesramte unge lærer at mestre andre tankemønstre, og etablere en sundere kropsforståelse.

Foruden de fremhævede læringsteoretiske perspektiver, anskuer vi aspekter i behandlingen som kan henledes til et konfliktteoretisk perspektiv, hvor behandlingsindsatsen bliver væsentligt mere empowermentorienteret (Hutchinson og Oltedal, 2014, 188). Den ledende overlæge beskriver:

”Mange af de unge har jo en identitet som spiseforstyrret, og når de ikke har en spiseforstyrrelse, hvad er de så for nogen? Mange har simpelthen spørgsmål om, hvordan de kommer ud i livet igen, mange har jo isoleret sig fra sine omgivelser, så de snakke handler ofte om, hvordan man gør det og så snakker vi om, hvad det er for nogle udfordringer de har” (Bilag D, 61).

Et af kritikpunkterne i forhold til et læringsteoretisk perspektiv i det sociale arbejde er ofte, at man gennem de adfærdsregulerende indsatser bliver blind på de samfundsmæssige sammenhænge (Hutchinson og Oltedal, 2014, 185). Med ovenstående uddrag kan der anskues aspekter, hvori personalet forsøger at mobilisere nogle kræfter hos den enkelte spiseforstyrrelsesramte unge, således at denne formår at mestre livet efter udskrivelsen. I et empowermentorienteret socialt arbejde forsøger man at koble mikro- og makroforholdene, således at patienten har mobiliseret kræfter til at håndtere behandlingsforløbet sidste periode, samt livet udenfor de institutionelle rammer. Når den ledende overlæge forklarer, at det ofte er disse spørgsmål som de unge stiller, så kan vi anskue et væsentligt aspekt i det sociale arbejde, som der varetages af Enhed for Spiseforstyrrelser – Hvis den unge kan lære at ændre adfærd gennem behandlingsindsatsen, men

ikke magter eller formår at mestre livet udenfor, så risikerer de at bruge de samme mestringsstrategier, som de brugte før de blev indlagt – deres spiseforstyrrelse – og dermed har de ikke fået mobiliseret tilstrækkelige kræfter (Hutchinson og Oltedal, 2014, 211). Den ledende overlæge beskriver, at de spiseforstyrrelsesramte unge piger, som visiteres til udredning og behandling på Enhed for Spiseforstyrrelser, ofte *"[...] er meget perfektionistiske personer, som stiller store krav til sig selv"* (Bilag D, 64). Med perspektivering til projektets problemfelt, anskuer vi heri et væsentligt behov for, at personalet på Enhed for Spiseforstyrrelser sigter efter, at mobilisere indre kræfter hos den enkelte spiseforstyrrelsesramte unge pige, således at denne formår at mestre livet efter udskrivelsen. Hvis ikke denne mobilisering finder sted i tilstrækkeligt omfang kan pigernes meget perfektionistiske tankemønstre være medvirkende til, at de har forringede mulighed for at håndtere de udfordringer de står overfor, når de ikke længere er indlagt som patienter på Enhed for Spiseforstyrrelser. Enhed for Spiseforstyrrelser varetager således et socialt arbejde, hvori de forsøger at mobilisere nogle indre kræfter, som bevirker at den unge kan mestre livet med en anden identitet, end identiteten som spiseforstyrret. Den ledende overlæge forklarer, at det er *"[...] farligt at være indlagt, altså sådan at være indlagt for længe, fordi så bliver man sådan afskåret og hjælpeløs på mange områder"* (Bilag D, 66). Som tidligere nævnt, understreger den ledende overlæge endvidere, at de er pressede i forhold til ressourcefordelingen og det bevirker, at de er nødsaget til at *"[...] afslutte folk lidt før vi egentlig ville, altså folk vi gerne ville have beholdt lidt længere tid"* (Bilag D, 63). Når de på Enhed for Spiseforstyrrelser vurderer, at den spiseforstyrrelsesramte unge pige har nærmet sig sin målvægt tilstrækkeligt, afsluttes behandlingsforløbet, og pigen udskrives herefter til eget hjem eller til yderligere behandlingsindsats i kommunalt eller privat regi, sideløbende med en opfølgende ambulante behandling.

Med ovenstående har vi opnået fokuseret viden om, hvordan de indenfor den offentlige sektor varetager et socialt arbejde med de spiseforstyrrelsesramte unge piger. Hensigten med følgende er, at beskrive det sociale arbejde, som et privat socialpædagogisk opholdssted varetager i arbejdet med de spiseforstyrrelsesramte unge piger. Vi tager herunder udgangspunkt i de professionelle aktørers perspektiver, som arbejder på et af de opholdssteder, som vi gennem kortlægningen fandt frem til og som på nuværende tidspunkt har spiseforstyrrelsesramte unge tilknyttet. Det skal sammenhængende nævnes, at vi ikke forsøger at sammenligne det sociale arbejde på henholdsvis Enhed for Spiseforstyrrelser og det socialpædagogiske opholdssted, da tilbuddene varetager forskelligartede indsats og da behandlingen på Enhed for Spiseforstyrrelser sker, førend tilknytning til et eventuelt opholdssted. Dog anskuer vi de professionelle aktørers perspektiver som

værende relevante for, at opnå yderligere forståelse for de behov som den unge kan have, når denne er blevet udskrevet fra Enhed for Spiseforstyrrelser.

Det sociale arbejde på et socialpædagogisk opholdssted

De professionelle aktører på opholdsstedet, fremstiller en frustration over, at *"[...] de i psykiatrien er rigtig hurtige til at henvise tilbage til primær sektor [...] vi vil rigtig gerne mere samarbejde. Vi vil rigtig gerne have at de [unge] får et mere udvidet tilbud, end de rent faktisk ofte får"* (Bilag E, 69). Ovenstående uddrag synliggør, hvordan de professionelle ofte oplever et utilstrækkeligt samarbejde, og at det begrænsede samarbejde der er, ofte omhandler *"[...] vægtkontrol eller medicinkontrol"* (Bilag E, 69). Gennem det dyadiske interview adspurgte vi de professionelle aktører om, hvordan de oplevede det tværfaglige samarbejde mellem dem og ambulatoriet på Enhed for Spiseforstyrrelser. Hertil problematiserede de adspurgte aktører samarbejdet, og informanten med den administrative funktion afviser blankt et tilstrækkeligt samarbejde, hvortil hun adspørger informanten med den praksisnære funktion om, hvorvidt hun har kendskab til nogle unge, som er blevet tilbudt deltagelse i ungegrupperne. Informanten med den praksisnære funktion svarer hertil: *"Nej. Det har jeg ikke. Ikke indenfor spiseforstyrrelsesdelen"* (Bilag E, 70). De problematiserer ligeledes at de unge sjældent modtager tilstrækkelig hjælp efter udskrivelsen og understreger, at de unge ofte er frustrerede over den manglende hjælp, selvom de *"[...] også gerne bare [vil] ud derinde fra"* (Bilag E, 70). De professionelle aktører anskueliggør således en ambivalens, hvori pigerne har et øget behov for hjælp, samtidigt med at de helst vil være foruden Enhed for Spiseforstyrrelsers behandlingsindsats.

De professionelle aktører beskriver endvidere, at hvor de spiseforstyrrelsesramte unge piger ofte oplever, at behandlingen på Enhed for Spiseforstyrrelser fokuserer på spisedelen, har de på opholdsstedet *"[...] så lidt fokus som overhovedet muligt på det spisning"* (Bilag E, 70). De mener derimod, at man bør *"[...] så hurtigt som muligt [have] is i maven og lader dem styre"* (Bilag E, 70). Vi har tidligere beskrevet, at vi anskuer det sociale arbejde på Enhed for Spiseforstyrrelser med perspektivering til et læringsteoretisk perspektiv, hvilket vi ligeledes kan anskue i henhold til det socialpædagogiske opholdssteds sociale arbejde, men grundet et mindre stringent behov for målbare resultater og mere fleksibilitet, så er det muligt for opholdsstedet at være mere afslappet under spisesituationerne.

Hvor Enhed for Spiseforstyrrelsen anskuer spiseforstyrrelsens somatiske og livstruende problematikker, som det væsentligste at behandle først, anlægger det socialpædagogiske opholdssted spiseforstyrrelsen et andet fokus. De beskriver, at spiseforstyrrelsen er *"[...] et symptom på at der er noget andet grundlæggende galt"* (Bilag E, 71). De beskriver desuden, at spiseforstyrrelsesramte unge piger er vanskelige at arbejde med, da spiseforstyrrelsen *"[...] bliver så meget [deres] identitet"* (Bilag E, 72).

Ifølge de professionelle aktører varetager de et socialt arbejde, som er fokuseret på den bærende relation mellem den enkelte spiseforstyrrelsesramte unge pige selv og personalet. De beskriver: *"Vi arbejder jo relationelt her, så på den måde så går vi rigtig meget op i, at der er en kontakt"* (Bilag E, 71). Foruden et læringsteoretisk perspektiv, kan vi anskue aspekter af et interaktionistisk perspektiv, hvilket har væsentlig betydning for måden, hvorpå det sociale arbejde som udfolder sig. Dette perspektiv forudsætter, at personalet tilsidesætter deres forforståelse i forhold til vigtigheden af maden, og gennem relationen forsøger at forstå, hvordan de spiseforstyrrelsesramte unge piger selv opfatter den situation som de befinder sig i (Hutchinson og Oltedal, 2014, 89-90). Hvor den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser fremstiller mantraet om, at maden er medicinen, så beskriver de professionelle fra opholdsstedet, at *"[...] hvis du har kontrol over din tallerken, havde jeg nær sagt, så sidestiller du det med at have kontrol over dit liv"* (Bilag E, 72). På det socialpædagogiske opholdssted anskues maden således ikke som medicinen, men som det, der nedbryder de spiseforstyrrelsesramte unges oplevelse af at have kontrol. Vi kan heri anskue at de professionelle aktører beskriver et behov for at kombinere et læringsteoretisk og interaktionistisk perspektiv, og etablere en bærende relation, hvori de spiseforstyrrelsesramte tillærer og udvikler en anden og mere nuanceret forståelse for deres identitet – en identitet, som kan være foruden deres spiseforstyrrelse som mestringsstrategi (Hutchinson og Oltedal, 2014, 89).

SAMMENFATNING

Gennem undersøgelsesspørgsmålet har vi opnået fokuseret viden om, hvordan de udvalgte professionelle aktører anskuer behovet for indsats og behandling i henhold til de spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. For at kunne opnå denne viden, har vi kortlagt de sociale behandlings- og indsatsstilbud, som er implementeret og som varetager et socialt arbejde efter udredning og behandling på Enhed for Spiseforstyrrelser.

Vi har endvidere belyst, hvordan Enhed for Spiseforstyrrelser er underlagt nogle samfundsstrukturelle og organisatoriske rammer, som gør, at de må varetage flere ambulante behandlinger, samt udskrive patienter førend de ellers ville, grundet nogle bestemte og fastlagte regler, eksempelvis kravet om effektivisering og kortere udredningsret. Med udgangspunkt i en centraliseret organisatorisk ramme kan det siges, at de vedtægter og beslutninger som foretages, påvirker frontlinjemedarbejderens handlerum. På Enhed for Spiseforstyrrelser påbegyndes behandlingsindsatsen i et læringsteoretisk perspektiv. Det er heri, at de spiseforstyrrelsesramte unge piger skal lære, at ændre spise- og tankemønstre, særligt med fokus på maden og vægten. Når denne ændring er sket, kan vi anskue et væsentligt mere empowermentorienteret perspektiv, og som den ledende overlæge forklarer, skal patienten mobilisere nogle indre kræfter til at håndtere behandlingsforløbets sidste periode, samt livet udenfor de institutionelle rammer. Samme perspektiv deler de professionelle aktører fra det socialpædagogiske opholdssted ikke. I deres perspektiv er efterbehandlingen udelukkende fokuseret på praktiske aspekter, såsom at den unge kontrolvejes. De anskuer i højere grad et behov for, at udvikle den spiseforstyrrelsesramte unges kompetencer og formåen gennem et mere interaktionistisk og relationelt perspektiv. De professionelle aktører fra det socialpædagogiske opholdssted problematiserer ligeledes en ambivalens i henhold til de spiseforstyrrelsesramte unge piger. Hvor pigerne på den ene side er frustrerede over behandlingsindsatsen og gerne vil udskrives, oplever de på den anden side behandlingsindsatsen som værende utilstrækkelig.

Ovenfor skildres to forskelligartede professionelle aktørperspektiver, og som tidligere nævnt kan disse ikke sammenlignes, men blot skildre hvordan forskellige perspektiver præger det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland.

KAPITEL 3

UNDERSØGELSESSPØRGSMÅL 2

Hvordan påvirkede spiseforstyrrelsen de adspurgte pigers sociale samhandlinger med omgivelserne?

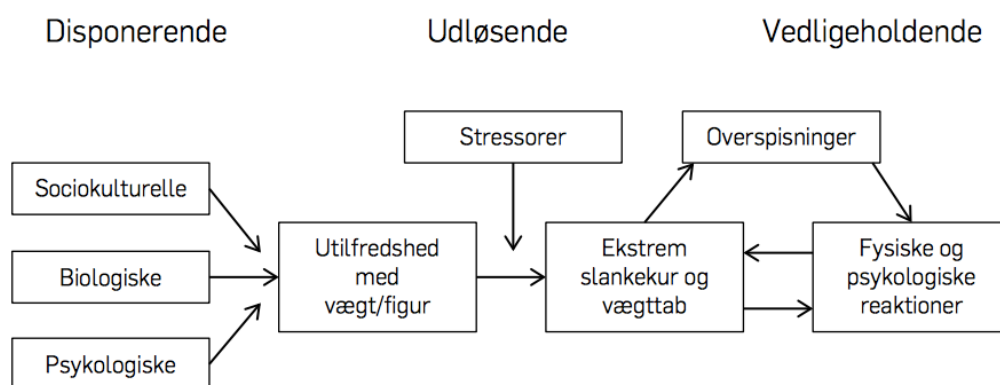
David M. Garner

Professor David M. Garner har som tidligere nævnt, udviklet en multikausal forståelse for de særlige risikofaktorer, der kan være medvirkende til at øge risikoen for, at et individ udvikler en spiseforstyrrelse (Lunn, 2008, 206). Garner har herigennem udviklet en model, som visualiserer en mere nuanceret forståelse end den klassiske sårbarhedsmodel, den såkaldte Diatese-Stress-Model. I tillæg til denne multikausale model, fremsætter Garner heri nogle faktorer, og karakteriser disse som værende nogle risikofaktorer, der kan associeres med udviklingen af en spiseforstyrrelse (SFI, 2013 ¶ Unges Selvskade og Spiseforstyrrelser, 66).

Ifølge Garner forudsætter udviklingen af en spiseforstyrrelse mindst én disponerende risikofaktor, og denne kan både være af psykologisk, biologisk eller sociokulturel karakter. De psykologiske risikofaktorer kan komme til udtryk som individuelle faktorer, eksempelvis gennem lavt selvværd og/eller perfektionisme, men Garner fremhæver ligeledes at forskellige familieforhold figurerer som risikofaktorer, der kan øge risikoen for forekomsten af en spiseforstyrrelse. Ifølge Garner kan eksempler på sådanne familieforhold være forekomsten af fysiske og psykiske sygdomme, interne konflikter, alkoholmisbrug, men samtidigt kan et højt forventningspres fra forældrenes side også være en udløsende faktor (Lunn, 2008, 204). De biologiske risikofaktorer kan både være socialt miljørelaterede og genetisk betinget. Garner mener endvidere, at individet kan være disponeret for den biologiske risikofaktor, grundet for tidlig fødsel, fødselsskader eller tidlig pubertet. En spiseforstyrrelse kan ligeledes blive udløst på grund af det psykiske og sociale miljø, den enkelte er vokset op i (SFI, 2013 ¶ Unges Selvskade og Spiseforstyrrelser, 69-70). De sociokulturelle risikofaktorer vedrører forhold udenfor individet selv, eksempelvis samfundets økonomiske overflod samt de moderne skønheds- og kropsidealer. Med perspektivering til problemfeltet, omtaler Giddens ligeledes de sociokulturelle aspekter som medvirkende årsager til at et individ kan udvikle en spiseforstyrrelse. Hvor Garner medtager de efterstræbelsesværdige skønheds- og kropsidealer væsentlig betydning, tillægger Giddens de mere samfundsbestemte forventninger og krav betydning, heriblandt kravet om individualisering. Giddens understreger specifikt, at

anoreksien bliver en stræben efter sikkerhed, er en slags kontrol, som forsvarende individet i den ellers ukontrollerbare verden (Giddens, 2004, 49).

Nedenstående Figur 3, synliggør de disponerende risikofaktorer og illustrerer ligeledes, at der skal være nogle udløsende faktorer og nogle vedligeholdende faktorer i spil, førend en spiseforstyrrelse udvikles (Garner, Garfinkel, Goldbloom, 1987, 624). De udløsende faktorer kan være en række forskellige stressorer, såsom somatisk sygdom med vægttab, barndoms- og opvæksttraumer eller forældres skilsmisse, som alle kan medføre ekstrem slankeadfærd (Lunn, 2008, 205). De vedligeholdende faktorer forklarer Garner som værende belønninger af forskellig karakter, eksempelvis af social karakter, som opnås gennem ros og anerkendelse fra omgivelserne, men det kan også være af psykologisk karakter, såsom større selvtilfredshed eller af fysisk og biokemisk karakter, grundet den afmagrede kropstilstand (Lunn, 2008, 205). Med udgangspunkt i de tidligere spiseforstyrrelsesramte pigers subjektive livsførelser, illustreres Garners multikausale model, og derefter belyses mulige årsagsforklaringer til, at de adspurgte piger udviklede en spiseforstyrrelse.



Figur 3 – Garners multikausale model (SFI ¶ Unges selvskade og spiseforstyrrelser, 2013, 67).

Som argumenteret for gennem projektets forskningsdesign, foretog vi semistrukturerede interviews med de tre tidligere spiseforstyrrelsesramte piger, Lotte, Ana og Britta. Sammenhængende med ovenstående model præsenteres informanterne kort nedenfor, se eventuelt 'Bilag – Transskription' A, B og C, side 18-56.

Informant Lotte

Gennem Bilag A udtrykker Lotte reflektivt, at hun følte sig underlagt et bestemt forventningspres. Lotte følte, at hun skulle være den raske derhjemme og dette medførte et ansvar, hvor Lotte sørgede for de praktiske gøremål og pligter, samt varetog en ansvarsfuld og kompenserende rolle som omsorgsgiver – en rolle, som hendes mor, grundet et langvarigt sygdomsforløb, ikke magtede at varetage. Trods det aldrig var forældrenes intentioner, at Lotte skulle påtage sig så voksent et ansvar, så oplevede Lotte det som værende nødvendigt for at holde sammen på familien. Lotte fortæller ligeledes, at hun har været udsat for seksuelt overgreb, og i forhold til Garners årsagsforklaringer så udgør denne oplevelse en traumatisk og stressende faktor, der kan være medvirkende til at udløse en spiseforstyrrelse (Garner et. al., 1987, 626). Med baggrund i ovenstående beskrivelse kan særligt de psykologiske risikofaktorer anskues som mulige årsagsforklaringer til, at Lotte udviklede en spiseforstyrrelse. Ifølge Garner kan Lotte have været disponeret for de psykologiske risikofaktorer og hertil kan det seksuelle overgreb og det øgede, kompenserende ansvar have været medvirkende til, at Lotte udviklede en spiseforstyrrelse (Garner et. al., 1987, 626).

