

## **Bulimikerens indtryksstyring**

- et kvalitativt studie af forhenværende bulimikeres oplevelser af de sociale interaktioner de indgik i, da de stadig led af sygdommen



**Vejleder: Michael Hviid Jacobsen**

**Udarbejdet af: Line Marie Bundgaard Poulsen**

**Antal ord: 34.962**



# Indholdsfortegnelse

---

Forord .....	5
Summary.....	6
1. Indledning.....	7
1.1. Forbrugersamfund, krop og udseende.....	7
1.2. Bulimiens indtog og omfang.....	7
1.3. Årsager og definition .....	8
1.4. Bulimi og sociale interaktioner.....	8
1.5. Problemformulering .....	10
2. Metode .....	12
2.1. Overordnet metodisk tilgang.....	12
2.1.1. Videnskabsteoretisk standpunkt .....	12
2.1.2. Metodologi og analysetilgang .....	13
2.2. Datagrundlag .....	15
2.3. Interview.....	15
2.3.1. Krav til informanter .....	16
2.3.2. Sampling .....	16
2.3.3. Interviewers rolle.....	19
2.3.4. Reliabilitet og validitet.....	20
2.3.5. Samtykke, fortrolighed og anonymisering .....	21
2.4. Præsentation af informanter.....	22
2.4.1. Anne(31,7) .....	22
2.4.2. Mille(27,4) .....	23
2.4.3. Mette(25,3).....	23
2.4.4. Else(50,4) .....	24
2.4.5. Amalie(18,4) .....	25
2.4.6. Lotte(34,10) .....	26
2.5. Analysestrategi .....	27
2.5.1. Analysetemaer.....	27
3. Teori.....	31
3.1. Selvrepræsentation .....	32

3.2. Front- og backstage .....	33
3.3. Identitet .....	34
3.4. Stigmatisering .....	34
3.5. Passing .....	36
3.6. Sceneskæk .....	36
3.7. Anerkendelse .....	38
4. Analyse .....	40
4.1. Erkendelse .....	40
4.2. Selvbillede .....	44
4.3. Facade .....	48
4.4. Skam .....	52
4.5. Straf .....	55
4.6. Det sociale .....	57
4.7. Måltider .....	63
4.8. Strategier .....	67
4.9. Fra skjult til kendt .....	71
4.10. Anerkendelse .....	76
4.11. Identifikation .....	80
5. Konklusion .....	84
Litteraturliste .....	87
Bøger .....	87
Tidsskrifter .....	88
Websider .....	88
Bilag .....	90
1.1. Interviewguide .....	90
1.1.1. Forsknings spørgsmål .....	90
1.1.2. Interview spørgsmål .....	92
1.2. Beskrivelse af interviewene .....	94

## Forord

---

Dette speciale er udarbejdet som afslutning på sociologi studiet på Aalborg Universitet, i perioden februar til august 2013.

Formålet med specialet har været at rette fokus på forhenværende bulimikers indtryksstyring, i de sociale interaktioner de indgik i, da de stadig led af sygdommen.

Jeg takker min vejleder Michael Hviid Jacobsen, som har været til stor hjælp og inspiration, under tilblivelsen af dette speciale og derudover retter jeg stor tak til de seks kvinder, hvis fortællinger har været helt essentielle for tilblivelsen af dette speciale.

Vedlagt er en CD-ROM med transskriptioner af de seks interviews.

Line Marie Bundgaard Poulsen

## Summary

---

The impression management of a bulimic - *a qualitative study of former bulimics' experiences with the social interactions they entered into, while they still suffered from their illness.*

The focal point of this project has been to gain insight into the social interactions, in which bulimics enter into and how these are handled by the bulimics. This insight is achieved primarily through the interview with six former bulimics and these findings are analyzed by the help of relevant theory, and thereby increasing the range of the empirical findings.