Informant Ana

Projektinformanten Ana forklarer gennem Bilag B, at hun led af tvangstanker (OCD), og at disse prægede hendes dagligdag i en sådan grad, at særligt måltiderne og træningen blev stringent ritualiseret. På baggrund af Garners perspektiv om, at psykiske lidelser kan være influerende på udviklingen af en spiseforstyrrelse, anskues OCD i nærværende projekt som værende en psykisk lidelse. Derudover beskriver Ana, at en sygeligt optagethed af sundhed og øget selvdisciplin i forhold til træning, prægede hendes familieliv. Garner fremhæver ligeledes de familierelaterede risikofaktorer og mener at et øget fokus og opmærksomhed på slankekure, forstyrret forhold til mad, samt kritiske kommentarer om det kropslige udseende, repræsenterer væsentlige og udløsende risikofaktorer. Ifølge Garner kan Ana anskues som værende disponeret for udviklingen af en spiseforstyrrelse, grundet de psykologiske og familierelaterede risikofaktorer (Garner et. al., 1987, 626).

Informant Britta

Brittas subjektive overvejelser om, hvorfor hun udviklede en spiseforstyrrelse udtrykkes gennem Bilag C og heri forklarer hun, at hun kan have været arveligt disponeret for det. Jævnfør Garners perspektiv mener han netop, at tidligere erfaringer med spiseforstyrrelser og vægtproblemer i familien udgør en væsentligt biologisk risikofaktor. Yderligere beskriver Britta, at hun har været udsat for seksuelt misbrug, og som tidligere omtalt kan denne traumatiske oplevelse karakteriseres som en psykologisk risikofaktor, som øger risikoen for udviklingen af en spiseforstyrrelse. Britta fremsætter endvidere sin skrøbelige psyke som en faktor, der kan have bevirket udviklingen af en spiseforstyrrelse og dette ville Garner anskue som en psykologisk årsagsforklaring. Britta anskuer altså selv, at hendes spiseforstyrrelse udgør en kombination af flere risikofaktorer, som Garner ville karakterisere som de psykologiske, biologiske og familierelaterede risikofaktorer (Garner et. al., 1987, 626).

Erving Goffman

Ovenfor har vi kort skitseret nogle mulige årsagsforklaringer til, at de adspurgte piger kan have udviklet en spiseforstyrrelse. I følgende afsnit er det vores hensigt, at redegøre for de teoretiske begreber, som anvendes gennem nærværende analysedel og som inddrages som begreber i tredje undersøgelsesspørgsmåls analysedel. Disse begreber vil gennemgående blive anvendt og hensigten med disse er at de kan være medvirkende til, at skabe en dybere forståelse og dermed udvide vores forståelseshorisont. Formålet med følgende teoretiske redegørelse er, at skabe en teoretisk forståelsesramme for Goffmans perspektiv, som endvidere kan være medvirkende til at give projektets empiriske datamateriale en forklaringskraft, som ligger ud over materialet selv. Vi forsøger altså her, at opnå en forståelse for informanternes udsagn, som ligger ud over deres egne subjektive selvforståelser. I tillæg til ovenstående fokus, finder vi det relevant at inddrage Erving Goffmans teoretiske forståelse af individets sociale samhandlinger i hverdagsinteraktionerne, særligt med fokus på begreberne 'frontstage' og 'backstage'. Goffman forklarer, hvordan individet med dramaturgiske metaforer agerer i de sociale samhandlinger, og han fremsætter, at individet spiller roller i hverdagen som led i dennes 'selvrepræsentation'. Det er i denne sammenhæng, at begreberne frontstage og backstage udgør den scene, hvorpå disse roller udspiller sig. Nedenfor redegøres der først og fremmest for Goffmans selvrepræsentation, og dernæst beskrives begreberne frontstage og backstage.

Selvrepræsentation

Goffman lægger fokus på mikrosociologisk interaktion og disse interaktioners indflydelse på det enkelte individs identitetsdannelse. Goffman mener, at dannelse og opretholdelse af identiteten foregår i den sociale kontekst og i de specifikke sociale samhandlinger, hvori disse interaktioner udspiller sig (Jacoben & Kristiansen, 2004, 27).

Goffman anvender en teatermetaforiske beskrivelse af samhandlingsordenen i det moderne samfund, og han understreger, at individet altid forsøger at fremstå bedst mulig i disse sociale interaktioner, hvilket opnås ved, at individet forsøger at styre de indtryk, som denne efterlader andre med (Goffman, 1959, 18). Ifølge Goffman forsøger samtlige individer i den sociale interaktion at indsamle tilstrækkelige informationer om de øvrige individer for at kunne tydeliggøre disse gennem stereotype forestillinger og dermed har mulighed for at kunne forudsige deres adfærd (Goffman, 1959, 13). Goffman fremsætter ligeledes, at det er i mødet med andre, at individet har mulighed for at påvirke de andres handlinger, og dermed er de sociale samhandlinger et produkt af den sociale kontekst (Goffman, 1992, 22). I disse sociale samhandlinger beskriver Goffman endvidere, hvorledes kommunikationen finder sted ved, at det enkelte individ både bevidst og ubevidst udsender signaler og stimuli, og at disse forsøges styret gennem 'indtryksstyring' (Goffman, 1959, 28). Det er ved hjælp af indtryksstyring, at individet både forsøger at fremstå bedst mulig, men også forsøger at opretholde den sociale interaktion og dermed undgå sammenbrud som følge af pinlige situationer. Ifølge Goffman gøres det ved, at individet forsøger at bibeholde dennes egen og andres definition af situationerne, og derved undgås følelsesmæssige sammenbrud i de sociale samhandlinger (Goffman, 1959, 24).

I nærværende projekt vurderes det relevant at opnå forståelse for de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pigers 'indtryksstyring' i mødet med deres omgivelser samt anskue, hvorvidt deres spiseforstyrrelse gav anledning til en bestemt form for indtryksstyring. Som tidligere beskrevet fremsætter Goffman teorien om, at selvrepræsentation finder sted i mødet med andre individer, og derfor finder vi det relevant at redegøre for begreberne 'frontstage' og 'backstage', som relaterer sig til de forskellige scener, hvorpå de sociale samhandlinger udspiller sig (Goffman, 1992, 22).

Frontstage – Backstage

Som anført ovenfor udgør begreberne 'frontstage' og 'backstage' en væsentlig del af Goffmans dramaturgiske teori. Goffman anvender scenen som en metafor for individets ageren i det sociale liv og beskriver herunder, hvordan individet påtager sig bestemte roller, når denne agerer på scenen (Goffman, 1959, 67). Når individet befinder sig frontstage, er der dyb koncentration om den påtagede rolle, samt om hvilke indtryk individet giver andre. Individet forsøger gennem sin fremtoning at fremstå bedst mulig og derved 'passerer' individet med sin påtagede rolle (Goffman, 1959, 73). Ifølge Goffman påtager vi os alle roller i hverdagen, som i højere eller mindre grad er i overensstemmelse med vores autentiske selv, og et altafgørende aspekt heri er, at vores omgivelser accepter denne rolle (Goffman, 1959, 74). Derved kan de sociale samhandlinger anskues som værende komplicerede, især fordi individet kan føle angst for at blive afsløret, samt have manglende lyst til at agere frontstage og forsøge at passere en rolle, som er i uoverensstemmelse med individets autentiske selv (Goffman, 1959, 73). Der kan altså være tale om et kontinuum, hvori individet på den ene side har sine frontstage roller, som kræver mere anstrengelse og arbejde at opretholde, end de backstage roller, hvori individet tillader sig selv at trække sig tilbage. Når individet befinder sig backstage, fremstår rollerne mere naturlige og føles mindre anstrengende, men individet er hele tiden bevidst om risikoen for at blive afsløret (Goffman, 1959, 75). Vi finder det yderligere relevant at konkretisere Goffmans identitetsbegreb, hvori han særligt skelner mellem individets faktiske sociale identitet og individets tilsyneladende sociale identitet (Goffman, 2004, 47).

Identitet

Den faktiske sociale identitet omhandler de egenskaber, som individet besidder og er dermed retvisende i forhold til individets egentlige identitet. I modsætning til denne henviser den tilsyneladende sociale identitet til omgivelsernes forventninger til individets egenskaber. Disse forventninger bygger på bestemte kategoriseringsprocesser, der foretages med henblik på at placere individet i en bestemt kategori. Der er altså tale om den identitet, som omgivelserne forventer, individet besidder udadtil (Goffman, 2004, 47). Hvis der er uoverensstemmelse mellem den faktiske og tilsyneladende sociale identitet, dannes der grobund for stigmatisering, hvilket bevirker, at individet ikke opnår fuld anerkendelse. Ifølge Goffman kan risikoen for uoverensstemmelse medføre et forsøg på at hemmeligholde eller skjule den faktiske sociale identitet, således at risikoen

for stigmatisering undgås (Goffman, 2004, 48). Hensigten med at inddrage Goffman i nærværende projekt og hans skelnen mellem individets faktiske og tilsyneladende sociale identitet er at belyse, hvorvidt der er diskrepans mellem de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pigers identitet og hvordan pigerne har valgt at håndtere en mulig diskrepans. Som beskrevet i projektets problemfelt er antallet af spiseforstyrrelsesramte unge piger i Danmark i høj grad baseret på et skøn, særligt fordi mange vælger at skjule sygdommen. Årsagerne hertil kan være mange, men vores forforståelse er, at en del af forklaringen kan være, at de spiseforstyrrelsesramte unge piger føler skam og frygter at blive udsat for stigmatisering som følge af deres selvoplevede identitet som værende spiseforstyrrelsesramt. Frygten for stigmatisering kan være medvirkende til, at den spiseforstyrrelsesramte unge pige, bevidst forsøger at skjule sin spiseforstyrrelse. Ifølge Goffman sker det ved at 'passere' som rask, og derved undgår den spiseforstyrrelsesramte at blive konfronteret med sin spiseforstyrrelse og derigennem blive udsat for stigmatisering. Gennem følgende redegørelse vil Goffmans forståelse for begreberne 'stigmatisering' og 'passing' blive beskrevet.

Stigmatisering

Goffman udviklede oprindeligt begrebet 'stigma' sammenhængende med sin sociale samhandlingsteori. Ifølge Goffman risikerer individet at blive udsat for stigmatisering, hvis denne agerer afvigende i forhold til sine omgivelser (Goffman, 2009, 45). En afvigelse kan eksempelvis være en bestemt adfærd, tilstand eller nogle grundlæggende karaktertræk. Stigmatisering forekommer, når et individ ikke efterlever de gældende normer, som er fremherskende i en bestemt social kontekst. Goffman fremsætter endvidere, at stigmatisering har en dobbeltsidet påvirkning: På den ene side kan der være tale om en direkte oplevelse af stigmatisering og på den anden side kan stigmatisering forekomme alene ved individets forventning om det (Goffman, 2009, 46). Goffman skitserer tre former for stigmatisering, herunder den kropslige, den karaktermæssige og den slægtsbetingede stigmatisering. Den kropslige stigmatisering forekommer, når individet kategoriseres som værende afvigende grundet synlige og fysiske karaktertræk, fordi individets fysiske fremtoning ikke passer til de gældende normer (Goffman, 2009, 43). Den karaktermæssige stigmatisering kommer til udtryk, når individets psykiske og karaktermæssige træk er i uoverensstemmelse med de gængse normer. Modsat den kropslige stigmatisering er denne form for afvigelse ikke synlig på samme vis, hvilket kan øge individets mulighed for at skjule denne form for

afvigelse (Goffman, 2009, 44). Den tredje form for stigmatisering er den slægtsbetingede og særligt for denne er, at den bunder i bestemte karakteristika, som stammer fra individets ophav, eksempelvis race, religion eller nationalitet. Ifølge Goffman kan denne form for afvigelse både være skjult eller synlig, men ofte er det ikke muligt at ændre denne for at tilpasse sig omgivelsernes normer (Goffman, 2009, 47).

Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Lotte

Fælles for projektets adspurgte informanter er, at de alle forsøgte at skjule deres spiseforstyrrelse, da denne udviklede sig. Heri kan vi anskue eksempler på en uoverensstemmelse mellem de unge pigers faktiske og tilsyneladende sociale identiteter. Under interviewet forklarer Lotte, at hun *"[...] skulle være den raske"* (Bilag A, 18). Uddraget skitser en indre oplevelse, der opstillede bestemte forventninger og som prægede hendes sociale samhandlinger. Lotte skulle udadtil fremstå som værende den raske, og hendes optrædende frontstagerolle skulle dermed stemme overens med de forventninger, som hun oplevede omgivelserne havde hertil. Trods der ikke var nogen, udover Lotte selv, der tillagde hende disse forventninger, så spillede hun alligevel denne frontstagerolle. Lotte beskriver sammenhængende, at *"[...] så skal jeg være den der sørger for, at vi får mad og at min lillebror kommer i skole. Jeg sov nogle gange inde ved min far, fordi han ikke kunne sove alene"* (Bilag A, 18). Uddraget synliggør en ansvarsfuld, kompenserende og voksen rolle – en rolle, som sørger for daglige gøremål, herunder madlavning og en rolle, som tager ansvar og yder omsorg overfor familiens øvrige medlemmer, men det er også en rolle, der er i uoverensstemmelse med Lottes faktiske sociale identitet. Lotte forklarer videre, at hun havde *"[...] følelser og tanker, der er så svære og man kan ikke håndtere dem"* (Bilag A, 18). Trods det faktum, at Lotte spiller en frontstage rolle som værende den raske og ligeledes påtager sig et meget voksent ansvar, er hun backstage blot en ung pige, hvis mor har gennemgået utallige operationer, som har medført at Lotte har oplevet et stort forventningspres. Dette medførte, at hun oplevede at have nogle følelser og tanker, som hun ikke følte at hun var i stand til at håndtere. Ifølge Goffman kan en uoverensstemmelse mellem disse identiteter skabe grobund for stigmatisering, som mindsker Lottes mulighed for at opnå anerkendelse. Sådanne risici kan medføre, at individet bevidst vælger at skjule eller hemmeligholde dennes faktiske sociale identitet for dermed at undgå at blive udsat for stigmatisering (Goffman, 2009, 43-45).

Hemmeligholdelse

Som nævnt indledningsvist, skjulte samtlige projekinformanter deres spiseforstyrrelse og Lotte forklarer sin hemmeligholdelse således: *"[...] Det var altid mad, jeg kom til. Det var aldrig mine forældre eller mine lærere eller mine veninder eller noget. Det var altid mad"* (Bilag A, 19). For Lotte blev maden hendes omsorg og trøst, når tanker og følelser blev for svære at kapere. Når det ikke længere var muligt at opretholde hendes frontstageroller, så trak hun sig backstage, fandt ro og trøstespiste – maden blev altså det hun fandt sikkerhed og trøst i. Dog var denne håndteringsmekanisme ikke tilstrækkelig holdbar, og det var vanskeligt for Lotte at skjule sin faktiske sociale identitet. Lotte beskriver, at *"[...] Jeg tænkte også, at folk opdager det, hvis man begynder at tage mega meget på"* (Bilag A, 21). Lotte bemærker, hvordan to års trøstespisning og et års overspisning får nogle kropslige konsekvenser. Uddraget synliggør hendes bevidsthed om, at hun var nødt til at opretholde sin oprædende frontstagerolle ved ikke at tage for meget på, for dermed at undgå, at hendes familie eller omgangskreds opdagede, hvor svært hun havde det. For samtidig at kunne finde trøst i maden, men uden at tage på af det, tyer Lotte til vægtregulerende adfærd. Lotte vurderer, at risiciene for at blive opdaget er for omfattende, og derfor begynder hun at kaste op efter samtlige måltider. Lotte udtrykker: *"Selvfølgelig skal jeg da bare gøre det her. Det giver da god mening. Det er da sådan, man gør. Så slipper jeg for, at folk finder ud af det. For der er jo meget skam i det hele"* (Bilag A, 21). Lotte erstattede altså trøste- og overspisningen med bulimisk vægtregulerende adfærd, og herigennem undgik hun at blive opdaget. Denne håndteringsmekanisme sikrer således, at Lotte kan bibeholde sin tilsyneladende sociale identitet (frontstage) samtidig med, at hun er loyal overfor sin faktiske sociale identitet (backstage), og dermed undgik hun uoverensstemmelser mellem disse to identiteter, samt undgik at blive udsat for stigmatisering.

Som Lotte beskriver det i ovenstående uddrag, så medførte det megen skam. Hun er således overbevist om, at hvis ikke hun formåede at hemmeligholde sin faktiske sociale identitet, risikerede hun at blive udsat for stigmatisering. Jævnfør Goffman, anskuer vi en sammenhæng og en risiko for karaktermæssig stigmatisering, hvis Lotte i de sociale samhandlinger blev kategoriseret som værende afvigende, grundet hendes psykiske egenskaber og problemstillinger (Goffman, 2009, 44). Vi mener, at Lotte giver udtryk for en slags frygt for at blive afsløret og derigennem risikoen for at blive udsat for stigmatisering. Derfor anskuer vi overvejende bevidsthed i måden, hvorpå Lotte forsøger at skjule sin spiseforstyrrelse. Lotte fortæller således:

”[...] mine knor var fuldstændig røde hele tiden, og jeg skulle bruge så meget makeup konstant for jeg havde sindssygt røde læber af konstant. Den der syre. Hele min hud blev ætset [...] Man kan heller ikke sige det til nogen. Selv dengang, hvor jeg kastede blod op, jeg måtte ikke sige det, fordi altså, eller det måtte jeg jo godt, men stemmen siger, at du ikke må sige det – ”Det er vores hemmelighed”. Den der hemmelighed der” (Bilag A, 21).

Ifølge Goffman er den karaktermæssige stigmatisering mindre synlig til sammenligning med den kropslige og slægtsbetingende stigmatisering, og det påvirker muligheden for at skjule den. Som Lotte forklarer, så dækkede hun sine røde læber og ætsede hud med makeup. Hun beskriver blandt andet, hvor nemt det var at hemmeligholde sin spiseforstyrrelse således:

”Man bliver ekstrem god til at manipulere [...] Det er meget nemt, at sige: ”Årh, puha – Jeg har ondt i maven” eller: ”Hold da op, hvor skal jeg tisse” og så skynde sig ud på toilettet. Jeg kunne også gemme bræk i poser på mit værelse. Altså det var jo så nemt – man bliver så god til de der små ting, hvor man kan forklare sig ud af det [...] hvis man ser noget for eksempel, hvis nogen havde en spiseforstyrrelse, så var det sådan: ”Uha, ej, hvor ulækkert”. Altså virkelig sådan: ”Det skal jeg ikke, og det er jeg ikke” (Bilag A, 20).

Lottes optrædende frontstagerolle passerer som værende rask, og det var medvirkende til, at ingen fattede mistanke. Hun beskriver, at hun både kunne optræde som værende rask overfor sine forældre, men også overfor sine veninder. Hun skjulte sin adfærd, gemte opkast i poser og nogle gange sagde at hun havde ondt i maven. Hun varierede dermed måden, hvorpå hun skjulte sin faktiske sociale identitet. Hun beskriver endvidere, at når snakken omhandlede spiseforstyrrelser, så havde hun altid et svar parat, og denne parathed sikrede, at hun kunne opretholde sine frontstageroller. Som Lotte beskriver det, så kategoriserede hun udadtil, andre spiseforstyrrelsesramte som ulækre, alt imens at hun selv led af en, og det var medvirkende til, at hun kunne passere den påtagede rolle, selvom denne var i uoverensstemmelse med hendes autentiske selv. Lotte kunne deltage i måltiderne omkring middagsbordet (frontstage) og efterfølgende trække sig tilbage og kaste op (backstage), og hvis det blev for besværligt, så fortalte hun blot, at hun havde ondt i maven og dermed undgik hun at spise.

De anstrengende roller

Lotte fortæller dog senere, hvordan opretholdelsen af hendes frontstageroller var anstrengende, udmattende og krævede mange overvejelser om, hvordan hun bedst muligt kunne skjule sin spiseforstyrrelse. Lotte frygtede, at nogle ville høre hende, når hun kastede op eller at nogen skulle finde poserne, hvori hun gemte opkast, og selv i de situationer, hvor hun trak sig tilbage var hun på vagt – Ingen skulle afsløre hendes spiseforstyrrelse. Efter en femårig periode, som havde været præget af trøstespisning, overspisning og kontinuerlige vægtregulerende handlinger, blev Lotte bevidst om spiseforstyrrelsens alvor. Som 15-årig kastede Lotte for første gang blod op og bliver herefter klar over, at hendes handlinger er skadelige, men det får hende ikke til at stoppe (Bilag A, 21). Lotte besluttede sig derimod for, at hun *”[...] hellere [må] lade være med at spise noget”* (Bilag A, 21). Ikke længe efter blev Lotte indlagt – Ikke med en spiseforstyrrelse, men med en depression, og fra dette punkt var det ikke længere muligt for hende, at hemmeligholde sin påtagede sociale identitet og spiseforstyrrelsen.

Når rollen som spiseforstyrrelsesramt afsløres

Det var under selve indlæggelsen, at personalet på Enhed for Spiseforstyrrelser bemærkede noget abnormt i Lottes spise-mønstre, men det var ikke nok til, at Lotte blev udredt for en spiseforstyrrelse. Lotte beskriver endvidere, at hun *”[...] så en pige, som virkelig var et skelet. Derefter tænkte jeg: ”Sådan skal jeg se ud. Det er mig! Det skal være mig, det der. Eller tyndere. Helst tyndere”. Det var dér, det virkelig. Altså dér, hvor det kickstartede”* (Bilag A, 21). Senere beskriver hun, at hun *”[...] skulle være den tyndeste og folk skulle virkelig være bange, når de så mig. De skulle være bange for at knække mig, når de så mig”* (Bilag A, 34). Hvor Lotte tidligere havde opretholdt og skjult sin spiseforstyrrelse og sin faktiske sociale identitet for dermed at undgå karaktermæssig stigmatisering, så blev den kropslige stigmatisering efter indlæggelsen for depressionen nærmest et mål for hende. Lotte skitserer nedenfor, hvordan hun oplevede at omverdenen havde forskellige forventninger til, det at have en spiseforstyrrelse:

”[...] Altså, man går ikke rundt og skinnede og sagde: “Uha, se hvor tynd og hvor dejlig jeg er” – Det gør man ikke. Man har det forfærdeligt. Så, at bryde de der mure ned. Ja, hvad skal man sige? Alle de der forventninger folk har om, hvordan det er at have anoreksi, hvordan er det at have bulimi, altså er det bare en, der er klam og kaster alt op hele tiden – sådan er det slet ikke” (Bilag A, 34).

Ovenfor beskriver Lotte, at hun blev mødt af såkaldte ”mure”, som hun opfattede som nogle forventninger, som var knyttet til de forskellige spiseforstyrrelsesdiagnoser. Hvor hun oplevede, at bulimi blev tabubelagt og at mange væmmedes ved de vægtregulerende handlinger, så havde hun en oplevelse af at der var forestillinger om, at anoreksiramte var tynde og dejlige. Den kropslige stigmatisering opleves dermed ikke så skamfuld, når det omhandler anoreksiramte. På trods af, at Lotte fortsat er spiseforstyrrelsesramt, er diskrepansen mellem hendes faktiske og tilsyneladende sociale identitet som anoreksiramt ikke så dominerende, som den var, da hendes handlinger og adfærd var bulimiske. Qua hendes spiseforstyrrelse oplevede Lotte den kropslige stigmatisering mindre fremtrædende, da omgivelsernes forestillinger om anorektiske handlinger og adfærd er mindre skamfulde til sammenligning med de generelle opfattelser af de bulimiramte personer.

Spiseforstyrrelsens sociale konsekvenser

Gennem alle de år, hvor tankerne og følelserne havde været svære, forsøgte hun at opretholde sine frontstageroller og fremstå som værende rask – men pludselig blev tankerne og følelserne for meget, hun beskriver at hendes omgangskreds ”[...] udmærket godt vidste, at jeg har det rigtig skidt. Jeg kommer ikke i skole. Jeg laver ikke mine lektier, og jeg går fra 12-taller til 02 eller mindre end det” (Bilag A, 21). Omgivelsernes forventninger til hendes individuelle egenskaber blev gradvist mindre, og som hun udtrykker det, så vidste hendes omgangskreds godt, at hun havde det rigtig svært. Hun beskriver konsekvenserne sådan: ”Jeg mister stort set alle mine venner. Især i forbindelse med mit selvmordsforsøg” (Bilag A, 22). Hun beskriver således, hvordan hun, på grund af sit selvmordsforsøg udsættes for stigmatisering, som medfører, at hun mister meget af sin omgangskreds. Fordi Lottes handlinger ikke stemmer overens med de forventninger, som hendes venner havde, mister hun dem altså, da hun udsættes for karaktermæssig stigmatisering grundet hendes psykiske egenskaber. På samme måde som Lotte mistede sine venner i forbindelse med sit selvmordsforsøg, beskriver hun også, hvordan kontakten med hendes familie blev belastet, særligt i relation til hendes mor: ”[...] Jeg elsker min mor overalt på jorden, men det er bare svært, når man har noget, der gør så ondt i forvejen. At se en, som man holder så meget af være så ked af det. Det kan man bare ikke. Så des mere, hun sådan sagde: ”Vil du ikke gerne have det bedre?”, des mere sagde jeg bare: ”Ej, hold din kæft”. Jeg blev mere hård og ond” (Bilag A, 31). I uddraget beskriver Lotte en smerte, som gør ondt – en smerte som forstærkes, da hendes mor bliver bekendt med hendes faktiske sociale identitet. Lotte oplevede anoreksien som værende smertefuld, men gennem

internalisering af den stigmatisering, som hendes forandrede 'skeletkrop' medførte, påtog hun sig en anden rolle, som levede op til de nye forventninger. Lotte blev hård og ondskabsfuld, og trods hendes mors bekymringer afviste hun ethvert opråb. Jævnfør Goffman fremstår Lotte udadtil som værende hård og ondskabsfuld (frontstage), men hun oplever også, hvor svært det er at håndtere sin mors bekymringer, og som Lotte beskriver det, var det smertefuldt (backstage). Lotte oplever ligeledes forandrede forventninger og holdninger fra øvrige familiemedlemmer, og dette beskriver hun med: *"[...] Min nærmeste familie ikke, de er virkelig dømmende, og siger: "Synes hun nu også, at vi er fede?" og alle de der tanker"* (Bilag A, 23). På baggrund af Lottes udsagn kan vi se, at den belastede relation mellem Lotte og hendes mor samt den øvrige families afstandtagen, bevirkede, at Lotte forsøgte at mindske sin afvigende adfærd i de sociale samhandlinger – ikke ved at komme i bedring, men ved at udføre bestemte handlinger i forsøget på at skjule sin spiseforstyrrelse. Lotte beskriver således:

"[...] Jeg har nogle hjemmesko. Jeg ved slet ikke, hvor meget mad der har været nede i de hjemmesko [...] Der har været sovs, fisk og alt muligt andet [...] Jeg ved ikke hvordan pokker, at jeg fik det ind i munden og så ned i skoen. Jeg puttede også smør i nakken. Jeg havde aldrig håret oppe – altid hænge-hår, og så tog jeg smørret i nakken eller mad i bh'en [...] Jeg havde også en teknik, hvor jeg tyggede min mad helt fint, hvor jeg så kunne gemme det nede i min hals og trak vejret ud af næsen, imens jeg havde al maden i hele halsen [...] Jeg puttede også vat på en snor og brækkede det op eller fik maden op på en anden måde" (Bilag A, 36).

På trods af, at det hidtil havde været Lottes målsætning at ligne et skelet og skræmme omgivelserne, beskriver hun hvordan, hun forsøgte at skjule spiseforstyrrelsen, for at undgå at skulle spise. Lotte udviklede strategier, som hjalp hende til at undgå at spise, uden at det blev bemærket. Ovenstående uddrag eksemplificerer disse strategier, såsom at gemme mad i sine hjemmesko, smøre smør i nakken og synke maden så tilpas lidt, at hun senere kunne fremprovokere opkastninger. Disse strategier kan tolkes som om at Lotte prøvede at mindske omgivelsernes mistanke om hendes faktiske sociale identitet, og alt imens at hun forsøgte at opretholde sit face, så var omgivelserne overbeviste om, at hun spiste. Ovenstående eksemplificerer hvordan spiseforstyrrelsen eskalerede gennem mere ekstreme handlinger og strategier. Ifølge Goffman kan ovenstående anskues som en måde, hvorpå Lotte forsøger at opretholde de begrænsede sociale samhandlinger, som hun fortsat har og derigennem undgår hun sammenbrud. Disse forsøg kan ligeledes anskues med reference til

Goffmans 'indtryksstyring' og særligt for disse er, at Lotte forsøger at bibeholde de sociale samhandlingers forståelse og indtryk af en 'almindelig' spisesituation.

De virtuelle sociale samhandlinger

Gennem det empiriske datamateriale ser vi eksempler på, at Lotte forsøger at opretholde en bestemt facade. Det er ikke kun i hverdagslivets sociale ansigt-til-ansigt-samhandlinger, det er ligeledes i de sociale samhandlinger, som udfolder sig over de sociale medier. Lotte havde oprettet en brugerprofil over de såkaldte ProAna hjemmesider, og her deltog hun aktivt i de samhandlinger, som fandt sted herover. Lotte forklarer nedenfor, hvordan hun både hjalp andre, men også selv modtog råd og vejledning vedrørende sin egen spiseforstyrrelse og hvordan hun kunne skjule denne frontstage:

"[...] Der er sådan et sammenhold og dér kan man få hjælp, og det er sådan, eller man føler egentlig, at man har en veninde eller en ven, der sidder og hjælper én. Når man tænker: "Jeg har det egentlig dårligt" eller føler mig fed, så fortæller de, at: "Du bare skal drikke mega meget vand" eller "du bliver nødt til at spise med, så sig, at du har ondt i maven eller gå ud bagefter for at tisse samtidig med, at du kaster op. Alle de der gode råd. Man hjælper hinanden og man tror, at man får hjælp [...] Så har man ligesom en 'person', som man kan komme til og sige alle de ting, som man ikke kan sige til nogen" (Bilag A, 37).

Ifølge Goffman er hverdagslivets sociale samhandlinger egentlig forbeholdt sociale ansigt-til-ansigt-samhandlinger. Dog synliggør de sociale samhandlinger, som Lotte har med de øvrige ProAna brugerprofiler et aspekt, hvori samhandlingerne ophæver den oprindelige forestilling om, at individets optrædende frontstageroller forudsætter fysisk tilstedeværelse. På trods af, at Lotte ikke interagerer med de øvrige ProAna brugerprofiler ved en fysisk tilstedeværelse, så kan denne sociale samhandling repræsentere en frontstage optræden. Herigennem oplever Lotte en fortrolighedszone, hvor de øvrige brugere hjælper hende med at kontrollere og styre indtryk i de sociale samhandlinger med hendes nærmeste familie og omgangskreds. Uddraget ovenfor eksemplificerer, hvordan Lotte modtog hjælp og vejledning om, hvordan hun kunne håndtere den stigmatisering, som hun blev udsat for – eksempelvis, hvordan hun kunne skjule sin spiseforstyrrelse. Lotte udtrykker ligeledes, at hun skabte en slags veninderelationer med disse ProAna brugere, som erstattede de relationer, hun mistede på grund af sin spiseforstyrrelse, og det kan heri tolkes, at ProAna brugerne forstod hinandens frustrationer, som stigmatiseringen som spiseforstyrrelsesramt medførte. Hvor vi

tidligere anskuede direkte diskrepans mellem Lottes tilsyneladende- og faktiske sociale identitet, så kan disse betragtes som værende mere 'smeltet' sammen. Denne 'sammensmeltning' muliggør, at Lotte kan give udtryk for sin faktiske sociale identitet og sine følelser og tanker i nogle sociale samhandlinger, som ikke stigmatiserer hende, men som hjælper hende og hvor de andre forstår hende.

Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Ana

Ligesom Lotte har den tidligere spiseforstyrrelsesramte Ana oplevet diskrepans mellem sin tilsyneladende og faktiske sociale identitet, hvilket medførte utilpashed i de frontstageroller, som hun påtog. Ana beskriver således:

”Jeg har aldrig sådan været tynd som barn. Jeg har altid været sådan lidt godt i stand – stærk og dyrkede meget sport, men ikke tynd [...] den rolle havde jeg det ikke specielt godt med. Jeg tror, jeg var mere sådan én, der gerne ville være en af dem med tændstikben [...] Jeg var ikke tilfreds med mig selv, og jeg sammenlignede mig meget med det, jeg så i medierne og med det, jeg ligesom syntes, jeg har set i medierne og det, jeg har set i min hverdag” (Bilag B, 41).

Med 'tændstikben' som mål

Under interviewet beskriver Ana, hvordan det at være stærk og sund alligevel medførte en oplevelse og en rolle, som hun ikke befandt sig særligt godt i. Ana var ikke den tyndeste i sin omgangskreds, men hun var heller ikke overvægtig – blot 'godt i stand' og stærk, som hun selv beskriver det. Med baggrund i Goffmans teori kan der ses en uoverensstemmelse mellem Anas tilsyneladende og faktiske sociale identitet, og det eneste Ana ønskede var at være én med 'tændstikben'. Det blev målet for Ana – Hun ville have 'tændstikben' ligesom dem, hun sammenlignede sig selv med i hverdagslivets sociale samhandlinger og via medierne, og Ana anså andres ydre fremtoning som værende signifikant anderledes end hendes eget selvbillede. For at opnå sit mål om 'tændstikben' måtte Ana ændre livsstil og dermed påtage sig en helt anden rolle. Ana forklarer:

”[...] Til at starte med behøvede jeg ikke rigtig at skjule det [...] Mine forældre og min omgangskreds syntes, at det var fedt, at jeg gad at løbe om morgen og sådan

begyndte at spise sundere og sådan noget, det var stærkt gået, men mine forældre kunne hurtigt se, at det tog sådan et unaturligt mønster [...] så prøvede jeg så at skjule det og sige, at jeg skulle noget andet. Altså, at jeg skulle ud og gå med en veninde, eller lige køre ind i byen eller [...] og så havde jeg også nogle gange, hvor jeg ikke havde løbetøj på, men tog det med og så tog jeg min cykel og tog mit løbetøj med og så løb jeg dér i stedet for. Jeg puttede også havregryn og mælk i en skål, så det så ud som om, at jeg havde spist” (Bilag B, 41).

Ovenstående synliggør, at det var forholdsvist nemt for Ana at skjule de livsstilsændringer, som hun foretog sig, og faktisk var der en længere periode, hvor hendes omverden blot anskuede hende som værende sund og rask, og anerkendte hende for det. Hun beskriver ligeledes, at omverdenen senere begyndte at anskue hendes livsstilsændringer som værende unaturlige, og det medførte en diskrepans mellem omverdenens forestillinger om hendes tilsyneladende sociale identitet og Anas faktiske sociale identitet. Ana var herved nødt til at leve sig ind i rollen som værende naturligt sund og rask, hvilket var medvirkende til, at hun begyndte at skjule den identitet, som hendes omverden herunder hendes forældre, kategoriserede og stigmatiserede som værende unaturlig. Ana beskriver endvidere, at hun følte sig nødsaget til at agere og handle bevidst, således at hendes forældre ikke bemærkede, hvor omfattende livsstilsændringerne var. Ana spillede altså en anstrengende og bevidst frontstagerolle for dermed at fremstå som sund og rask, og dermed undgik hun yderligere kommentarer.

Når løgne isolerer

Denne påtagede frontstagerolle var klart i uoverensstemmelse med Anas faktiske sociale identitet. Ana beskriver supplerende, at hun skjulte sin faktiske sociale identitet, fordi hun var flov over de handlinger, som hun foretog sig: *”Jeg var meget bange for, sådan ligesom at blive opdaget. Jeg havde det egentlig ikke godt med at skjule noget eller at lyve og det er ligesom en enorm stor del af det – At lyve om, hvad man gør, hvem man har været sammen med og hvad man havde spist og sådan iscenesætte” (Bilag B, 41).* Ana beskriver således, at hun var bange for, at hendes forældre opdagede hendes backstageroller og handlinger, så hun forsøgte at skjule disse. Ana spillede bestemte frontstageroller og hun var nødt til at lyve og det bevirkede, at hun kontinuerligt isolerede sig mere og mere fra sin omverden. Ana forklarer: *”Jeg trak mig sådan nok, sådan lidt ind i mig selv, uden at jeg tænkte over, at det var sådan, andre opfattede mig, fordi jeg blev så koncentreret*

om det, som jeg skulle nå hver dag” (Bilag B, 42). Uddraget synliggør, hvorledes Ana spillede frontstagerollen for at skjule sin faktiske sociale identitet. Hvor Goffman anskuer backstage som værende stedet, hvor individet kan slappe af og slippe den evindelige opretholdelse af en bestemt rolle, så trak Ana sig for at planlægge, strukturere og ritualisere hendes dagligdag og gøremål (Goffman, 1959, 73). Ana løb dagligt lange ture, og hun lyver om disse for at undgå at blive konfronteret med sin adfærd. Med ovenstående kan det tolkes, at Ana hovedsageligt koncentrerede sig om, hvordan hun konstant kunne opretholde en bestemt frontstagerolle. Ana var altså aldrig helt backstage, for hun koncentrerede sig hovedsageligt om, hvordan hun kunne skjule sin spiseforstyrrelse.

Selvoplevelsen chokeres

Ana forklarer under interviewet, at hendes spiseforstyrrelse udviklede sig indtil perioden omkring hendes konfirmation, og hun beskriver sammenhængende, at *”[...] dér begyndte jeg at have det virkelig dårligt. Jeg var begyndt at motionere meget i det skjulte, gemme mad og spytte det ud. Jeg var begyndt at snyde og lyve for at undgå mad, men det kunne jeg selvfølgelig ikke. Altså snyde så mange mennesker”* (Bilag B, 45). Trods Ana ihærdigt forsøger at opretholde sine optrædende frontstageroller og dermed skjule, hvor meget hun motionerer og hvor lidt hun egentlig spiser, så var det ikke muligt for Ana, at snyde så mange mennesker. Ana bliver efterfølgende indlagt, og hertil forklarer hun: *”[...] Der blev jeg lagt i sonde og min krop var lige ved at bryde sammen, fordi den havde været i krisetilstand. Det var et chok for mig. Jeg blev tvangsmedicineret. Det var et kæmpe chok for mig, hvor jeg nærmest bare sådan var bedøvet i en eller anden døs, hvor man ikke rigtig har nogen selvfølelse”* (Bilag B, 45). Det chokerede Ana, at hendes fysiske tilstand og selvoplevelse var så fjern fra den egentlige virkelighed, og det ses således, at Ana først bliver helt bevidst om sin tilstand, da spiseforstyrrelsen bliver afsløret. Hvor Ana tidligere blot kunne kategoriseres som værende afvigende på grund af hendes tvangstanker, risikerede hun samtidig med afsløringen af sin spiseforstyrrelse, at blive udsat for den kropslige stigmatisering, som skyldtes hendes forvrængede forhold til mad og motion.

Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Britta

Under interviewet beskriver Britta, hvordan hun i løbet af sin ungdomsuddannelse blev mere og mere bevidst om, at spiseforstyrrelsen afledte behov for kontrol, eskalerede. Britta forklarer, hvordan bevidstheden opstod: *”Det fandt jeg så småt ud af i sommerferien fra 1.G til 2.G, hvor jeg var med mine forældre på ferie. Her kunne de virkelig se, hvordan jeg egentlig spiste – og hvor stor en kamp det var for mig. Der havde vi mange snakke, og jeg var rigtig ked af, at jeg ikke følte, at jeg selv kunne gå imod spiseforstyrrelsen. På det tidspunkt kunne jeg godt se, at det var ude af min kontrol, og derfor gik jeg med til, at min mor kontaktede min læge, da vi kom hjem”* (Bilag C, 54). Før sommerferien formåede Britta at opretholde og skjule spiseforstyrrelsen for sin familie, men under ferien blev det for svært for hende, at skjule hvad hun egentlig spiste. Jævnfør Goffman kan hendes mulighed for at agere backstage på ferien værende mindsket, hvilket medfører en øget risiko for, at spiseforstyrrelsen bliver afsløret.

At ’tabe ansigt’

Det var altså ikke længere muligt for Britta at fremstå som værende sund og rask i de sociale samhandlinger med hendes forældre. Denne diskrepans mellem Brittas faktiske og tilsyneladende sociale identitet medførte, at hun følte, at hun ’tabte ansigt’ i sine frontstageroller. Hun understreger desuden, at hun selv blev bevidst om og erkendte, at spiseforstyrrelsen var eskalerende. Denne erkendelse førte til bevidstheden om, at hendes faktiske sociale identitet ikke var så sund eller perfekt, som hun egentlig første troede. Britta supplerer: *”Jeg har altid været meget perfektionistisk, og i et samfund, hvor der er fokus på gode karakterer og udseende, som der er i vores, tror jeg helt sikkert, at det har givet mig endnu større forventninger til mig selv, end jeg havde i forvejen”* (Bilag C, 54).

Ovenstående skitserer, at Britta forud for denne erkendelse havde høje forventninger til sin faktiske sociale identitet. Hun var bevidst om, at samfundets fokus var rettet mod høje karakterer, udseende og individuelle præstationer, hvilket var medvirkende til, at Britta definerede højere forventninger til sig selv. Hun følte, at hun skulle være perfekt i alle henseender. Hvor Lotte og Ana har været indlagt på Enhed for Spiseforstyrrelsers døgnophold, har Britta ikke været indlagt, men tilknyttet ambulante forløb, og det kan have bevirket, at det ikke var så vanskeligt for Britta at opretholde sin tilsyneladende sociale identitet, til sammenligning med Lotte og Ana. Britta har ikke været indlagt i

månedsvi, hun har ikke været overvåget døgnets 24 timer og hendes sociale samhandlinger har ikke kun været begrænset til familien og de professionelle på Enhed for Spiseforstyrrelser.

SAMMENFATNING

Årsagsforklaringerne til, at nogle individer udvikler en spiseforstyrrelse, kan være mange. Der findes dermed ikke nogen direkte sammenhæng mellem bestemte faktorer, som gør at nogle mere end andre, er disponerede for at udvikle en spiseforstyrrelse.

Goffman fremsætter, at individet i det moderne samfund altid forsøger at fremstå bedst mulig i de sociale samhandlinger. Som en måde at håndtere spiseforstyrrelsen på, opretholder pigerne derfor 'indtryksstyring' i sociale samhandlinger for ikke at tabe ansigt og blive stigmatiseret. Ligeledes beskæftigede vi os med begreberne 'tilsyneladende sociale identitet' og 'faktiske sociale identitet', hvor det gør sig gældende for vores informanter, at de alle har oplevet diskrepans imellem de to. I pigernes tilsyneladende sociale identitet forsøger pigerne at leve op til de forventninger, som omgivelserne har til dem ved at spille rollen som en rask ung pige, der har styr på skolen, veninderne og har en sund indstilling til krop og sundhed. Samtidig forsøger pigerne at skjule deres faktiske sociale identitet, som udgør en syg spiseforstyrrelsesramt ung pige, der har svært ved at kontrollere sine følelser, skrøbelige sind eller utilfredshed med sig selv. Pigerne forsøger at skjule deres faktiske sociale identitet blandt andet ved at manipulere med og lyve for sine omgivelser. Det gør sig gældende, at pigerne vælger forskellige strategier for at overkomme de følelser, som de ikke kan håndtere. Disse strategier omhandler alle maden, hvad enten det handler om, hvordan mad kan indtages som trøst, i smug, kan kastes op eller helt undgås. Til trods for, at pigerne opretholder forskellige strategier til at håndtere forventningerne til dem, så viser det sig ved alle tre i form af en spiseforstyrrelse, som her bliver pigernes kontrolzone i et – som de oplever det – ellers ukontrollerbart liv.

KAPITEL 4

UNDERSØGELSESSPØRGSMÅL 3

Hvordan oplevede de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger behandlingsindsatsen på Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland?

Institutionalisering

I nærværende projekt anvendes begrebet 'institutionalisering' med forståelsen af "[...] at være udsat for målrettet socialisering i en af samfundets institutioner, indrettet til formålet" (Mørch, 2007, 91). Med udgangspunkt i pigernes egne udsagn anskuer vi, at institutionerne varetager opgaver såsom at socialisere individet således, at individet udvikler egenskaber og kompetencer som er af samfundsmæssig karakter. Når institutioner, som eksempelvis Enhed for Spiseforstyrrelser, varetager bestemte behandlingsopgaver, kan disse opleves som værende interventioner, der for pigerne kan opleves som krænkende. Interventionen legitimeres ved at fremhæve det, som er i uoverensstemmelse med samfundets normer, og dernæst kan interventionen forsøge at motivere pigerne, således de vælger en anden og mere normaliseret adfærd. På baggrund heraf kan interventionerne betragtes som bestemte behandlingsindsatser der foranstaltes. Således tilbydes den enkelte spiseforstyrrelsesramte unge pige en anden forståelse og definition af virkeligheden, end den subjektive forståelse, som den enkelte allerede besidder. Denne foranstaltning sker gennem forskellige socialiseringstilgange, hvis formål er at vedligeholde virkelighed og identitet, nedbryde det uhensigtsmæssige og omforme individets virkelighed (Mørch, 2007, 91). I følgende afsnit er det vores hensigt at belyse, hvordan sådanne socialiseringstiltag kan anskues i henhold til de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pigers udsagn. I tilknytning til denne analyse finder vi sociologen Erving Goffmans begrebsapparat anvendeligt, særligt begrebet 'Totalinstitution'.

Goffman har oprindeligt udviklet sit begrebsapparat om totalinstitutionen gennem deltagerobservation på St. Elisabeth Hospital, Washington DC. Formålet med denne deltagerobservation var, at opnå viden om hospitalsklienternes sociale verden, og hvordan denne rent subjektivt opleves af den enkelte klient selv (Goffman, 1967, 5). Vi er bevidste om, at vi ikke direkte kan adaptere ethvert begreb udvundet gennem Goffmans deltagerobservation i 1959, og derfor har vi valgt, at tilpasse enkelte af Goffmans begreber, således at vi eksempelvis anvender

begreberne 'patienter' og 'personalet' fremfor Goffmans 'klienter' og 'opsynsstyrke'. Goffman fremsætter ligeledes forskellige former for krænkelser, og hertil finder vi det væsentligt at nævne, at vi blot har udvalgt de former for krænkelser, som vi kan anskue i henhold til projektets empiriske fund. Dog finder vi fortsat Goffmans teoretiske bidrag relevant i forhold til at opnå dybere forståelse for de subjektive oplevelser, som gør sig gældende under indlæggelse på en totalinstitution. Goffman beskæftiger sig med en institutionstype, og karakteriserer denne som værende en 'totalinstitution' (Mørch, 2007, 92). Ifølge Goffman kan en totalinstitution defineres som "*[...] et opholds- eller arbejdssted, hvor større antal ligestillede individer sammen fører en indelukket, formelt administreret tilværelse, afskåret fra samfundet i en længere periode*" (Goffman, 1967, 9). I løbet af projektets empiriske datagenerering har vi været i kontakt med en institution, som kan betegnes som en totalinstitution, herunder den tidligere præsenterede institution Enhed for Spiseforstyrrelser.

Totalinstitutionernes nye forhold

Goffman skelner mellem fem forskelligartede totalinstitutioner, hvor Enhed for Spiseforstyrrelser kan defineres som den type totalinstitution, der karakteriseres som værende en "*Institution for pleje og isolation, hvor brugeren er til fare for sig selv eller andre*" (Goffman, 1967, 12). Argumentation for denne institutionstype er, at en spiseforstyrrelse kan klassificeres som en livstruende sygdom, hvor patienten er til fare for sig selv. Ifølge Psykiatrifonden ¶ Spiseforstyrrelser er selvskadende adfærd). Ifølge Goffman kan et ophold eller en indlæggelse på en totalinstitution opleves som værende "*[...] en indelukket, formelt administreret tilværelse, afskåret fra samfundet i en længere periode*" (Goffman, 1967, 9). I modsætning til eksempelvis indsatte i et fængsel er de spiseforstyrrelsesramte patienter på Enhed for Spiseforstyrrelser ikke underlagt en total afskærmning fra omverdenen. Patienterne har mulighed for at kommunikere med omverden og er ligeledes eksempelvis berettiget besøgstider.

Mennesket i anstalten

Goffman karakteriserer centrale kendetegn ved en totalinstitution som nedbrydninger af de barrierer, der normalt adskiller de livsområder, som gør sig gældende i et menneskes liv. Goffman anskuer ligeledes, at *"[...] det er noget social grundlæggende i det moderne samfund, at den enkelte som regel sover, leger og arbejder på forskellige steder, sammen med forskellige meddeltagere, under forskellige myndigheder og uden en rationel helhedsplan"* (Goffman, 1967, 13). Det, som normalt er adskilt i forskellige arenaer og placeringer samt med forskellige individer, bliver i en totalinstitution samlet under ét og samme tag. Alle tilværelsens aspekter afvikles her på samme sted og under samme myndighed. De daglige gøremål udøves i nærværelse af en stor gruppe mennesker, som alle behandles ens og er sat til at gøre det samme i fællesskab. Ydermere er dagene skemalagte, hvor det ene gøremål afløses af det næste. Alle de påtvungne aktiviteter er yderligere indarbejdet i en enkel rationel plan, der har til hensigt at opfylde institutionens officielle mål (Goffman, 1967, 13). Som tidligere omtalt anskuer vi Enhed for Spiseforstyrrelser som en totalinstitution. Den tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pige Lotte, udtrykker følgende om sin dagligdag på Enhed for Spiseforstyrrelser:

"[...] Der er ikke så mange muligheder. Du er meget inden for fire vægge, inde på dit eget værelse [...] Det er ekstremt ensformigt og jeg blev mere syg af at være der, fordi jeg følte mig jo sindssyg. Altså, du bliver så indelukket og du føler dig så isoleret fra hele omverdenen - du kan bare kigge ud af vinduet og se, hvad der foregår, men du må ikke selv gå ud" (Bilag A, 26).

I uddraget skitserer Lotte en form for afskærmning fra omverdenen. Hun fortæller, at samtlige aktiviteter foregår, og er placeret indenfor de fysiske rammer på Enhed for Spiseforstyrrelser. Goffman betegner den totale karakter ved institutionerne ved, at der er en barriere mod socialt samspil, interaktion med omverdenen og en barriere mod at kunne gå, når man vil (Goffman, 1967, 12). I overensstemmelse med denne forståelse, ser vi en tydelig barriere i det, som Lotte beskriver ovenfor. Lotte føler sig isoleret fra omverdenen og beskriver endvidere, at det eneste tidspunkt, hvor hun kommer helt udenfor er, da hun bliver udskrevet. Hun beskriver desuden, hvordan hendes dagligdag var stringent struktureret, og måltiderne var skemalagte. *"[...] Så får jeg at vide: "Du skal spise 2.200 kalorier om dagen. Her er din morgenmad, her er din formiddagsmad, her er din frokost"* (Bilag A, 22). Foruden en stringent struktureret dagligdag, er måltiderne skemalagte,

således hun når målet om at indtage 2.200 kalorier dagligt. Også den tidligere spiseforstyrrelsesramte Ana, beskriver tilsvarende strukturering og skemalagte dagligdag:

”[...] Man bliver sådan en pakke, sådan en behandlingspakke [...] så får man lavet en plan for ens forløb – med samtaler og hvor meget man må bevæge sig hver dag, hvad man skal have at spise hver dag, hvor meget man må være for sig selv hver dag, og hvor meget man skal være under opsyn. Hver time på dagen bliver tilrettelagt efter hvor man nu er, og hvad ens problem ligesom er” (Bilag B, 43).

Ana beskriver i ovenstående, hvordan hendes dagligdag var tilrettelagt og struktureret ned til mindste detalje, og det var helt specifikt i forhold til, hvor meget hun måtte bevæge sig, samt hvor meget mad hun skulle indtage. Derudover beskriver Ana, at der var en plan over, hvor meget opsyn der skulle være. Ana uddyber dagligdagen på Enhed for Spiseforstyrrelser således:

”[...] Man blev vækket sådan omkring 7.00 [...] Så var der morgenmad lige umiddelbart efter, klokken 7.30, hvor man blev kaldt ned i en sal og fik mad, og dem med spiseforstyrrelser får maden hældt op for sig, altså efter, hvad der står på deres kostplan. Så bagefter er der følgetid, som er, at man ikke må være overladt til sig selv i en halv time, altså i fare for at man kaster op. Derefter blev man fulgt i skole, og er der fra 8.00-11.30. [...] Så var der frokost og ophold i fællesstuen, når vi kom tilbage og indtil klokken 13.00. Frem til klokken 16 var der fritid, tid til lægetider, psykologsamtale og lignende. Men i de dårligste perioder, hvor jeg var under fuld observation 24/7, foregik alt på værelset eller i enrum – også måltiderne. Ellers var der eftermiddagsmad klokken 16.00, hvor maden, som ved øvrige måltider, blev øst op. Klokken 18.00 var der var aftensmad og tv-tid eller kreativ tid indtil sidste måltid klokken 20.30” (Bilag B, 44).

Ovenstående viser, hvordan Ana i nogle perioder var under konstant opsyn, og hvordan det ene gøremål blev afløst af det andet. Gøremålene er fastlagt efter fysisk placering og ved klokkeslæt, og hele Anas tilværelse udfolder sig på Enhed for Spiseforstyrrelse, hvor der er en konstant overvågning fra både de professionelle og de andre patienters side (Goffman, 1967, 13). Ifølge Goffman, er der tale om et autoritært system i totalinstitutionen. Et sådan autoritært system bevirker, at enhver professionelt ansat har beføjelser til at disciplinere ethvert medlem af patientgruppen (Goffman, 1967, 38).

Patientens nedbrydelse af tidligere forestillingsbilleder

Ifølge Goffman træder patienten ved ankomst på institutionen ind med et allerede eksisterende forestillingsbillede af dets 'selv'. Særligt for det er, at det er skabt gennem de sociale forhold, der har været i det hjemlige miljø (Goffman, 1967, 19). 'Selvet' benævnes fremadrettet, som det tidligere benævnte 'face'. 'Facework' indbefatter som tidligere beskrevet, individets evne til at opretholde bestemte roller i de sociale samhandlinger, som finder sted i individets hverdagsinteraktioner (Jacobsen & Kristiansen, 2004, 40). Individets 'face' er en slags maske, som forsøges opretholdt gennem individets bevidste, såvel som ubevidste kontrol og styring af fremtoning, hvorved individet undgår at 'tabe ansigt'. Ved indlæggelse i en totalinstitution, påviser Goffman, at individet straks frarøves eksisterende forestillingsbilleder og ved konstant afskærmning fra omverdenen mener Goffman, at der vil ske en rolleberøvelse. Han beskriver, hvordan mange institutioner forsøger at sikre dette omgående og dybe brud mod hidtidige roller, for eksempel gennem total unddragelse af muligheden for at færdes udenfor institutionen (Goffman, 1967, 19). Informanten Lotte stiftede først bekendtskab med Enhed for Spiseforstyrrelser, da hun erkendte, at hun ikke kunne fortsætte med at opretholde sin rolle og passere som rask. Lotte lod sig frivilligt indlægge, og udtrykte: *"[...] Mor, kør mig derop nu. Jeg kan ikke mere". Så bliver jeg kørt derop, og så siger jeg: "Nu kan jeg endelig ikke love, at jeg ikke gør noget"* (Bilag A, 22). Lotte havde ved indlæggelsen allerede delvist taget afstand fra sit vante forestillingsbillede og rolle som familiens raske. Hun oplevede at hun ikke længere var i stand til at passere som rask og omverdenen blev dermed bekendt med hendes faktiske sociale identitet.

Foruden denne nedbrydelse mener Goffman ligeledes, at optagelsesprocessen til totalinstitutionen kan medføre andre former for tab og krænkelser. Personalet anvender indrulleringsprocedurer, der programmerer den nyankomne patient, således at denne kan formes til et objekt, der kan puttes ind i institutionens administrative maskineri, hvilket ydermere bevirker, at patienten systematisk kan bearbejdes gennem rutinemæssige foranstaltninger (Goffman, 1967, 20). Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Ana eksemplificerer denne proces, hvor hun oplevede, at hendes personlighed objektiveredes:

"Man ligesom bliver gjort til sådan et objekt, sådan altså, at skal have fjernet en eller anden virus fra en, uden ligesom at tænke på, at jeg også er et menneske. [...] Det der med, at der nogle gange til behandling, hvor jeg har siddet, så siger jeg noget, som jeg mener eller synes, så siger de: "Jamen, det er din spiseforstyrrelse der snakker"

[...] Det er ikke fordi man sådan holder op med at være menneske – jeg har nogle problemer – men jeg kan også sige noget, som skal tages alvorligt, for altså, hvis ikke, at man bliver taget alvorligt for noget som helst, så mister man jo også troen på og tilliden til dem, der skal behandle en” (Bilag B, 49).

Ovenstående synliggør, at Ana har en oplevelse af, at hendes ’selv’ eller ’face’ forsvinder, og at det derimod er spiseforstyrrelsen, som definerer hendes personlighed. De forskellige frontstageroller, som hun tidligere har varetaget i de sociale samhandlinger, nedbrydes kontinuerligt, og dermed defineres hendes personlighed og ’face’ blot ud fra én rolle – rollen som spiseforstyrrelsesramt. Ana føler sig objektiveret. Hun er blevet til et objekt, der gennem totalinstitutionens indrulleringsprocedurer, bliver negligeret som værende spiseforstyrrelsesramt. Hendes tanker, handlinger og følelser er ikke længere hendes, men spiseforstyrrelsens. Hendes autonomi, selvbestemmelse og medinddragelse bliver mere og mere usynlig og anonym, og hendes situation begrundes med spiseforstyrrelsens dominans.

Hertil kan siges, at indrulleringsprocedurerne krænkelser endvidere kan anskues ved, at personalets overvejelser og procedurer vedrørende den enkelte patient hovedsageligt fokuserer på ydre, og direkte synlige aspekter, eksempelvis patientens vægt. Ved at fokusere på vægten, negligeres det meste af individets hidtidige grundlag for personlighedsidentifikation (Goffman, 1967, 21). Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Lotte, supplerer med følgende: *”Det var mad, vægt, mad, vægt, mad, vægt – Hele tiden”* (Bilag A, 28). Lotte beskriver endvidere: *”[...] Fjern fokus fra vægten, fjern fokus fra mad, for det er slet ikke det, det handler om, og det er klart, dets mere fokus, der kommer på det, dets mere fokus får jeg på det”* (Bilag A, 28). Personalets fokus kan heri anskues som værende medvirkende til, at Lotte ligeledes øger sit fokus og sin bevidsthed om maden og vægten. Det er vores opfattelse, at Enhed for Spiseforstyrrelser ikke direkte negligerer væsentlige aspekter i patientens behandlingsforløb, men organisatorisk er det blevet besluttet, at vægt, spisemønstre, og vægtregulerende adfærd prioriteres som en nødvendighed, førend der arbejdes yderligere med andre patientudfordringer (Region Nordjylland, 2014 ¶ Velkommen, 5-6).