The informants in this project all experience a decrease in their ability to enter into social interactions and their illness is thereby inhibiting their social life. They all felt a great deal of shame regarding their eating disorder, which urged them to hide their illness from their surroundings. They all experienced a fear of stigmatization as a result of their deviant behavior and feared that their illness would not be acknowledged by the people in their private spheres. The urge to hide their illness entailed a change in their impression management, and compelling them to play the role of a healthy person without an eating disorder. This role helped them in hiding their actual social identity as bulimic, and thereby enabling them to successfully pass their apparent social identity as being healthy and normal. In order to hide their actual social identity, they applied different strategies as part of their impression management. As an example, they all tried to control their portion sizes in the company of others in an attempt to suppress the urge to overeat and purge. However, this rarely succeeded, and the focus point became to hide their purging from their surroundings.

The role of being healthy, however, became more difficult for them to play, as time went on and their illness grew more severe. This led to periods of isolation, because the social interactions became too strenuous and the fear of disclosure too apparent. Furthermore this led to the desire to disclose their illness and thereby revealing their actual social identity. Because of the fear of stigmatization and lack of acknowledgement by the people of greatest significance, they all initially choose to reveal their illness to people, whom they did not experience the same fear of losing. The need of acceptance and understanding through acknowledgement, led to the search for identification in spheres where they were not considered as deviant as a result of their illness, and in these spheres they obtained a feeling of hope and understanding that where not obtained otherwise. For some this gave a newfound feeling of worth and motivation to fight the illness, in order to live a healthy life without the eating disorder.

# 1. Indledning

---

## 1.1. Forbrugersamfund, krop og udseende

---

Vi ser i dagens samfund et stort fokus på krop, kost og udseende, og de fleste føler at der er plads til forbedringer i forhold til deres kropslige idealer. Samfundets kropsbevidsthed har været genstandsfelt for flere sociologiske tænkere og ifølge Zygmunt Bauman skyldes dette fokus på krop og udseende, at vi lever i et forbrugersamfund som netop dyrker ungdom og ydre fremtoning. Forbrugersamfundet har ifølge Bauman den konsekvens for individet, at vi ser os selv som varer og at vi ønsker vores emballage så attraktiv som mulig. Kroppen og udseendet bliver vores visitkort udadtil og denne jagt på det perfekte ydre, kan medføre en ond spiral af selvnedgørelse når man som individ ikke lever op til sine høje forventninger om kropslig perfektion [Bauman 2006: 104].

Vi forholder os alle dagligt til vores krop og i høj grad også til vores kost. Vi træffer konstant beslutninger omkring hvad vi spiser, og dermed også hvad vi vælger ikke at spise. For de fleste mennesker foregår disse beslutninger nærmest ubevidst og uden de store overvejelser og til trods for dårlig samvittighed ved indtagelse af for meget eller usund mad, er dette for langt de fleste ikke noget der påvirker hverdagen nævneværdigt. Anderledes ser det ud for personer der lider af spiseforstyrrelsen bulimia nervosa<sup>1</sup> [www.sundhed.dk,1]; hos disse personer fylder tanker om krop og mad stort set alt, hvilket gør det svært for dem at have en normal hverdag.

## 1.2. Bulimiens indtog og omfang

---

I en artikel i "Tidskrift for Forskning i Sygdom og Samfund" beskrives det hvorledes bulimi gjorde sit indtog i slutningen af 1970'erne, som en følge af et paradigmeskifte omkring synet på den ideelle krop og dennes udseende. Idealet omkring den fyldige og frodige kvindekrop blev over tid udskiftet med den mere slanke og trænede krop. Sygdommen menes at ramme hovedsagelig kvinder og modsat overvægt som forbindes med lav status, rammer bulimi personer fra alle samfundslag [At spise – ikke kun et spørgsmål om mad: s. 11].

---

<sup>1</sup> Spiseforstyrrelsen bulimia nervosa kaldes herefter bulimi

Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser (LMS) anslår at der i Danmark er ca. 30.000 personer som lider af spiseforstyrrelsen bulimi [www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 1], og de anslår at helbredelsesprocenten for sygdommen er i omegnen af 50-60 procent. Dette er ensbetydende med, at der for mange er tale om en kronisk lidelse som de aldrig bliver helbredt for [www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 2]. Tallet er omgivet af en del usikkerhed da langt fra alle med sygdommen vælger at få behandling og dermed bliver registreret som bulimikere.

### 1.3. Årsager og definition

---

Årsagerne bag sygdommen er komplekse og der er ofte tale om en kombination af kulturelle, sociale, psykologiske, biologiske og genetiske faktorer [www.sst.dk, 1]. Nutidens samfund gør, at krop og mad er i fokus og danner derved grobund for udviklingen af sygdommen. De sociale faktorer kan være dysfunktionelle familieforhold som kan være en medvirkende faktor, f.eks. kan en opvækst i en dysfunktionel familie medføre et dårligt selvværd og eventuelt et behov for følelsesmæssig flugt via maden. De psykologiske faktorer kan f.eks. være et dårligt selvværd og dermed en øget risiko for et overdrevet fokus på krop og udseende. Forskning viser, at biologiske og genetiske faktorer også kan være medvirkende til udviklingen af bulimi. Bl.a. tyder det på at bulimi kan være arveligt og at hormonel ubalance kan være en medvirkende faktor for de der udvikler bulimi [www.dagenssundhed.dk].

Fælles for alle der er ramt af sygdommen er dog, at der er tale om et usundt forhold til mad og krop samt at personen oplever perioder med tab af kontrol over mængden af mad der indtages. Dette tab af kontrol kompenseres ved opkastninger, overdrevet træning eller f.eks. brug af laksativer<sup>2</sup>. Hvor ofte denne kompenserende adfærd finder sted er varierende men ifølge Sundhedsstyrelsens diagnostiske kriterier, er der som minimum tale om 2 gange i ugen over en periode på 3 måneder, før der kan stilles diagnosen bulimi [www.sst.dk, 2]. Selve årsagerne bag sygdommen vil ikke være i fokus i dette speciale, men de er vigtige til at give en forståelse af sygdommen og dens konsekvenser for den enkelte.

### 1.4. Bulimi og sociale interaktioner

---

Et anstrengt forhold til mad kan gøre det vanskeligt at deltage i sociale arrangementer hvor der serveres mad og netop maden er, ifølge Georg Simmel, ofte et centralt element når vi indgår i

---

<sup>2</sup> Laksativer er et afføringsmiddel som kan bruges til at fremme et vægttab [sundhedsguiden.dk]



relationer. I hans essay om måltidets sociologi, beskriver han hvorledes måltidet samler os som mennesker og hvorledes individualitet bliver til fællesskab via måltidet. Simmel ser derved måltidet som en socialiserende faktor hvor fællesskaber skabes og hvor alle kan samles [Simmel 1998: 135-143]. I det moderne samfund kunne det dreje sig om brunch med veninderne, middag ved forældrene eller vennerne, julefrokost og lignende. Vi samles ofte omkring maden og det kan være vanskeligt for en person der lider af bulimi. Dette kan medføre at bulimikeren vælger at isolere sig, for at undgå at afsløre sin sygdom som oftest er skjult [www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 3]. Der kan være mange årsager til at skjule sin sygdom; det kan skyldes en frygt for omgivelsernes reaktioner eller et ønske om at virke stærk og selvkontrolleret udadtil. I nedenstående citat fortæller Marie<sup>3</sup>, som er bulimiker, om sin erfaring med at leve med en spiseforstyrrelse:

*"Det er et frygteligt dobbeltspil, der foregår inde i en person med spiseforstyrrelser. Det er en stor løgn man lever i! En løgn over for sig selv og ikke mindst over for sine nærmeste. Det starter med, at man lyver lidt i starten, om at man har mavepine og ikke er sulten. Og pludselig en dag kan man ikke finde ud af, hvad der er sandhed og hvad der er løgn. Man finder på "gode" tricks om, hvordan man kan narre omverdenen og få dem til at tro, at man har kontrol over alt og i hvert fald ikke er syg". Marie, bulimiker.*

[www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 4].