Indvielsesceremoni

Personalet varetager mange aspekter under en indrulleringsprocedure, når en patient indlægges. Herved anskuer Goffman, at personalet ofte føler, at nyankomne patienters villighed til at udvise

passende adfærd under modtagelsen, er tegn på hvorledes patienten er villig til at indtage rollen som den rutinemæssige og føjelige 'underordnede'. Han viser at de socialiseringssituationer, hvori patienten præsenteres for dennes forpligtelser, er en form for 'lydighedstest' og i nogle tilfælde en sand 'styrkeprøve'. Han skitserer denne socialiseringssituation, som er struktureret således, at den udgør en udfordring, hvor patienten enten gør oprør eller følger behandlingsforløbet uden videre. Hvis ikke patienten agerer lydige i mødet med personalet, udsættes patienten for forskellige straffeforanstaltninger, indtil patienten gør sig ydmyg og følger forløbet (Goffman, 1967, 21). Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Lotte, beskriver sin oplevelse med en sådan 'styrkeprøve'. Lotte var bevidst om, at hun ikke udviste passende adfærd eller agerede føjelig underordnet og forklarer således:

"Altså, jeg var virkelig stædig. Jeg gik frem og tilbage en time efter hvert måltid – det vil sige i seks timer om dagen gik jeg frem og tilbage på mit værelse. Gik frem og tilbage og havde træningsrutiner, som jeg gjorde igen en gang i timen, som bestod af 100 mavebøjninger, 100 armbøjninger, altså jeg ved ikke hvad. Jeg gik fuldstændig amok. Jeg ville ikke spise noget, jeg sad aldrig ned, stod op hele tiden. (Bilag A, 27).

Ovenstående uddrag skitserer hvordan Lotte møder personalet med en modvillighed – specielt overfor den behandling og de mål, der blev fastsat. Som nævnt ovenfor er Lotte bevidst om, at hun modarbejdede personalet og de beslutninger, som der var blevet vedtaget, men det ændrede ikke Lottes upassende og modvillige adfærd. Når personalet fremsatte målet om, at Lotte skulle spise for at tage på i vægt, reagerede Lotte med modstand. Lotte nægtede at spise, og i stedet valgte hun at være fysisk aktiv, trods personalets restriktioner herom. Hendes videre udsagn bevidner om, at personalet opstillede straffeforanstaltninger – en slags 'tænkepause' – hvor Lotte skulle overveje, hvorvidt hun reelt ønskede behandling. Lotte fremhæver en specifik hændelse: "[...] Det har jeg jo tænkt over – Jeg vil ikke have jeres hjælp. Jeg vil ikke have behandling overhovedet. Lad mig nu bare dø" (Bilag A, 26). De straffeforanstaltninger, som personalet opstillede, synliggør en form for ultimatum – et ultimatum, hvor Lotte skal overveje behandlingen som et tilvalg, og ikke agere modvilligt, for ellers ville behandlingen blive afsluttet.

Personalet meddeler hende efterfølgende, at de ikke længere har plads til hende, og alternativet er, at hun bliver indskrevet på voksenpsykiatrisk afdeling. Lotte lader sig herefter indskrive på voksenpsykiatrisk afdeling, men efter blot to uger bliver hun udskrevet med meddelelsen om, at "[...] Altså, vi kan ikke hjælpe dig. Du er simpelthen for besværlig, du modarbejder os" (Bilag A,

26). Jævnfør Goffmans såkaldte 'styrkeprøve' har Lotte 'vundet' denne over Enhed for Spiseforstyrrelser. Personalet på totalinstitutioner i almen forstand har en vis magt over patienterne, men ovenstående skitserer, at denne magtposition ikke var tilstrækkelig i Lottes tilfælde. De straffeforanstaltninger, som personalet implementerer for at skabe grobund for behandling, har modsatrettede og utilsigtede virkninger, hvilket bevirker, at Lotte føler et større behov for kropslig kontrol end hun føler behov for hjælp til at behandle sin spiseforstyrrelse. Samme modvillighed kan anskues i Anas beskrivelse. Ana fortæller, hvordan hun var *"[...] meget imod at skulle indlægges og i behandling og var meget, meget usamarbejdsvillig, hvad den del angår. Jeg syntes jo ikke, det var et problem"* (Bilag B, 42). Supplerende beskriver Ana: *"Det eneste jeg vidste, var, at jeg ikke ville have noget at spise og jeg tog sonden op, klippede den over"* (Bilag B, 45). Modsat Lotte forsøgte Ana under indlæggelsen at efterleve personalets anvisninger og forventninger. Ana beskriver således:

"Jeg var ikke glad for at være der, men jeg indså, at jeg ikke kunne modarbejde at være der. Jeg måtte ligesom bare gøre alt, hvad der blev sagt til UG og så håbe på, at de ville udskrive mig med det samme, fordi de skal jo ikke have nogle indlagt, som ikke har behov for det. Så jeg tænkte: "Nu skal jeg bare vise, at jeg ikke har behov for at være her", men det var også bare skuespil, og det kunne jeg ikke holde i længden alligevel, så der ændrede jeg adfærd frem og tilbage, men til sidst kunne jeg ikke holde facaderne oppe" (Bilag B, 46).

I den første periode af Anas indlæggelse viser ovenstående, at hun forsøgte at efterleve en forventelig rolle (frontstage), men hendes indre frustrationer og følelser i forhold til behandlingen (backstage) overtog til sidst hendes adfærd (frontstage). Ana kunne ikke opretholde den rolle, som personalet forventede, og hendes indre frustrationer og følelser over indlæggelse, endte med at overskygge alt andet i behandlingsforløbet. Hun forsøgte at spille den underdanige patient, ikke for at blive rask, men for at blive fri for at få behandling og dermed blive udskrevet. Ovenstående analyse viser, at hverken Lotte eller Ana kan anskues som værende fuldstændig lydige eller underdanige patienter. På trods af, at pigerne indlægges som spiseforstyrrelsesramte på en totalinstitution, hvori al social samhandling finder sted, og på trods af personalets ihærdige forsøg og professionelle behandlingsforløb, fravælger de begge behandlingen – Behandlingen er simpelthen ikke ønsket.

Med ovenstående kan det fremsættes, at så længe de spiseforstyrrelsesramte unge piger ikke ønsker hjælp eller behandling, er det en næsten umulig opgave at løsrive dem fra behovet om kropslig kontrol. Personalet har altså ingen magt eller adgang til anden form for foranstaltninger, som kan afhjælpe en sådan modvillighed. De kan indlægge sonde som tvangsernæring, men denne behandling kan kun gives, hvis patienten er i overhængende livsfare. I Region Nordjyllands *'Instrukser vedr. frihedsberøvelse og anden tvang i Psykiatrien i Region Nordjylland'* skitseres betingelserne for at give en patient sonde, således: *"Tvangsernæring er nødvendig for at redde patientens liv - eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred"* (Region Nordjylland ¶ Instrukser). I denne publikation understreges det altså, at sonde som tvang kun er tilladt, hvis den spiseforstyrrelsesramte er i overhængende livsfare. Sonde tillades altså ikke, hvis det blot er målet om at øge og stabilisere patientens vægt, spisemønster og vægtregulerende adfærd.

Patienterne og personalet

Goffman anser, at der i totalinstitutioner overvejende kan identificeres to grupperinger, herunder 'klienterne', eksempelvis de spiseforstyrrelsesramte, og 'opsynsstyrken' som i dette tilfælde udgøres af de professionelle aktører, som er ansat på Enhed for Spiseforstyrrelser. Goffman anskuer, at personalets hovedopgave ikke er vejledning eller periodisk inspektion, men snarere er af opsynsmæssig karakter. Det er personalets opgave at sørge for, at patienterne gør, hvad der forventes af dem. Han påviser, at der er tale om et svælg mellem gruppen af patienter og opsynsgruppen – Et svælg, som kan være medvirkende til, at skabe stor afstand, store forskelle eller uoverensstemmelser mellem patienterne og personalet. Svælget opstår i særdeleshed, når patienterne er indlagt på døgnopholdet og dermed har begrænset kontakt med omverdenen. Modsat patienterne, er personalet blot på totalinstitutionen i et antal planlagte timer per dag, hvilket bevirker, at de i højere grad er socialt integrerede med omverden (Goffman, 1967, 14). Under interviewet med den tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pige Ana, adspurgte vi hende om, hvordan relationen med personalet var, og hertil svarede hun:

"[...] Ikke særlig god [...] Jeg har nok ikke været særlig medgørlig [...] der var enkelte gode, men når man er på en afdeling i 24 timer i døgnet, så hvis der er en, man godt kan lide på arbejde eller en man synes, at man har tillid til, som er der måske syv timer hver dag" (Bilag B, 44).

Den sociale samhandling mellem Ana og det ansatte personale opleves altså ikke som værende særlig god. Hun beskriver ligeledes et aspekt, som kan ses i sammenhæng med føromtalt svælg. Det personale, som Ana nærrede tillid til, var der kun i et begrænset antal timer om dagen. Ifølge Goffman repræsenterer denne afstand mellem personalet og patienterne en mekanisme der betyder, at totalinstitutionens autoritet overfor patienterne, holdes effektivt intakt (Goffman, 1967, 16). Når patienternes dagligdag er skemalagt under institutionens fysiske rammer, udgør indlæggelsen hele patientens tilværelse, hvilket bevirker, at svælg mellem personalet og patienterne bliver synligt. Sammenhængende kan det siges, at personalet ikke nødvendigvis oplever svælg så fremtrædende som patienterne gør, fordi personalets tilværelse i højere grad foregår udenfor institutionen. Dette bevirker, at én gruppering kan have tendens til at betragte den anden gruppering mere stereotyp. Hvor personalet ifølge Goffman, kan anse patienterne som bitre, hemmelighedsfulde og upålidelige, kan patienterne betragte personalet som nedladende, overlegne og ondskabsfulde (Goffman, 1967, 16). Under interviewet med den tidligere spiseforstyrrelsesramte Lotte, fortæller hun, at hun ikke blev udredt for sin spiseforstyrrelse. Da vi adspørger hende om årsagen hertil, svarer hun:

”Jeg har ingen ide. Ingen ide. Jeg ved ikke, om det var dovenskab, om det var, fordi de glemte det, eller fordi de tænkte, at det behøver man ikke. Altså, jeg har ingen ide – Jeg synes, det er så mærkeligt” (Bilag A, 25).

Ovenstående synliggør en stereotyp tendens, hvor Lotte stiller sig undrende overfor, at hun ikke blev udredt for sin spiseforstyrrelse, som ville være forventeligt i situationen. I stedet for at erkende, at det på daværende tidspunkt ikke var muligt at diagnosticere hende med en spiseforstyrrelse, betragter Lotte personalet som værende dovne – For dovne til at udrede hende. Til trods for, at et væsentligt aspekt i den specialiserede behandling er en korrekt udredning og diagnosticering, udviser Lotte altså en vis skepsis overfor personalets ansvarlighed.

Kommunikation på tværs af svælg

Ifølge Goffman er det karakteristisk for kommunikationen på tværs af svælg mellem personalet og patienterne, at patienten ofte bliver afskåret fra at få viden om personalets overvejelser og beslutninger vedrørende patientens videre behandling (Goffman, 1967, 15). Den tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pige Lotte, beskriver denne lægelige hemmeligholdelse omkring hendes behandlingsforløb, således:

”Jeg bliver så udskrevet med en madplan, men ikke med nogen diagnose, altså ikke nogen spiseforstyrrelsesdiagnose overhovedet, men bliver indlagt igen i februar på grund af lav vægt, og bliver fodret med sonde, men har stadig ikke nogen diagnose” (Bilag A, 24).

Som tidligere nævnt blev Lotte ikke udredt eller diagnosticeret med en spiseforstyrrelse på trods af, at hun bliver indlagt på samme vilkår som de øvrige spiseforstyrrelsesramte patienter. Lotte supplerer: *”De skal udrede mig for min depression, men der ender de så med at udskrive mig med en madplan, fordi de godt kan se, at det faktisk ikke er det, der er det største problem” (Bilag A, 22).* Trods denne erkendelse bliver Lotte ikke diagnosticeret som spiseforstyrrelsesramt. Ifølge Goffman kan eksemplet anskues som en tilbageholdelse af væsentlige patientoplysninger og informationer, hvilket kan være medvirkende til at øge svælget mellem patienten og personalet samt at skabe en mere fjendtligt og stereotyp forestilling (Goffman, 1967, 14). Vi ser ligeledes en forbeholdenhed mellem Ana og personalet, som kommer til udtryk i det følgende:

”Jeg syntes, størstedelen af dem, der var der, de var ikke gearet til at arbejde med folk med spiseforstyrrelser. Det er svært at forklare, men de har sikkert været gode på en afdeling, hvor folk havde urinvejsinfektioner, kræft eller sådan noget andet [...] Jeg syntes ikke rigtig, vi forstod hinanden – størstedelen” (Bilag B, 44).

Ovenstående uddrag synliggør, at Ana mener, at personalet ikke er gearet eller kompetente nok til at arbejde med spiseforstyrrelsesramte. Ifølge Ana selv, var de ikke forstående nok, og det er en medvirkende årsag til, at svælget mellem Ana og personalet øges – De forstod simpelthen ikke hinanden. Ifølge Goffman gennemgår indlagte patienter under opholdet på en totalinstitution en proces, hvor de oplever deres civile selv og deres personlighed blive krænket. Disse personlighedskrænkende elementer anser Goffman som værende utilsigtede, men samtidig systematisk gennemførte. Det er blandt andet gennem disse krænkelser, at patienten påbegynder radikale ændringer i sin moralske karriere, som er det psykiske udviklingsforløb, der består af de progressive forandringer i troen på sig selv og andre (Goffman, 1967, 19). Denne proces indebærer endvidere forskellige elementer, hvor blandt andet rolleberøvelse og ensretning kan nævnes. Når patienten anbringes i en totalinstitution, vil denne opleve brud på de tidligere roller. Disse nye roller vil opleves som ’afidentificerede roller’ og disse er fremmede for patienten selv (Goffman, 1967, 98).

Krænkelserprocesser i totalinstitutionen

Krænkelser som er mindre direkte i deres udtryk kan være svære at betragte som brud på de sædvanlige sammenhænge mellem individet og dets handlinger. Ifølge Goffman karakteriseres en tilstand, som kan indbefatte krænkelser, en 'looping effekt'. I samfundet har individet større mulighed for at 'trække sig' og forsvare sig selv mod krænkende situationer, men det er vanskeligere under et ophold på en totalinstitution at opretholde sit 'face' og dermed ikke tabe ansigt. Goffman argumenterer herfor og fremsætter, at de fleste sociale samhandlinger foregår indenfor totalinstitutionens fysiske rammer, og patientens adfærd i en samhandling dermed overføres til andre samhandlinger (Goffman, 1967, 33-34). På Enhed for Spiseforstyrrelser kan én personales viden om patientens adfærd sammenholdes med andet personale, og heri agerer en form for kontrol. Hvis eksempelvis en spiseforstyrrelsesramt patient nægter at spise, kan det ene personale informere det øvrige personale, således at patientens madindtag kontrolleres.

Ovenstående eksemplificerer en sammensmeltning mellem forskellige scener, og denne kontrol kan anskues som en mindre, men direkte krænkelser. Med baggrund i de adspurgte pigers uddrag, påviser vi flere eksempler på, at mad- og kalorieindtag er nøje strukturerede og skemalagte. Desuden foregår dagligdagens aktiviteter hovedsageligt under samme fysiske rammer, hvilket bevirker, at det ofte er det samme personale, som varetager forskellige behandlingsopgaver. Informanten Ana forklarer: *"Der var også behandling hver dag – enten i form af samtale eller gruppemøde på afdelingen, eller diætistmøde eller sådan nogle behandlingsmæssige ting"* (Bilag B, 45). Uddraget eksemplificerer, hvorledes gruppemøderne foregår under samme fysiske ramme, som selve behandlingen foregår under – Altså dén behandling hvor vægt, spisemønster og vægtregulerende adfærd er i fokus. Den tidligere omtalte 'looping effekt' opstår, når patienten ikke har mulighed for den vanlige adskillelse mellem handlingsfaserne, hvilket kan bevirke en mindre, men direkte krænkelser (Goffman, 1967, 34). Nedenfor beskriver Ana, hvordan et diætistmøde kan være medvirkende til at påvirke spisesituationerne:

"Lad os nu sige; du spiser det og det i dag eller kommer på et andet kostplanstrin og tager på, så bliver du sat ned på en lavere kostplan, altså mindre kalorierig kostplan, hvis det viser sig, at du tager på af det – Altså en eller anden forsikring. Så jeg følte mig tryk ved at spise mere i en uge, og så når det så blev mandag, hvor man skulle vejes, så var der ikke, altså så blev jeg ikke sat tilbage på en lavere kostplan, så skulle jeg forblive på en høj eller op på en endnu højere. Altså sådan, det blev bare hele

tiden lovet og lovet, og jeg blev lokket. Sådan følte jeg mig faktisk lidt, at jeg blev lokket i fælde” (Bilag B, 50).

Aftalen, som foretages på den ene scene, herunder diætistmødet, påvirker således situationen på den anden scene. Den viden, som er opnået vedrørende Anas spisemønstre, medtages ligeledes som viden under diætistmødet, og således bliver virkningen på en scene til årsagen på en anden. Uddraget synliggør, hvordan Ana oplever, at hun bliver 'lokket i en fælde' og siden disse scener ikke er adskilte rent fysisk, påvirker handlingerne og valgene det ene sted altså også handlingerne og valgene det andet sted. Personalet på Enhed for Spiseforstyrrelser kan således bruge aftalen om at spise lidt mere som en kontrol, der får Ana til kontinuerligt at spise mere og mere. Her vil Ana miste sin følelse af selv at kunne navigere i sine handlingsmønstre. Et væsentligt aspekt er ligeledes, at hvor Ana udenfor totalinstitutionen selv ville kunne kontrollere mængden af maden og hastigheden på hvor hurtigt mængden øges, overlades denne magt og kontrol til personalet (Goffman, 1967, 35).

Som ovenstående uddrag skitserer, bliver der vedtaget en beslutning om, at Ana skal fortsætte på det høje kostplanstrin, som hun fulgte den foregående uge, og det sker også selvom Ana ikke selv har indvilliget i det. Ifølge Goffman er det selv de mindste og korte udsnit af patientens dagligdag, som underkastes personalets bedømmelser og regulativer. Alle disse bedømmelser og regulativer er dermed medvirkende til, at Ana berøves muligheden for at stabilisere sine behov og ønskemål om vægt på en personlig, men også effektiv måde (Goffman, 1967, 35). Goffman eksemplificerer, at individet udenfor en totalinstitution kan udsætte sit måltid, indtil denne er færdig med en aktivitet. Denne handlefrihed fratages de spiseforstyrrelsesramte patienter, som er indlagt. Personalets restriktioner, sammenholdt med en skemalagt dagligdag, kan være medvirkende til at fratage patientens dens selvbestemmelse og autonomi i forhold til deres handlemønstre (Goffman, 1967, 35).

Den oprindelige aftale mellem diætisten og Ana var, at Ana skulle på et højere kostplanstrin den ene uge, for så at vende tilbage til et lavere kostplanstrin ugen efter. Dog er det ikke personalets hensigt, at efterkomme denne aftale, da personalet allerede har opstillet nye, vægtforøgende mål. Mål, som Ana beskriver som værende uoverskuelige. Ana forklarer endvidere: *”Jeg følte bare, at det var noget, de ligesom sagde for at lokke mig til at tage på, og jeg følte sådan, at målet var, at jeg skulle tage på, og målet var ikke, at jeg skulle blive rask, altså. Eller få det godt”* (Bilag B, 50). Uddraget skitserer en slags umyndiggørelse, hvori personalet forsøger at kontrollere Anas vægt,

men i og med, at Ana ikke informeres om personalets bedømmelser og regulativer, mener Ana, at personalet ikke har det overordnede mål for øje – målet om, at Ana bliver rask (Goffman, 1967, 35).