Maries fortælling illustrerer den problematik bulimikere kan opleve, når de interagerer med andre. Hun beskriver dette som et dobbeltspil hvor hun forsøger at overbevise omgivelserne om, at hun er rask.

I dette speciale fokuseres der på de situationer, hvor bulimikeren vælger at indgå i sociale interaktioner, hvad enten mad er en del af denne interaktion eller ej. Det ønskes afdækket hvorledes bulimikeren takler disse sociale interaktioner og hvorledes sygdommen påvirker disse interaktioner. Derudover fokuseres der på hvordan personer med bulimi forholder sig til omgivelsernes reaktioner og hvorvidt de har oplevet *stigmatisering* eller eventuelt frygt for *stigmatisering*. Begrebet *stigmatisering* beskrives i afsnit 3.4, hvor de teoretiske begreber og deres bidrag til specialet uddybes.

Specialets fokus er bulimi, en sygdom som oftest er skjult for personens nærmeste men også for omverdenen generelt. Bulimi adskiller sig fra andre spiseforstyrrelser såsom anoreksi og overspisning ved, at personer med bulimi ofte er normalvægtige eller kun lettere under- eller overvægtige [www.sst.dk, 3]. At sygdommen ikke umiddelbart er synlig gør, at personen har mulighed for at skjule

---

<sup>3</sup> Marie er bulimiker og fortæller sin historie på landsforeningen mod spiseforstyrrelseres hjemmeside

sin sygdom og personer med bulimi står dermed overfor et valg om, hvorvidt sygdommen skal forblive skjult eller ej. Ofte vælger personer med bulimi at skjule sygdommen, og dette giver sygdommen de bedste betingelser for at fortsætte. Hvis de nære relationer inddrages og sygdommen mister sin status som skjult, vil disse personer ofte forsøge at få personen i behandling, hvilket mange bulimikere ikke ønsker, da bulimien fungerer som en måde at dulme svære følelser på [www.sst.dk, 4]. Personer med bulimi vil derfor ofte først inddrage andre i sin sygdom, når vedkommende selv er klar til at søge behandling.

Fokus på den skjulte sygdom og dennes påvirkning af den enkeltes sociale interaktioner, vil i specialet blive undersøgt i form af sygdommen bulimi, men selve problematikken omkring skjult sygdom og dennes påvirkning af sociale interaktioner gør sig gældende for andre skjulte sygdomme, såsom psykiske lidelser eller skjulte fysiske sygdomme, og specialet kan derfor siges, at have en relevans der rækker udover det valgte emne.

## 1.5. Problemformulering

---

Formålet med specialet er at rette fokus på den ofte skjulte sygdom bulimis påvirkning af de sociale interaktioner den lidende indgår i. Emnet undersøges i specialet på baggrund af følgende problemformulering:

*Hvordan oplever personer, der har lidt af spiseforstyrrelsen bulimia nervosa, de sociale interaktioner, som de har indgået i mens de led af spiseforstyrrelsen?*

Problemformuleringen er eksplorativ og afdækkende og fokus er på den enkeltes historie. For at besvare den forholdsvis brede problemformulering benyttes nedenstående undersøgelsesspørgsmål:

- Hvordan håndterede personen sociale interaktioner?
- Har personen valgt at skjule sygdommen for pårørende og omverdenen generelt, i så fald hvorfor og hvordan?
- Hvordan taklede personen sociale situationer hvor der blev serveret mad?
- Hvordan holdtes sygdommen skjult hvis dette var ønsket?
- Har personen oplevet *stigmatisering* eller frygt for *stigmatisering*, i så fald hvorfor og hvordan?
- Hvad er personens erfaringer med at opnå *anerkendelse* i forhold til deres sygdom?

Problemformuleringen besvares via en hovedsageligt kvalitativ tilgang på baggrund af personlige interviews med personer, der har lidt af bulimi, og disse interviews analyseres i forhold til udvalgt

teori. Det er ikke formålet med specialet at teste på forhånd givne hypoteser udledt af teori eller at danne teori udledt af specialets empiriske materiale. Der arbejdes ved en vekselvirkning mellem teori og empiri med det formål bedre at kunne indfange det sociale fænomens kompleksitet. Der arbejdes i specialet ud fra adaptiv teoris grundprincipper, hvor målet er at bygge bro mellem induktion og deduktion. Dette gøres via en tilgang, der ser teorier som orienterende begreber, der bruges som redskab til at strukturere det empiriske materiale. Teorierne modificeres i processen som følge af den empiriske viden, og der er dermed tale om en vekselvirkning mellem teori og empiri hvor begge er gensidigt modificerende [Jacobsen 2007: 249-285]. Den adaptive teori og dennes grundprincipper uddybes i afsnit 2.1.2. hvor specialets metodiske tilgang beskrives. I afsnit 2 beskrives også specialets yderligere metodiske overvejelser, såsom den overordnede metodiske tilgang, det videnskabsteoretiske standpunkt, datagrundlag samt metodiske overvejelser omkring de kvalitative interviews. Interviewguide samt en præsentation af informanterne er at finde i specialets bilag. Det valgte teoretiske materiale beskrives i afsnit 3.

## 2. Metode

---

### 2.1. Overordnet metodisk tilgang

---

Dette speciale er som nævnt hovedsageligt et kvalitativt speciale med afsæt i viden genereret fra kvalitative interviews. Årsagen til dette tydeliggøres i nedenstående citat fra bogen Håndværk og Horisonter:

*”Hvorfor er det kvalitative arbejde overhovedet så vigtigt? Efter vores mening er det kvalitative arbejde vigtigt, fordi det tilbyder en mulighed for at gå i dybden, for at spotte nuancer og detaljer i et virvar af menneskelig aktivitet og for at iagttage det menneskelige på nært og intimt hold”. Antoft et. al 2007: 11.*

Netop ønsket om at gå i dybden med et givent emne og derved opnå en større indsigt i det specielle og unikke via fokus på detaljer er hovedårsagen til at der i dette speciale arbejdes kvalitativt. I specialet arbejdes der ud fra den adaptive teoris grundprincipper. Der er tale om anvendelse af en modificeret adaptiv teori, idet den forskningsmæssige tilgang anvendes, men hvor den adaptive tilgang bygger på en overordnet kritisk realistisk tilgang, vil dette speciale bygge på en overordnet hermeneutisk og fænomenologisk tilgang. Den adaptive teori og dens grundprincipper beskrives i afsnit 2.1.2. og den hermeneutiske samt den fænomenologiske tilgang beskrives i afsnit 2.1.1.

Overordnet set er det ikke specialets formål at generere viden, der kan generaliseres ud over specialets egen empiri, i form af en statistisk generalisering. Det er derimod muligt at foretage en teoretisk og analytisk generalisering, hvor de empiriske fund sammenholdes med relevant teori og via analysen opstår muligheden for at foretage en generalisering der rækker udover dette speciales empiriske grundlag [de Vaus 2007:237]. Dette kunne være til andre tilfælde med samme lidelse eller andre tilsvarende lidelser, som også er fysisk skjulte på trods af deres alvor.

#### 2.1.1. Videnskabsteoretisk standpunkt

---

Dette speciale bygger på et ønske om at forstå samt at fortolke informanternes fortællinger. Specialet bygger derfor på en hermeneutisk grundtanke om forståelse som forudsætning for at opnå viden. Denne viden opnås blandt andet ved en veksling mellem del og helhed, også kaldet den hermeneutiske cirkel. Her fortolkes de enkelte dele i forhold til det samlede billede, som igen fortolkes i forhold til de enkelte dele. Forståelsen af det empiriske materiale opnås ved en vekselvirkning mellem fokus på de