Ensretning af patientsgruppen

Goffman anskuer endvidere andre eksempler på angreb mod patientens status som aktør, og disse anser Goffman som værende 'ensretning' og 'tyrannisering'. Ensretningen sker ved en forpligtelse, som bliver pålagt patienten om at udføre regelbundne aktiviteter sammen med en større gruppe medpatienter (Goffman, 1967, 37). Denne ensretning kan eksempelvis betragtes som en dagligdag, som er stringent skemalagt. Vi inkluderede tidligere et eksempel, hvori Ana beskrev, at dagligdagen var struktureret således, at samtlige måltider fandt sted på planlagte tidspunkter, og tilsvarende vilkår gjaldt de øvrige patienter. Hun beskriver således: *"Man blev kaldt ned i en sal og fik mad, og dem med spiseforstyrrelser får maden hældt op for sig"* (Bilag B, 44). Dagligdagens gøremål, aktiviteter og måltider, foregår altså i fællesskab med de øvrige patienter, og under selve måltiderne sidder de spiseforstyrrelsesramte for sig og får hældt maden op. Foruden en struktureret dagligdag forekommer der også ensretning i dagligdagen, eksempelvis i forhold til den tilknyttede skole. Efter morgenmåltidet blev Ana og de øvrige medpatienter *"[...] fulgt i skole [...] det var ikke skole, som man kender det. Jeg syntes ikke, jeg fik noget ud af det, fagligt i hvert fald, men det var simpelthen, fordi man bare skulle parkeres et eller andet sted, og mange af dem, der var der, havde slet ikke overskud til det"* (Bilag B, 44). Ensretningen synliggøres altså ved, at alle patienterne deltager i undervisning - selv dem, som ikke havde overskuddet. Ifølge Ana oplevede hun det som en slags 'parkering' – En 'parkering' og en undervisning, som ikke gav hende noget brugbart og i hvert fald ingen faglig viden.

Ifølge Goffman er mange daglige aktiviteter i totalinstitutionen uforenelige med den grundlæggende arbejder-løn struktur, som vi ellers kender i samfundet (Goffman, 1967, 17). Når Ana ovenfor beskriver, at der stilles eksplicitte krav om deltagelse i skolen, og at denne deltagelse i øvrigt medfører følelsen af at blive 'parkeret', kan det bevirke, at hendes 'selv' og forestillingsbillede bliver uden sammenhæng og derved adskiller sig fra, hendes egentlige formåen og evner (Goffman, 1967, 16). Enhed for Spiseforstyrrelser har formentligt struktureret undervisningen, således at der sikres ensretning og struktur i samtlige patienters dagligdag, men denne ensretning bevirker, at Ana føler sig 'parkeret' og ikke opnår noget fagligt. Det kan her medtænkes, at rationalet for at lave en skole, er at efterligne de rammer som de unge kommer fra. For at sikre at de får noget socialt

samvær og et forsøg på, ikke kun at opleve sig som en patient. Men det var ikke denne umiddelbare oplevelse, som Ana beskriver i forbindelse med at deltage i skolen. Hun udtrykker desuden, at hun under indlæggelsen forsøger at efterleve totalinstitutionens behandlingsmål, blot for, at *"[...] blive hurtigere udskrevet, eller jeg kunne få mere tid hjemme, måske endda gå i skole hjemme"* (Bilag B, 50). Ifølge Goffman kan en sådan motivation anskues som værende opstået grundet krænkelse af individets forestillingsbillede og 'selv'. Det, at kunne deltage i undervisningen derhjemme, bliver altså et mål i sig selv for Ana. Ensretningen i forhold til skolen, og Anas følelse af at blive parkeret, virker her i sig selv som en motivationsfaktor for hurtigere udskrivelse. Denne motivation skabes dog, ifølge Goffman, gennem en krænkelse af Anas forestillingsbillede af sig selv (Goffman, 1967, 16-17).

Goffman beskriver, at tyrannisering repræsenterer klare autoriteter, som håndhæver diffuse og uvante regler i totalinstitutionen, hvilket kan være medvirkende til, at patienten kommer til at leve i en kronisk angst for at overtræde disse regler. De følger, som der kan være, hvis ikke disse regler overholdes, eksemplificerer Goffman ved legemlig overlast eller død i koncentrationslejre eller tilbageførsel til lavere afdelinger på et statshospital (Goffman, 1967, 38). Baseret på udtalelserne fra de adspurgte spiseforstyrrelsesramte unge piger, opleves der specifikke sanktioner, hvis ikke pigerne overholder eller følger de regler, som foreskrives på Enhed for Spiseforstyrrelser. Informanten Lotte udtrykker under interviewet, at hun gentagne gange har fået besked på, at hun ville blive sendt hjem eller overflyttet til voksenpsykiatrisk afdeling, hvis ikke hun efterlevede totalinstitutionens regler og forventninger. Lotte forklarer nedenfor:

"De så sagde: "Nu har vi ikke plads her mere, så nu kan du komme på voksenpsykiatrisk". "Vi kan simpelthen ikke hjælpe dig" [...] Det var hele tiden den der bebrejdende, sådan: "Hvorfor er du her? Du skal da ikke være her. Du tager en plads fra en anden", hvor jeg bare tænkte: "Så udskriv mig da". Så hele tiden meget bebrejdende. Det tror jeg ikke er med vilje, men det var deres frustration over, at jeg. Altså jeg var virkelig stædig" (Bilag A, 26).

Ovenstående anskueliggør et særligt magtforhold, og et svælg mellem personalet og Lotte. Som tidligere nævnt, har personalet på Enhed for Spiseforstyrrelser begrænset handlemuligheder i forhold til at sanktionere mod modvillige patienter. Lotte konfronteres sammenhængende med denne overflytning med, at de ikke mener, at de kan hjælpe hende, fordi personalet oplever, at hun er for besværlig og at hun modarbejder behandlingen.

Konkurrence

Ifølge Goffman kræver det bevidste og vedvarende valg at holde sig ude af vanskeligheder, og for at holde sig fra eventuelle vanskeligheder, er patienten nødsaget til at trække sig fra de sociale relationer, som kan være forbundet med disse vanskeligheder (Goffman, 1967, 38). Jævnfør de spiseforstyrrelsesramte unge pigers adfærd, anskuer vi heri elementer modsat fra det, som Goffman beskriver. Lotte giver udtryk for, at hun ikke havde meget kontakt med de øvrige medpatienter, men i modsætning til at beslutte sig for at trække sig fra disse sociale samhandlinger for at undgå vanskeligheder, er årsagen til, at Lotte trækker sig fra de sociale samhandlinger en helt anden. Grunden er nemlig, at Lotte oplever at, relationerne og de sociale samhandlinger er præget af intern konkurrence. Lotte supplerer: *"Det handlede meget om at være den tyndeste og hvem der kunne tabe sig mest. Vi var altid meget højlydte, når vi havde tabt os, så sagde vi: "Ej, siger du, at jeg har tabt mig!"* (Bilag A, 37). Det, som egentligt er adfærd, der sanktioneres imod, bliver det, som Lotte oplever, er det de spiseforstyrrelsesramte forsøger at opnå. Som tidligere nævnt, er behandlingsmålene for Enhed for Spiseforstyrrelser først og fremmest, at der arbejdes med at stabilisere vægt, spisemønster og vægtregulerende adfærd. Men ovenstående synliggør, hvordan de spiseforstyrrelsesramte piger bevidst modarbejder disse. Lotte beskriver endvidere, at *"[...] der bliver så negativ stemning, fordi alle bare sidder og tænker, hvem er den tyndeste her. Der er så meget konkurrence"* (Bilag A, 34). Der er altså intern konkurrence om, hvem der kan være den mindst samarbejdsvillige patient, og des mere modvillige pigerne er, des mere 'fører de' i konkurrencen om at være den tyndeste. Det kan med ovenstående anskues, at magtbalancen bliver vendt på hovedet. Der er altså ikke udelukkende tale om et hierarkisk magtforhold, hvor personalet er de altoverskyggende autoriteter, men derimod bevidner ovenstående om, at der er interne magtkampe pigerne imellem. Den tyndeste, og den der kan tabe sig mest, er den, som klarer konkurrencen bedst. Dertil kommer, at pigerne internt presser hinanden, hvilket kan være medvirkende til at vanskeliggøre bedring i forhold til deres individuelle spiseforstyrrelse – og hvad kan personalet så stille op? De kan give sonde, men kun hvis de vurderer det som værende livsnødvendigt.

SAMMENFATNING

Gennem anvendelse af Goffmans begrebsapparat kan vi påvise, at de adspurgte spiseforstyrrelsesramte piger har oplevet at være udsat for forskellige former for krænkelser. Deres handlefrihed, autonomi og selvbestemmelse er i mange henseender blevet begrænset. Deres udsagn og handlinger er blevet negligeret og reduceret til, at det er diagnosen der ”taler”. Samtidig er hele deres identitet og de roller, som de tidligere har været vant til at navigere rundt i, blevet reduceret til én eneste – nemlig identiteten som hende med spiseforstyrrelsen. Trods disse krænkelser besidder pigerne fortsat en vis magt, ikke officielt, men når det omhandler behandlingens effekt. Her er pigerne magtfulde, og personalet kan hertil være handlingslammede. Personalet kan sanktionere, men som beskrevet kan dette vise sig at have den modsatte effekt. Når personalet iværksætter sanktioner rettet mod pigernes spiseforstyrrelsesramte adfærd, anerkendes pigerne af de øvrige spiseforstyrrelsesramte patienter. For jo dårligere og mere modvillige patienter, de er, des mere anerkendelse opnår de blandt de andre med samme lidelse, og for at ’vinde’ den interne konkurrence, oplever pigerne det sådan, at ethvert bedringstiltag skal modarbejdes. Ifølge Goffman kan ovenstående anskues som om, pigerne udvikler en slags underverden, som tilpasses indenfor institutionens givende rammer (Goffman, 1967, 223). Som modsvar til denne indlæggelse kan patienten udvise modstand og være modvillig i forhold til behandlingen, hvilket for personalet kan betragtes som en stærk indikator på, at patienten har behov for hjælp. Hertil mener Goffman, at det kan bevirke en ’ond cirkel’ hvorved de spiseforstyrrelsesramte piger bliver mere og mere ekstreme i deres modstand (Goffman, 1967, 227).

REFLEKTERENDE DISKUSSION

Gennem følgende reflekterende diskussion er det vores hensigt, at diskutere de bagvedliggende rationaler som vi anskuer i de professionelle aktørers handlinger og perspektiver. Formålet med denne reflekterende diskussion er ikke, at sammenligne eller udspille perspektiverne imod hinanden – Det er derimod vores intention, at diskutere de forskelligartede aktørperspektiver, for derigennem at opnå fokuseret viden om, hvordan det sociale arbejde og behandlingsindsatsen overfor de spiseforstyrrelsesramte unge piger kan kvalificeres og udvikles. Gennem projektets foregående undersøgelsesspørgsmål, har vi kontinuerligt inddraget de adspurgte informanternes aktørperspektiver. I første undersøgelsesspørgsmål har vi konkretiseret, at de på Enhed for Spiseforstyrrelser har et øget fokus på maden som medicinen, hvorimod de professionelle informanter fra det socialpædagogiske opholdssted fremhævede, at de ikke fokuserer på maden i samme udstrækning, men i højere grad anser relationen som det bærende element.

Den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser forklarer dog, at de ikke udelukkende fokuserer på maden, men understreger samtidigt, at spiseforstyrrelsen er *"[...] en livsfarlig sygdom"* (Bilag D, 60). Den ledende overlæge supplerer: *"Det er en sygdom man kan dø af. Så der er ikke rigtigt andet alternativ. Der er tale om reelle situationer, hvor vedkommende risikerer at dø så det er klart – det vil man ikke være vidne til"* (Bilag D, 65). Ovenstående uddrag synliggør, hvor væsentligt det er, at indlede behandlingsforløbet på Enhed for Spiseforstyrrelser med at stabilisere den spiseforstyrrelsesramte patients vægt – og hertil er et fokus på maden nødvendigt, da der forefindes ikke andre alternativer. Sammenhængende med Goffmans perspektiv, som blev anvendt gennem tredje undersøgelsesspørgsmål, kan den spiseforstyrrelsesramte unge pige defineres som en holdningsindtagende enhed, der antager en position, hvori de udviser enten med- eller modstand imod en totalinstitutions organisatoriske rammer (Goffman, 1967, 235). Hertil kan det problematiseres, at personalet på Enhed for Spiseforstyrrelser øgede fokus på maden som medicinen kan være medvirkende til, at de spiseforstyrrelsesramte unge piger udviser en modstand og modvillighed, hvis ikke de har erkendt behovet for denne behandlingsform. I henhold til de adspurgte tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger, som indeværende projekt har beskæftiget sig med, anskuer vi flere eksempler på en sådan modstand, eksempelvis Lotte som skar maden i stykker, gemte den og smurte det op af armen (Bilag A, 27, 36). Den modstand som Lotte udviser anskuer vi som et klassisk eksempel på den modstand, som udfolder sig i det sociale arbejde. Denne modstand og modvillighed præger således socialarbejderens, som frontlinjemedarbejders mulighedsbetingelser, trods denne blot forsøger at varetage et socialt arbejde, som er i

overensstemmelse med totalinstitutionens institutionelle rammer og opgaver (Lipsky, 2010, 13). Ifølge Goffman repræsenterer denne modstand et væsentligt aspekt, og han forklarer at uden denne modstand ville den spiseforstyrrelsesramte unge pige befinde sig i et tomrum – et tomrum, som er endnu mere problematisk end selve modstanden – for uden nogen former for tilhørsforhold, har den spiseforstyrrelsesramte unge pige ikke nogen stabil personlighed eller identitet (Goffman, 1967, 235). Når det professionelle personale på Enhed for Spiseforstyrrelser betragter de spiseforstyrrelsesramte unge pigers uhensigtsmæssige adfærd, svære tanker og følelser som værende forårsaget af deres psykiatriske lidelse, og gennemgribende forsøger at nedbryde og mindske disse, så understreger Goffman at pigerne kan miste oplevelsen af tilhørsforhold (Goffman, 1967, 235). Men når de spiseforstyrrelsesramte unge piger og deres adfærd kan karakteriseres som værende afvigende i henhold til det omgivende samfund, og ligeledes karakteriseres som værende uhensigtsmæssig på Enhed for Spiseforstyrrelser, hvor hører de så egentligt til?

Den tidligere spiseforstyrrelsesramte Lotte, understreger hertil: *”Der er mange ting de kunne have gjort anderledes. For det første skal de jo lade være med at fokusere så meget på mad – Det var hele tiden [...] Det var mad, vægt, mad, vægt, mad, vægt - Hele tiden [...] Fjern fokus fra vægten, fjern fokus fra mad, for det er slet ikke det handler om [...] Det var det, som jeg havde brug for at kontrollere – De forsøgte, at tage den kontrol fra mig. Så det handler om at finde kontrol i andre ting”* (Bilag A, 28). Lotte synliggør i ovenstående et tydeligt perspektiv på, hvordan personalets konstante fokus på maden, og den overvågende kontrol, var medvirkende til, at nedbryde den kontrol, som hun følte, at hun have behov for. Ifølge den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser, er det nødvendigt at nedbryde denne kontrollerende og uhensigtsmæssige adfærd, og således behandle denne med mad, førend det er muligt at behandle spiseforstyrrelsens øvrige aspekter (Bilag D, 60).

Som skitseret gennem projektets problemfelt, mener Marianne Hertz, som er overlæge på Anoreksiklinikken på Rigshospitalet, at der kan være tale om en ambivalens i forhold til, hvorvidt den spiseforstyrrelsesramte unge pige oprigtigt erkender behovet for behandling, og derigennem er villig til at slippe kontrollen og modtage denne. Overlæge Marianne Hertz, forklarer denne ambivalens i en artikel for 'Psykologi Nyt' (2004) med følgende:

”Anoreksi er jo en sygdom, man er glad for. Man er stolt af den. Derfor har pigerne det også meget dobbelt, når de kommer herind. På den ene side vil de gerne hjælpes, og på den anden side ønsker de at få lov til at beholde deres sygdom i fred. Det er utrolig hårdt for dem at give slip på den. At tage afsked med sygdommen er at sige farvel til kontrollen. Og uden kontrol føler pigerne sig svage. Derfor er der hele tiden modsatrettede følelser på spil” (Psykologi Nyt, 2004 ¶ Overlæge, Marianne Hertz, 18).

Denne ambivalens har ligeledes været mulig at spore i tredje undersøgelsesspørgsmål, hvor frontlinjemedarbejderens fokus på maden og dermed anerkendelse af spiseforstyrrelsens somatiske aspekter, opleves som en krænkelse hos de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger. På den ene side erkender de spiseforstyrrelsesramte unge piger behovet for behandling, men på den anden side er de ikke villige til, at spise eller øge deres vægt. Den kontrol som de har over maden fratages pigerne, når de behandles på Enhed for Spiseforstyrrelser, og når de ikke formår at kontrollere noget, så bliver kontroltabet over deres spiseforstyrrelse uoverkommeligt. I publikationen *’Frås og Faste – Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning’* (2010) beskriver Susanne Lunn, at spiseforstyrrelsens symptomer forekommer mere dramatiske når behandlingen etableres – en behandling, hvis formål er at øge patientens vægt. Lunn forklarer, at specielt anoreksipatienterne ønsker og vil deres spiseforstyrrelse. Den bliver som beskrevet ovenfor oplevet som noget positivt – som noget den spiseforstyrrelsesramte unge pige føler stolthed over og ikke vover at slippe (Lunn, 2010, 172).

Som skitseret gennem henholdsvis projektets problemfelt og første undersøgelsesspørgsmål, påvirkes det sociale arbejde indenfor Psykiatrien i Region Nordjylland af de samfundsstrukturelle og organisatoriske rammer. Som den ledende overlæge beskriver, så er de nødsaget til at være *”[...] opmærksomme på, at vi skal have [dem] afsluttet”* (Bilag D, 63). I problemfeltet konkretiserede vi, at udredningsretten er blevet halveret, hvilket har bevirket, at Enhed for Spiseforstyrrelser har været nødsaget til at *”[...] frigive nogle ressourcer andre steder altså eksempelvis, som at afslutte folk lidt før vi egentlig ville, altså folk vi gerne ville have beholdt lidt længere tid”* (Bilag D, 63). I Psykiatrifondens rapport *”Tal til psyken”* (2016) fremhæves der ligeledes en risiko, som bevirker at *”[...] der sker derfor en omlægning af behandlingssystemet, så de svært og langvarigt psykisk syge patienter nedprioriteres for at man kan leve op til de politiske krav”* (Psykiatrifonden, 2016 ¶ Tal til psyken). Det, som egentligt repræsenterer en politisk anerkendelse og ligestilling mellem det

somatiske og psykiatriske sundhedsområde, kan med ovenstående medføre en risiko for, at de svære og langvarige psykisk syge nedprioriteres, fordi Enhed for Spiseforstyrrelser har været nødsaget til, at frigive nogle ressourcer grundet udredningsretten. Den tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pige Britta, som har modtaget ambulantly behandling på Enhed for Spiseforstyrrelser, beskriver en oplevelse af at behandlingsforløbene slutter for tidligt. Derudover problematiseres det, at Britta har haft en oplevelse af, at blive 'tabt på gulvet' efter endt behandling. Britta beskriver således:

"Mere fokus på efterforløbet – man skal fandme ikke bare tabes på gulvet og overlades til sig selv, når man stopper en indlæggelse eller i et ambulantlyforløb – for det første stopper de forløbene alt for tidligt, og for det andet er man fuldstændig overladt til sig selv efterfølgende. Alt sammen sikkert for at spare – men hvor sparer man noget, hvis det i sidste ende fører til genindlæggelser?" (Bilag C, 56).