enkelte dele af fortællingen og det samlede empiriske materiale. Der opnås løbende en større forståelse for det valgte genstandsfelt, og det øges hver gang man veksler mellem del og helhed, hvilket munder ud i en dybere forståelse for det empiriske materiale end muligt uden denne vekselvirkning. Den opnåede forståelse afhænger af fortolkerens forståelseshorisont. Med dette menes at man som forsker er styret af sin egen mulighed for forståelse som er dybt personlig og et produkt af egne personlige livserfaringer. Dette giver en forståelsesramme som danner betingelserne for, hvorledes man som individ skaber viden og fortolker denne viden. Denne forståelseshorisont er dermed afgørende for hvilke spørgsmål jeg som interviewer stiller informanter, samt hvorledes jeg vælger at tolke de indkomne svar. Forståelseshorisonten består også af det teoretiske udgangspunkt jeg har inden jeg begiver mig ud i feltet. Den udvalgte teori bliver derved en del af min forståelseshorisont og præger både dataindsamlingen samt behandlingen af det empiriske materiale. Derfor er min og informanternes forståelseshorisont altafgørende for det empiriske materiale og dermed den videre analyse [Langergaard et al 2006: 126-129].

For at være i stand til at forstå og fortolke informanternes fortællinger finder jeg det relevant først at beskrive informanternes subjektive fortællinger. Derved bygger dette speciale ikke blot på en hermeneutisk og fortolkende tilgang men også på en fænomenologisk og mere beskrivende tilgang. Formålet er at undersøge den sociale virkelighed som den erfares af informanterne, og derved få et indblik i deres livsverden for bedre at kunne forstå deres fortælling [Langergaard et al 2006: 123-125]. For at kunne afdække hvad der for informanterne er meningsfuldt og væsentligt i deres fortælling, er det nødvendigt at antage informantens synspunkt og derved opnå et større indblik i deres livsverden. Sociale handlinger er, ifølge fænomenologien, baseret på det meningsskabende og derfor er det væsentligt at have fokus på det meningsfulde for informanterne [Bryman 2004: 13-16]. Ved en kombination af beskrivelse og fortolkning af informanternes fortællinger opnås der et større indblik i fortællingerne hvilket danner grundlag for en analyse, der giver et fyldestgørende indblik i informanternes oplevelser. Den overordnede analysetilgang beskrives i det følgende afsnit.

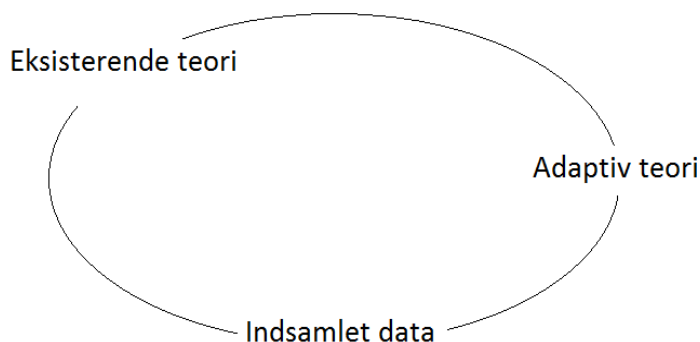
### 2.1.2. Metodologi og analysetilgang

---

Specialet bygger blandt andet på en hermeneutisk grundtanke med fokus på forståelse og indsigt i den enkelte informants fortælling. Dette opnås ved at anvende den adaptive teoris grundprincipper som bygger på den grundtanke, at teori adapteres til virkeligheden samt at virkeligheden adapteres til teorien. Med dette forstås at teori og empiriindsamling foregår i en vekselvirkning, således at det teoretiske udgangspunkt i specialet ikke er styrende for dataindsamlingen, men det er med til at forme indsamlingen og igen er det teoretiske udgangspunkt genstand for tilpasning som følge af det

indsamlede empiriske materiale. Den adaptive teori anvendes i specialet som et redskab, der bidrager til at strukturere selve forskningsprocessen og give en metodologisk ramme for specialet, der gør det muligt at teoretisere over det indsamlede empiriske materiale [Jacobsen 2007: 261-267].

Hovedtanken bag den adaptive teori er sammentænkning af dualiteter og dermed et opgør med de klassiske opdelinger af induktion-deduktion, struktur-aktør og lignende dualiteter. Formålet med denne tilgang er, at en vekselvirkning mellem teori og empiri i højere grad gør det muligt at indfange den sociale virkeligheds kompleksitet. Den adaptive teori udfordrer dermed skellet mellem teoretisk og empirisk funderet forskning, og muliggør en vekselvirkning mellem den deduktive og den induktive tilgang [Layder 1998: 5]. Man søger at opnå ny viden ved at videreudvikle på teoretiske begreber, snarere end at teste disse teorier. Den udvalgte teori bliver tilpasset det empiriske materiale, som igen ændrer karakter ved inddragelse af den udvalgte teori. Der er derved tale om cirkulære læringsprocesser, der kontinuerligt forandrer og bidrager til det endelige produkt som det ses i nedenstående figur [Layder 1998: 42].



Figur 1 [Layder 1998: 167].

Figuren tydeliggør vekselvirkningen mellem egen indsamlet empiri, den adaptive teori samt eksisterende teori. Denne type læringsproces stemmer godt overens med specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt, hermeneutikken og dens cirkulære læringsproces i form af den hermeneutiske cirkel.

De udvalgte teorier kan inddrages i forskningen i form af orienterende begreber, som fungerer som pejlemærker i forskningen. Disse begreber sammenholdes med eget empirisk materiale, for derved at generere ny viden. I dette speciale vil de orienterende begreber stamme fra udvalgte teorier, men disse begreber kunne også stamme fra f.eks. film, bøger, blade osv.

Den adaptive teoretiske tilgang bygger på en kritisk realistisk videnskabsteoretisk baggrund, hvor man antager at der eksisterer en objektiv verden og at denne verden eksisterer uafhængigt af vores erfaring af denne. Som nævnt vil der i specialet blive anvendt en modificeret adaptiv teoretisk tilgang, idet specialet i højere grad hviler på en hermeneutisk og fænomenologisk videnskabsteoretisk tilgang fremfor den adaptive teoris kritisk realistiske tilgang.

## 2.2. Datagrundlag

---

Statistik og data vedrørende antallet af bulimikere er efter henvisning fra Danmarks Statistik, udtaget fra Landsforeningen mod Spiseforstyrrelses hjemmeside. Danmarks Statistik har ingen opgørelser over spiseforstyrrelser og på de henviste hjemmesider findes der kun sparsomme statistiske oplysninger. Da dette speciale primært er kvalitativt funderet, anvendes de givne data over sygdommens statistiske omfang som en indikator for fænomenets omfang og til at give et billede af udviklingen og fremkomsten af fænomenet. Hvorvidt disse data er retvisende, set i forhold til de faktiske forhold, kan jeg kun gisne om men faktum er, at mange lever med sygdommen i det skjulte og data på området må derfor i et vist omfang bero på skøn. Da dette speciale bygger på den enkelte kvindes historie og hermed en kvalitativ tilgang, vil disse mangler dog ikke påvirke specialet direkte. Data er som nævnt inddraget med det formål at give en kontekst og sætte fænomenet i en samfundsmæssig ramme for at give en bedre forståelse af sygdommen.

## 2.3. Interview

---

Hovedparten af specialets empiriske grundlag er seks kvalitative interviews med personer, der har lidt af bulimi. Interviewene er foretaget ansigt til ansigt og informanterne valgte selv hvor interviewene skulle foretages. En beskrivelse af disse interviews er placeret i specialets bilag. Interviewene er foretaget på baggrund af en interviewguide, med specificering af de valgte forsknings- og interviewspørgsmål og denne er også placeret i specialets bilag. Efterfølgende er interviewene transskriberet og anonymiseret. Informanterne er i transskriberingerne og i specialet givet kodenavne, der giver læseren et kort overblik over den enkeltes historie. Kodenavnet består af et opdigtet kvindenavn og i parentes kvindens alder og det antal år hun har lidt af bulimi. F.eks. Anna(35, 7).