Med refleksion herom kan det diskuteres, hvor væsentligt det er, at den offentlige sektor øger samarbejdet, og at det kommunale regi varetager de unges behandlingsbehov, når disse udskrives fra Enhed for Spiseforstyrrelser. Som de professionelle aktører fra det socialpædagogiske opholdssted understreger, så bliver de unge piger som udskrives *"[...] bare tungere og tungere"* (Bilag E, 90). Den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser udtrykker endvidere et perspektiv, som kan supplere et sådant perspektiv. Hun beskriver således: *"Det er hele familien der bliver syg, siger man og mødrene til vores indlagte piger, er i stor risiko for at få posttraumatisk stress, fordi det er så voldsomt og det kræver så meget af dem"* (Bilag D, 66). Med ovenstående professionelle aktørperspektiver kan det diskuteres, hvorvidt de unge som udskrives til hjemgivelse, er ligeså 'tunge' og fortsat påvirkede af deres spiseforstyrrelse, som de professionelle aktører fra det socialpædagogiske opholdssted vurderer, de er. Hertil kan vi problematisere et aspekt, som kan være medvirkende til at fastholde den spiseforstyrrelsesramte unge pige i sin spiseforstyrrelse, samtidig med at familien ikke er klar til at overtage det ansvar, som Enhed for Spiseforstyrrelser har haft. Hvis risikoen for at mødrene kan udvikle posttraumatisk stresssyndrom og pigerne ikke er tilstrækkeligt behandlede, så vurderer vi en risiko for et tilbagefald og eventuel genindlæggelse.

Som tidligere skitseret, anser vi aspekter af et læringsteoretisk perspektiv, hvori de spiseforstyrrelsesramte unge piger gennem psykoedukation tillæres mere hensigtsmæssige spisemønstre, samt øger deres kropsvægt – Hvis udredningsretten bevirker, at Enhed for Spiseforstyrrelser skal frigive ressourcer og derigennem er nødsaget til at nedprioritere et andet, men væsentligt behandlingsbehov, så kan det diskuteres, hvordan pigernes mestring efter

udskrivelsen sikres, hvis ikke de har modtaget en tilstrækkelig behandling. For at sikre en vellykket rehabiliterende behandlingsindsats og udskrivelse, foreskriver Socialstyrelsen i publikationen *'Retningslinjer – for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser'* (2016) at der er et øget *"[...] behov for et helhedsorienteret forløb, hvor regionens sundhedsfaglige behandlingsindsats koordineres med rehabiliterende indsatser og/eller tilbud i kommunen"* (Socialstyrelsen, 2016 ¶ Retningslinjer, 6). Informanten Ana, som repræsenterer et brugerorienteret aktørperspektiv, beskriver, at efter udskrivelsen modtog hun *"[...] månedlige psykologsamtaler [...] [og] startede op på deltid [...] på grund af nogle hårde medicinbivirkninger. Min mor tog orlov i den periode, så hun var nok den primære støtte"* (Bilag B, 52). Det kan heri diskuteres, hvorvidt månedlige psykologsamtaler understreger et helhedsorienteret behandlingsforløb, og som Ana beskriver, var den eneste støtte, som hun modtog efter udskrivelsen, sin mors støtte. Udover Ana, fortæller Lotte, at trods mange genindlæggelser, lovning om efter- og ambulantbehandling, modtog hun intet efter hun blev udskrevet. Hun forklarer således: *"Jeg har faktisk aldrig rigtig fået noget, fordi meget af tiden, der er det gået i vasken, og jeg har ikke haft et forløb overhovedet efter jeg blev udskrevet, nogle af gangene"* (Bilag A, 32). Ved seneste udskrivelse havde Lotte indvilliget i, at lade sig efterbehandle på et botilbud, hvor hun kunne modtage en anden, og mere socialpædagogisk behandlingsform. Lotte supplerer: *"I stedet for at komme derhen, så blev jeg udskrevet hjem til, fordi kommunen og dem [regionen] ikke kunne aftale det – Det var noget med nogle pengeproblemer"* (Bilag A, 32). Hertil kan det diskuteres, hvorvidt samarbejdet mellem regionen og kommunen var tilstrækkeligt. Lotte oplyser, at hun to uger inden udskrivelse var blevet lovet efterbehandling på et botilbud, men blot to dage forinden udskrivelsen, blev hun bevidst om, at det ikke blev til noget alligevel. Lotte forklarer hertil, at *"[...] det har været meget forvirrende og stressende ikke at vide, hvad man skulle, og der har aldrig været en decideret plan [...] det har selvfølgelig også påvirket mig meget"* (Bilag A, 32). Vi kan heri anskue samarbejdet som værende utilstrækkeligt, og som Lotte beskriver det, så er det en meget forvirrende og stressende situation – en situation, som kan være vanskelig at håndtere. Da regionen vurderede, at behandlingsindsatsen var udført, blev Lotte udskrevet til eget hjem. Lotte forklarer sammenhængende med denne udskrivelse, at hun forespurgte efterbehandling og støtte i eget hjem, men hertil blev hun oplyst, at hun *"[...] skulle tage noget mere på før [hun] kunne få hjælp [...] Det syntes jeg var noget mærkeligt noget, så derfor sagde jeg; nej tak"* (Bilag A, 33).

Med ovenstående kan det synliggøres, at Lotte ikke modtog nogen former for efterbehandling. Trods Lotte udtrykte behovet for efterbehandling og støtte, så blev hun oplyst om, at hendes

hjemkommune ikke kunne hjælpe hende yderligere, førend hun havde øget sin kropsvægt med ti kilo. Det var altså Lottes kropsvægt, som skulle være indikator for, hvorvidt hun kunne tilbydes efterbehandling. Når Socialstyrelsen fremstiller retningslinjer for udskrivelse, og regionens sundhedsfaglige enhed har vurderet, at Lotte har opnået hendes målvægt og dermed er færdigbehandlet, hvorfor giver hjemkommunen så afslag på hendes forespørgsel om hjælp? – Var det ikke Socialstyrelsens hensigt at retningslinjerne skulle være medvirkende til, at sikre et helhedsorienterede behandlingsforløb gennem et koordineret samarbejde? Den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser supplerer med en bekymring, som netop understøtter vores undring:

”Noget af det, der også er et stort problem det er, at få støtte nok til den her type, øh børn og unge, fordi det, er sådan, at det tit er nødvendigt med støtte når de er blevet udskrevet i det sociale liv at man kan have brug for støtte-kontakt [...] så der har vi altså, nogle problemer [...] i forhold til at få skabt en forståelse for behovet for efterfølgende støtte, altså hos Socialforvaltningerne” (Bilag D, 66).

Den ledende overlæge forklarer således, at hun ikke oplever tilstrækkelig forståelse for de spiseforstyrrelsesramte unge pigers behov for støtte og efterbehandling efter udskrivelse. Hun beskriver således: *”Det er Socialforvaltningens opgave [...] sådan noget efterfølgende støtte, og sådan noget som måltidsstøtte eller sådan noget” (Bilag D, 66).* Ovenstående professionel aktørperspektiv synliggør en problematik, hvori samarbejdet ikke er tilstrækkeligt koordineret til at varetage efterbehandlingen af de spiseforstyrrelsesramte unge piger. Den ledende overlæge beskriver heri, at det ofte kan være medvirkende til at øge risikoen for, at de unge bliver *”[...] genindlagt, fordi de får ikke den støtte de har brug for. Så det er et stort problem” (Bilag D, 66).* Overlægen beskriver ligeledes, at:

”Det påvirker den måde vi sådan kan hjælpe på – når vi ved, at de ikke kan få støtte bagefter. Det, der er meget brug for, det er bostøtte og sådan med at få spist. Men det har vi mange problemer med at få igennem – at der er brug for det, fordi man ligesom siger, at det må Psykiatrien klare, men det kan vi ikke. Altså sådan, det kan vi ikke. Folk kan jo heller ikke være indlagte i årevis, det er vigtigt, at de kommer ud” (Bilag D, 66).

Ovenstående skitserer, hvordan den ledende overlæge oplever at kommunerne mener, at det er Enhed for Spiseforstyrrelsers opgave, at varetage de spiseforstyrrelsesramte unge piger, når de

udskrives, men som hun ligeledes forklarer, så er det ikke en mulighed. Hvor kommunerne mener at det er Psykiatriens opgave, mener Psykiatrien at det er kommunens opgave – Så hvis opgave er det? Socialstyrelsens publikation foreskriver, at det skal være en helhedsorienterede rehabiliterende indsats, men en sådan fastsat helhedsorienteret og specialiseret indsats er ikke etableret i de kommuner, som de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger tilhører.

Som konkretiseret gennem projektets problemorienterede afsnit, samt under udvælgelsesprocessen i projektets forskningsdesign, opstod der sammenhængende med de kontinuerlige fortolknings- og forståelsesprocesser i projektet, et behov for, at adspørge de kommuner, som de adspurgte informanter tilhører om, hvorvidt disse havde et specialiseret helhedsorienteret tilbud rettet mod de spiseforstyrrelsesramte unge, når de udskrives fra Enhed for Spiseforstyrrelser. Familierådgiver i Aalborg Kommunes Børne- og Beskæftigelsesforvaltning vedkender ovenstående problematik, og supplerer hertil med, at *"[...] de her børn og unge, der bliver udskrevet fra Psykiatrien, de lander jo tit imellem to stole"* (Bilag F, 95). På samme måde, som den ledende overlæge på Enhed for Spiseforstyrrelser beskriver det, så forklarer Aalborg Kommunes familierådgiver, at ansvaret for varetagelsen af de rehabiliterende indsatser ikke er fastlagt endnu. Det bevirker, at indsatserne for spiseforstyrrelsesramte unge piger i Aalborg Kommune ikke er specifikt rettet mod de behandlingsbehov, som disse måtte have. Der eksisterer således ingen rehabiliterende indsatser *"[...] ud over de almindelige tiltag som vi har, og som vi kan bruge i alle vores familier [...] Vi [har] ikke noget der retter sig lige direkte til den gruppe. Det kunne være ønskværdigt at have det, fordi vi faktisk oplever tit, at det er nogle svære sager"* (Bilag F, 95). Sammenhængende med ovenstående finder vi det væsentligt at understrege, at pigerne ikke decideret bliver 'tabt' i systemet, men som hun beskriver det så oplever hun ofte, at samtlige instanser afslår muligheden for at yde støtte, når de siger: *"[...] 'Vi har ikke noget tilbud' og Psykiatrien siger; 'Vi har heller ikke noget tilbud' – og PPR vil ikke"* (Bilag F, 95). Familierådgiveren fortæller dog, at de nyligt har etableret et Psykiatrisamråd, hvori de diskuterer *"[...] hvem er det, der griber den her"* (Bilag F, 95). Thisted Kommune har, ligesom Aalborg Kommune, heller ikke nogle specialiserede rehabiliterende indsatser. Den kommunale repræsentant svarer hertil: *"[...] Nej, altså der er mulighed for at komme herind og få noget psykologsamtale efter endt behandling. Det er det man kan [...] Det er det man har mulighed for, at man kan komme til noget samtale ja i den forbindelse når man er færdigbehandlet. Men det er det"* (Bilag H, 99). Vi kan heri problematisere, at hverken Aalborg Kommune eller Thisted Kommune varetager specialiserede rehabiliterende indsatser til spiseforstyrrelsesramte unge piger. Vi bliver ligeledes bekendte med, da vi kontakter Frederikshavn

Kommune, at de blot bliver inviteret til netværksmødet, når den spiseforstyrrelsesramte udskrives. Den kommunale repræsentant problematiserer hertil: "[...] *Der sidder ikke sådan en person, som sådan specifikt tager sig af unge som har anoreksi [...] Vi har kun for unge mellem 18-30*" (Bilag G, 97-98).

Med ovenstående kan det problematiseres, at hvis ingen kommuneinstanser er kvalificerede til at varetage og yde specialiseret og helhedsorienteret socialt arbejde som efterbehandling, hvordan sikres den rehabiliterende indsats, som Socialstyrelsen foreskriver, så? Socialstyrelsen har som nævnt tidligere, ekspliciteret retningslinjer for helhedsorienterede indsats- og behandlingsforløb til borgere med svære spiseforstyrrelser, og hertil kan vi perspektivere til Maria Appel Nissen og Margit Harders *'Helhedssyn'* i publikationen *'Socialt arbejde i en foranderlig verden'* (2015). Når Socialstyrelsen foreskriver behovet for helhed, så anskuer vi det i henhold til det omdiskuteret kernebegreb indenfor det sociale arbejde – begrebet *'helhedssyn'*. Ifølge Nissen og Harder henviser begrebet til idealet om, at forstå den enkelte borgers liv og situation som en helhed – en helhed, som er indlejret i en større historisk, social og samfundsstrukturel kontekst (Nissen & Harder, 2015, 57). Gennem de seneste 30 år har der været løbende diskussioner om, hvorvidt ansvars- og indsatskoordinering kan bevirke og opstille barrierer om, at opnå idealet om helhedssyn i henhold til den enkelte borgers livssituation. I socialt arbejde omhandler helhedssynet, hvordan de faktiske handlemuligheder og indsatser kan styrkes gennem en sammenhængende og koordineret indsats, således at den enkelte borgers livsbetingelser varetages på tværs af specialiserede sektorer, organisationer, institutioner og professionelle aktører (Nissen & Harder, 2015, 57). Med ovenstående kan det diskuteres, hvor komplekst og vanskeligt det er, at anlægge et helhedssyn i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger, og som Aalborg Kommunes familierådgiver problematiserer, så falder denne målgruppe ofte "[...] *imellem to stole*" (Bilag F, 95).

Vi kan sammenhængende hermed reflektere over, hvor væsentligt det er, at koordinere et helhedsorienteret socialt arbejde, hvori den enkelte spiseforstyrrelsesramte unge piges livsbetingelser og behandlingsbehov varetages på tværs af specialiserede indsatser og tilbud i Nordjylland. Som vi argumenterede for gennem foregående, kan vi anskue det som værende komplekst at anlægge et helhedssyn, hvis instanser vurderer, at de ikke kan varetage et kvalificeret socialt arbejde med de spiseforstyrrelsesramte unge piger. I sociologisk perspektiv, hvordan kan vi som socialarbejdere anskue et behov for, at kvalificere og udvikle indsatserne i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger?

Social Investment er stærkt forankret i et sociologisk perspektiv, og tanken er, at velfærdsstaten skal investere i humankapital, således at samtlige borgeres livsmuligheder sikres i et fremtidsorienteret perspektiv (Jenson, 2012, 28). Heri kan det diskuteres, hvorvidt den manglende investering i henhold til de rehabiliterende og specialiserede indsatser omkring spiseforstyrrelsesramte unge piger, kan være medvirkende til at øge risikoen for tilbagefald og genindlæggelser i Psykiatrien. Hvis staten derimod prioriterede at investere i de spiseforstyrrelsesramte unge piger som humankapital, og derigennem implementerede rehabiliterende og specialiserede indsatser i det sociale arbejde, så kunne det mindske, og eventuelt forebygge, risikoen for tilbagefald og genindlæggelser, og derigennem kunne staten sikre, at de spiseforstyrrelsesramte unge piger – i et fremtidsorienteret perspektiv – bliver mere autonome, fleksible og aktivt deltagende medborgere i samfundet.

Publikationen *'Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade'* (2013) er udgivet af ViOSS (Videncenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade), og heri beskrives en undersøgelse foretaget i samtlige kommuner i landet. ViOSS konkluderer, at blot 14% af kommunerne i Nordjylland har implementeret specialiserede rehabiliteringstilbud til de børn og unge, som er blevet behandlet for en spiseforstyrrelse, og kun halvdelen af disse havde en orienteringsaftale med Psykiatrien i Region Nordjylland (ViOSS, 2013 ¶ Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, 21, 34). På baggrund af denne undersøgelse konkluderer de endvidere med 90% konfidensinterval, at kommunerne med allerede implementerede specialiserede rehabiliteringstilbud, overordnet set har en lavere genindlæggelsesprocent, end de kommuner som ikke har implementeret sådanne tilbud – og den gennemsnitlige indlæggelsesprocent viser sig sammenhængende med disse tal, at falde fra 31% genindlæggelser, til 22% genindlæggelser indenfor et halvt år (ViOSS, 2013 ¶ Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, 25).

På baggrund af ovenstående reflekterende diskussion, vurderer vi et behov for at kvalificere og udvikle det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland. Herigennem mindskes risikoen for, at disse 'falder imellem to stole' i henhold til behandlingsforløbet på Enhed for Spiseforstyrrelser, hvor både de somatiske og psykiatriske behov ligestilles og varetages som en helhedsorienteret behandlingsindsats. Vi vurderer endvidere, at et øget specialiserende samarbejde indenfor den offentlige sektor kan være medvirkende til, at de spiseforstyrrelsesramte unge piger ikke ender som 'kastebolde' mellem de offentlige instanser.

Vi kan med ovenstående diskussion argumentere for, at vi har opnået fokuseret viden om, hvordan forskelligartede aktørperspektiver problematiserer behandlingsbehovet, og herigennem kan vi som socialarbejdere understrege et væsentlig behov for, at velfærdssamfundet i et socialpolitisk perspektiv, investerer og implementerer specialiserede rehabiliteringsindsatser i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger. Tilsvarende kvalificeringsbehov vedkender Charlotte Fischer som er formand for Psykiatriudvalget. Hun beskriver i forbindelse med de igangværende pilotprojekter om kvalificeringen af indsatsen for spiseforstyrrelsesramte børn og unge, at:

”Vi skal have mere glidende forløb for børn og unge. Det drejer sig blandt andet om at opdage symptomer i tide og sikre et godt forløb fx. mellem behandlingen på sygehuset og tilværelsen derhjemme. Når den ene part slipper, skal den næste være parat til at tage over. Vi skal sikre den bedst mulige behandling for de unge, der i forvejen har nok at slås med” (Regioner, 2016 ¶ Bedre hjælp på vej).

Med ovenstående kan det fremhæves, at vi ikke er de eneste der vurderer et sådan kvalificeringsbehov. Den behandling som dominerer det sociale arbejde i dag er ikke tilstrækkelig, og der er behov for væsentlige flere indsatser og tilbud, som kan varetage de spiseforstyrrelsesramte unge pigers problematikker, hvad end de kommer til udtryk som somatiske eller psykiatriske problematikker. Det er unge piger med en psykisk lidelse, hvis symptomer kommer til udtryk som en svækket, underernæret og fysisk mangeltilstand, og hvis den rette specialiserede indsats implementeres, så kan de helbredes, således at de formår at mestre eget liv og tilværelse.

Vi vedkender, at maden kan være medicinen, men vi understreger ligeledes behovet for, at behandle spiseforstyrrelsen på anden vis end blot ved symptombehandling. Som anskueliggjort gennem indeværende projekt kan spiseforstyrrelsen være forårsaget af nogle bagvedliggende årsagsforklaringer, som er behandlingskrævede behov uanset om den spiseforstyrrelsesramte unges BMI er 14 eller 20.

KONKLUSION

Formålet med følgende konklusion er, at besvare projektets undersøgelsesspørgsmål for derefter at resumere pointene i en samlet besvarelse af projektets overordnede problemformulering: *Hvilke behandlingsbehov kommer til udtryk gennem forskelligartede aktørperspektiver i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland?*

Som indledning til følgende konklusion, vil vi først og fremmest perspektivere til projektets hermeneutiske videnskabsteoretiske position, som har bevirket kontinuerlige fortolknings- og forståelsesprocesser. Gennem disse fortolknings- og forståelsesprocesser har vi løbende belyst, samt fortolket de adspurgte projektinformanternes udsagn, og derigennem har vi opnået fokuseret viden og forståelse for de forskelligartede aktørperspektiver, som vi har medtaget i indeværende projekt. Vi kan endvidere perspektivere ovenstående til projektets abduktive analysestrategi, hvorigennem løbende vekselvirkning mellem de teoretiske og empiriske fund har opnået den mest plausible forklaring i henhold til genstandsfeltet. I følgende projekt har vi haft emergens for øje, hvilket betyder at vi har anlagt det sociale arbejde et helhedssyn ved at kombinere teoretiske forklaringer fra henholdsvis makro-, meso- og mikroniveau.

Vi kan heri konkludere, at vi gennem meningsfortolkning af informanternes udsagn har opnået horisontsammensmeltning mellem de forskelligartede aktørperspektiver og det har bevirket, at vores forståelsehorisont er blevet udvidet og mere nuanceret. Som nævnt indledningsvist er det vores hensigt, at resumere undersøgelsesspørgsmålenes mest fremtrædende pointer for dermed, at kunne besvare projektets overordnede problemformulering. Undersøgelsesspørgsmålene skitseres og besvares enkeltvis i følgende:

Vi har gennem nærværende projekt opnået fokuseret viden om, hvordan det sociale arbejde gennem forskelligartede indsatser varetager og sigter mod at muliggøre de spiseforstyrrelsesramte unges deltagelse i samfundet – som autonome, loydlige og aktivt deltagende medborgere. Vi kan herigennem konkludere, at Enhed for Spiseforstyrrelser i Region Nordjylland varetager udrednings- og behandlingsindsatser, der kan perspektiveres til et læringsteoretisk perspektiv, hvori personalet arbejder problemløsende og forsøger, at tillære de spiseforstyrrelsesramte unge piger andre og mere hensigtsmæssige spise- og tankemønstre.

Som konkretiseret heri, fremstiller den ledende overlæge et professionelt aktørperspektiv og mantraet om, at maden er medicinen. Vi kan endvidere konkludere, at det socialpædagogiske opholdssted varetager og anlægger behandlingsbehovet et andet og mere interaktionistisk

perspektiv. Hvor Enhed for Spiseforstyrrelser hovedsageligt har fokus på spiseforstyrrelsens somatiske problematikker og konsekvenser, fremstiller de professionelle aktører fra det socialpædagogiske opholdssted et perspektiv om, at spiseforstyrrelsen blot er et symptom på, at der er noget bagvedliggende galt. Heri kan vi konkludere, at de professionelle aktører fra det socialpædagogiske opholdssted varetager et socialt arbejde, hvori det relationelle arbejde udgør et bærende element for, at den spiseforstyrrelsesramte unge pige, opnår en mere nuanceret forståelse for sin selvidentitet – en identitet, som mestre væsentligt mere end det, at håndtere de svære tanker og følelser gennem en kropslig kontrol.

Vi har fortolket de adspurgte tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pigers udsagn og herigennem forsøgt, at opstille nogle mulige årsagsforklaringer til, hvorfor de udviklede en spiseforstyrrelse. Vi kan sammenhængende med ovenstående konkludere, at fælles for de adspurgte piger er, at de forsøgte at skjule deres spiseforstyrrelse, hvilket påvirkede deres sociale samhandlinger. De forsøgte at indtryksstyre omgivelsernes forestillinger og forventninger til dem for at undgå stigmatisering, hvilket bevirkede diskrepans mellem deres tilsyneladende og faktiske sociale identiteter.

Vi kan konkludere, at de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger oplevede forskellige former for krænkelse under deres indlæggelse på Enhed for Spiseforstyrrelser. Deres handlefrihed, autonomi og selvbestemmelse blev indskrænket, og deres handlinger blev negligeret og de oplevede at deres identitet blev reduceret til identiteten som værende spiseforstyrret. Vi kan endvidere konkludere, at de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge piger under indlæggelsen på totalinstitutionen Enhed for Spiseforstyrrelser, oplevede stigmatisering grundet deres uhensigtsmæssige adfærd, hvilket bevirkede at svælget mellem pigerne og det professionelle personale blev dominerende for behandlingsindsatsen.

På baggrund af de adspurgte pigers egne udsagn kan vi endvidere konkludere, at pigerne fremsætter et brugerorienteret perspektiv, hvori en ambivalens opstår. På den ene side har pigerne ikke erkendt behovet for behandling, og derfor vil de udskrives – og på den anden side er de frustrerede over behandlingsindsatserne, da de oplever disse som værende utilstrækkelig.

PROBLEMFORMULERING

Hvilke behandlingsbehov kommer til udtryk gennem forskelligartede aktørperspektiver i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge piger i Nordjylland?

De resumerende pointer fra projektets undersøgelsesspørgsmål, henleder med følgende samlede besvarelse og konklusion på projektets overordnede problemformulering; Vi kan konkludere, at de forskelligartede aktørperspektiver har været medvirkende til, at vi som socialarbejdere har opnået fokuseret viden om, at behandlingsbehovet problematiseres, hvad end man anskuer behovet i henhold til de brugerorienteredes eller professionelles aktørperspektiver. Vi kan hertil konkludere, at der er et behov for, at behandlingsindsatsen i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte piger kvalificeres og udvikles, således at risikoen for tilbagefald og genindlæggelser mindskes. Den nuværende behandlingsindsats er ikke tilstrækkeligt kvalificeret til at varetage de spiseforstyrrelsesramte unges somatiske og psykiatriske problematikker. Der er i høj grad behov for, at samarbejdet indenfor den offentlige sektor koordineres, således at de specialiserede rehabiliterende behandlingsindsatser varetager et socialt arbejde, der arbejder og behandler de spiseforstyrrelsesramte unge piger gennem en helhedsorienteret indsats. Pigerne skal hverken gennem behandlingsindsatsen eller efter udskrivelsen opleve at 'falde imellem to stole'. Der skal derimod sikres en behandlingsindsats, som skaber de bedste mulighedsbetingelser for at de unge, der i forvejen har nok at 'slås' med, ikke også skal 'slås' med at modtage hjælp til at blive andet end en spiseforstyrrelsesramt unge pige.

METODEREFLEKSION OG PERSPEKTIVERING

Hvis vi ved projektets opstart havde haft bevidsthed om de fund vi gennem projektet har opnået og den forståelse for genstandsfeltet som vi har på nuværende tidspunkt, da ville vi have fundet det relevant at have inddraget et andet perspektiv i analysen, end det mikrosociologiske og interaktionistiske perspektiv som indeværende projekt er præget af. Vi må erkende, at vi i projektprocessen blev meget optaget af de tidligere spiseforstyrrelsesramte unge pigers subjektive perspektiver af udviklingen og behandlingen af deres spiseforstyrrelse. De forståelser vi har opnået er sket på baggrund af den abduktive analyse som er foretaget, og det var i det empiriske materiale at interessen for det mikrosociologiske perspektiv blev vagt. Vi fandt på daværende tidspunkt de udvalgte teoretiske bidrag relevante, men hvis vi havde haft den viden, vi har nu, havde vi valgt anderledes. Vi har efterfølgende diskuteret oplevelserne af behandlingsbehovene i et mere konfliktteoretisk perspektiv, heri kan vi perspektivere til en mere eksplicit udformet analyse af henholdsvis magt og anerkendelse i det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte unge. Vi har kort berørt emnerne, men ville, hvis vi kunne have lavet det om, ladet disse begreber være mere styrende i forhold til udformningen af analysen. Vi har elementer af det konfliktteoretiske perspektiv i den afsluttende reflekterende diskussion, hvor vi har taget udgangspunkt i de spiseforstyrrelsesramte unge pigers oplevelser og på baggrund af disse, opstillet mål for det sociale arbejde, således at det sociale arbejde med spiseforstyrrelsesramte i højere grad ville kunne sikre den unges fremtidige mestring. I forlængelse heraf, vil vi perspektivere til hvordan inddragelse af Axel Honneth, Pierre Bourdieu og Michael Foucault inden for den kritiske teoretiske ramme, ville have kunne give større mulighed for, at kunne forholde os kritiske til de samfundsforhold og perspektiver, der i indeværende projekt undersøges.

PUBLIKATIONSLISTE

Litteraturhenvisninger

- Andersen, L. B. et. al. (2012): *Metoder i statskundskab*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Antoft, R., Jacobsen, M. H., Jørgensen, A. & Kristiansen, S. (2007): *Håndværk & Horisonter – Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense. Forfatterne & Syddansk Universitetsforlag.
- Berg-Sørensen, A (2013): *Hermeneutisk og Fænomenologi*. I: Jacobsen, M. H., Rasmussen, K. L. & Nedergaard, P. (2015): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Brinkmann, S. (2010): *Det diagnosticerede liv – Sygdom uden grænser*. Aarhus. Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): *Kvalitative metoder – En grundbog*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Bryman, A. (2012): *Social Research Methods*. New York. Oxford University Press Inc.
- Giddens, A. (2004): *Modernitet og selvidentitet*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Goffman, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Harmondsworth. Pergui Books.
- Goffman, E. (1967): *Anstalt og menneske*. Jørgen Paludans Forlag.
- Goffman, E. (1992): *Vårt rollespill til daglig*. Oslo. Pax Forlag.
- Goffman, E. (2004): *Social samhandling og mikrosociologi*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Goffman, E. (2009): *STIGMA – Om afvigerens sociale identitet*. København. Samfundslitteratur.
- Guldager, J. & Skytte, M. (2013): *Socialt arbejde - Teorier og perspektiver*. København. Akademisk Forlag.
- Harder, M. & Nissen, M. A (2015): *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. København. Akademisk Forlag.
- Henriksen, S.K., Østergaard, T. & Westersø, P. (2016): *Praksisforskning i socialt arbejde*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2006): *Modeller i socialt arbejde*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Højberg, H. (2004): *Hermeneutik*. I: Fuglsang, L. & Bitsch, P. *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Roskilde Universitetsforlag.
- Jacobsen, M. H. & Kristiansen, S. (2004): *Erving Goffman – Sociologien om det elementære livs sociale former*. København. Hans Reitzel Forlag.

- Jacobsen, M. H., Rasmussen, K. L. & Nedergaard, P. (2015): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2008): *Hvordan organisationer fungerer – indføring i organisation og ledelse*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jensen, P. H. (2007): *Velfærd – Dimensioner og betydninger*. Frydenlund.
- Jenson, J. (2012): *A new politics for the social investment perspective*. Oxford University Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Launsø, L. & Rieper, O. (2005): *Forskning om og med mennesker – Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Lipsky, M. (2010): *Street-Level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage. Foundation.
- Lunn, S. (2008): *Anorexia Nervosa – Udvikling og årsager*. I: Harder, S. et. al: *Sårbarhed – Diatese-stres-modellen til diskussion*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Lundemark, M. A. (2015): *Borgerperspektiver som drivkraft i sociale analyser*. I: Harder, M. & Nissen, M. A (2015): *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. København. Akademisk Forlag.
- Maisel, R., Espon, D. & Borden, A. (2009): *Anoreksi og Bulimi – Inspiration til modstand*. Århus. Forfatterne og Psykologisk Forlag A/S.
- Morgan D. L, Ataie J., Carder P. & Hoffman K. (2013): *Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data*. Qualitative Health Research, vol. 23, 9.
- Mørch, S. I. (2009): *Individ, Institution og Samfund – Pædagogiske perspektiver*. Academica.
- Olesen, S.P., Eskelinen, L & Caswell, D. (2005): *Faglighed i socialt arbejde som forskningsgenstand – et kritisk-konstruktivistisk perspektiv*. AKF.
- Olesen, B. P. & Pedersen, K. (2013): *Problemløst projektarbejde – En værktøjsbog*. Roskilde Universitetsforlag.
- Petersen, A. (2016): *Præstationssamfundet*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Sonne-Ragans, V. (2013): *Anvendt videnskabsteori – Reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver*. Frederiksberg. Samfundslitteratur.
- Willig, R. (2013): *Kritikkens U-vending*. København. Hans Reitzels Forlag.

Websidehenvisninger

Bedre psykiatri (2013): *Det er bare almindelige mennesker der har en sårbarhed*. Lokaliseret den 18. Juli 2017. <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/18475/det-er-bare-almindelige-mennesker-der-har-en-saarbarhed.pdf>

Berlingske (2014): *Unge piger strømmer til psykolog*. Lokaliseret den 14. Marts 2017: <https://www.b.dk/nationalt/unge-piger-stroemmer-til-psykolog>

Børnerådet (2016): *Hver fjerde pige i 9. Klasse er i fare for at få en spiseforstyrrelse*. Lokaliseret den 14. Marts 2017: <http://www.boerneraadet.dk/nyheder/nyheder-2016/hver-fjerde-pige-i-9-klasse-er-i-fare-for-at-faa-en-spiseforstyrrelse>

Danske Regioner (2012) *Et liv til forskel – Bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse*. Lokaliseret den 17. Juli 2017. <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/bilag/6/1162219.pdf>

Danske Regioner (2015): *Benchmarking af Psykiatrien 2015*. Lokaliseret den 27. April 2017. https://www.tveast.dk/files/media/2017/22//rapport_-_benchmarking_i_psykiatrien_2015.pdf

Danske Regioner (2016): *Bedre hjælp på vej til unge med spiseforstyrrelse*. Lokaliseret den 22. Marts 2017. <http://www.regioner.dk/services/nyheder/2016/juni/bedre-hjaelp-paa-vej-til-unge-med-spiseforstyrrelse>

Dansk Sociologi (2014): *Et helt normalt perfekt selv. Konstruktioner af selvet i unges beretninger om mistrivsel*. Lokaliseret den 16. Juli 2017. <https://rauli.cbs.dk/index.php/danksociologi/article/viewFile/4841/5271>

DEFACUM (2016): *Landsrapport*. Lokaliseret den 18. Juli 2017. http://www.defactum.dk/siteassets/defactum/6-projektsite/lup-psykiatri/2016/rapporter/lup_psykiatri_landsrapport_2016.pdf

Garner, M. D. (1987): *Eating Disorders: Implication for the 1990's*. The Canadian Journal of Psychiatry, vol. 32, 7. Lokaliseret den 3. Juli 2017: <http://journals.sagepub.com.zorac.aub.aau.dk/doi/pdf/10.1177/070674378703200722.d.3/7-2017>

Politikken (2011): *Syge overspisere kæmper om 14 behandlingspladser*. Lokaliseret den 24. Juli 2017. <http://politiken.dk/indland/art5498863/50.000-syge-overspisere-k%C3%A6mper-om-14-behandlingspladser>

Psykiatrifonden (2017): *Diagnoser – Spiseforstyrrelser*. Lokaliseret 19. Juli 2017: <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spise-soevn-og-seksuelleforstyrrelser/spiseforstyrrelser/binge-eating-disorder-bed.aspx>

Psykiatrifonden (2015): *Spiseforstyrrelser er selvskadende adfærd*. Lokaliseret den 9. Juli 2017: <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spise-soevn-og-seksuelleforstyrrelser/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-er-selvskadende-adfaerd.aspx>

Psykiatrifonden (2015): *Tal til psyken – Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom*. Lokaliseret den 17. April 2017: <http://www.psykiatrifonden.dk/media/1417569/tal-til-psyken-september-2016.pdf>

Psykologi Nyt (2004): *Overlæge, Marianne Hertz*. Lokaliseret den 27. Juli 2017.
<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/12126.pdf>

Region Nordjylland (2014) *Velkommen til for Ambulatorium for Spiseforstyrrelser*. Lokaliseret den 23. Marts 2017. <http://www.psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-for-Boern-og-Unge/Enhed-for-Spiseforstyrrelser/~media/Hospitaler/Psykiatrien/Pjecer%20til%20ambulatorierne/Velkommen%20til%20Ambulatorium%20for%20spiseforstyrrelser.ashx>

Region Nordjylland (2015): *Psykiatriplan 2015-2020*. Lokaliseret den 29. Juli 2017.
http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Planer-paa-sundhedsomraadet/Psykiatriplan-2015-2020/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Planer%20politikker%20og%20servicem%C3%A5l/Sundhedsplan/Psykiatriplan%202015-2020.ashx

Region Nordjylland (2016): *Organisationsbeskrivelse*. Lokaliseret den 16. Marts 2017.
<http://www.rn.dk/Om-Region-Nordjylland/Organisationsbeskrivelse>

Region Nordjylland (2016): *Visitationsenheden*. Lokaliseret den 20. Marts 2017.
<http://www.psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-for-Boern-og-Unge/Visitationsenheden.aspx>

Region Nordjylland (2017): *Psykoekation*. Lokaliseret den 20. Marts 2017.
<https://pri.rn.dk/Sider/8246.aspx>

ServiceLoven (2017): *Bekendtgørelse af lov om social service*. Lokaliseret den 28. Juli 2017.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=186422>

SFI (2013): *Unges selvskade og spiseforstyrrelser*. Lokaliseret den 17. April 2017:
https://pure.sfi.dk/ws/files/203000/1318_Unges_selvskade.pdf

SFI (2014): *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel*. Lokaliseret den 14. Marts 2017:
<https://www.sfi.dk/publikationer/boern-og-unge-i-danmark-velfaerd-og-trivsel-2014-3057/>

Sikker Psykiatri (2015): *Somatisk sygdom baggrund og evidens*. Lokaliseret 27. April 2017.
http://sikkerpsykiatri.dk/media/2739/somatisk-sygdom_pakkerne.pdf

Socialstyrelsen (2016): *Retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser*. Lokaliseret den 12. Juli 2017. <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/nationale-retningslinjer-for-rehabilitering-til-borgere-med-svaere-spsieforstyrrelser>

Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser – Anbefalinger for organisation og behandling*. Lokaliseret den 12. Juni 2017.
<http://www.sst.dk/~m.../A297287DE0F548A88DC8F8C44441A8A9.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2013): *Unges selvskade og spiseforstyrrelser – Kan social støtte gøre en forskel?* Lokaliseret den 25. Juni 2017:
https://pure.sfi.dk/ws/files/203000/1318_Unges_selvskade.pdf

Sundhedsstyrelsen (2015): *Sygdom og Behandling*. Lokaliseret den 17. Juli 2017.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/nkr-moderat-og-svaer-bulimi>

Sundhedsstyrelsen (2016): *Behandling – Psykisk sygdom*. Lokaliseret den 24. Juli 2017.
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/~media/288A21E0C68446829107EA9B64EB85D9.ashx>

Sundhedsloven (2016): *Sundhedsloven – Udredningsret §87, stk. 2*.
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=183932>

Sygeplejersken (2012): *Patienters oplevelser af at være indlagt med en spiseforstyrrelse*.
Lokaliseret den 18. Juli 2017. <https://dsr.dk/file/11224/download?token=UcqUXTtE>

TV2 Nyhederne (2015): *Derfor kan vi ikke behandle alle anoreksi-patienter*. Lokaliseret den 23. April 2017. <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2015-01-21-laege-derfor-kan-vi-ikke-behandle-alle-anoreksi-patienter>

ViOSS (2013): *Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser*. Lokaliseret den 13. Juni 2017. <https://www.vioss.dk/web//uploads/Kommunernes-tilbud-til-personer-med-spiseforstyrrelser-eller-selvskade.pdf>

ViOSS (2015): *Behandlingsmuligheder*. Lokaliseret 20. Marts 2017.
<https://www.vioss.dk/viden/behandlingsmuligheder/>

Økonomi- og Indenrigsministerieret (2013) *Strukturreformen – Evaluering*. Lokaliseret den 12. Maj 2017. <http://sim.dk/media/15185/evaluering-af-kommunalreformen.pdf>