I det følgende afsnit vil udvælgelsen af informanter blive beskrevet, herunder hvilke udvælgelseskrav, der har gjort sig gældende, samt hvilke samplingsmetoder, der er anvendt i processen.

### 2.3.1. Krav til informanter

---

Under udvælgelsen af informanter har jeg valgt at følge Sundhedsstyrelsens diagnostiske krav til sygdommen, altså udvalgt personer med kompenserende adfærd minimum 2 gange om ugen over en periode på mindst 3 måneder [sst.dk,4]. Et andet krav under udvælgelsen af informanter har været, at de ikke længere lider af bulimi. Fokus i specialet er en sociologisk analyse af fænomenet bulimi og jeg har ikke den faglige kompetence til at håndtere personer, der lider af bulimi eller befinder sig i et behandlingsforløb. Interviewsituationen skal ikke fungere som en terapeutisk samtale og jeg ville finde det for skrøbeligt at interviewe personer i den svære periode omkring aktiv sygdom og behandling af denne. Målet med interviewene er at indsamle viden, modsat en terapeutisk samtale, hvor formålet er personlig forandring og/eller overvindelse af sin sygdom [Kvale og Brinkman 2008: 59-60].

Da de udvalgte informanter ikke længere lider af bulimi vil de have et retrospektivt syn på deres fortid, så de vil videregive deres personlige minder om sygdommen. Det medfører en risiko for at informanterne ikke gengiver forløbet i overensstemmelse med det faktiske forløb. De kan have glemt præcise detaljer omkring deres forløb og de kan have modificeret minderne i et forsøg på, at give deres forløb mening. Fokus i analysen bliver informanternes fortællinger, uanset den faktuelle rigtighed af disse fortællinger. Det væsentlige er, at de fortællinger informanterne præsenterer under interviewene er deres livsfortællinger som de husker dem og fokus vil være på den mening informanterne tilskriver disse fortællinger.

### 2.3.2. Sampling

---

Informanterne er fundet via henholdsvis snowballsampling, personligt netværk og via opslag på sociale medier, såsom Facebook.

Informanterne er primært fundet gennem snowballsampling ved kontakt til foreninger for personer med spiseforstyrrelser. Her har en gatekeeper i form af en ejer eller ansat i foreningen formidlet kontakten til interesserede medlemmer. Derved har foreningen bevaret deres tavshedspligt og de interesserede informanter har selv givet tilladelse til, at foreningen har videregivet kontaktoplysninger [Bryman 2004: 100-102].

En anden strategi til at rekruttere informanter har været via sociale medier. Dette har bl.a. foregået via en offentlig statusopdatering på Facebook som er blevet delt af eget netværk og derved har nået ud til mange. Derudover er der blevet sendt beskeder til relevante grupper omhandlende sygdommen; dette



har dog ikke resulteret i henvendelser. Nedenstående er et eksempel på en besked til relevante grupper:

*Hej derude.*

*Jeg er i gang med mit speciale i sociologi og skriver om bulimi og sygdommens påvirkning af sociale interaktioner. Jeg leder efter personer, der tidligere har lidt af bulimi og som kunne tænke sig at blive interviewet. Der vil være tale om ét interview, af ca. 1 times varighed og hvor interviewet finder sted, er helt op til den der interviewes. Jeg kører gerne i hele landet. Alle henvendelser, interviews og behandling af informationer er naturligvis 100 procent anonyme.*

*Håber at nogen derude kunne tænke sig at dele deres historie og hjælpe til at nedbryde tabuerne omkring sygdommen.*

*Kontakt mig gerne enten her på Facebook, pr. mail: XXXXXXX@XXXXXXX eller telefon: XXXXXXXX.*

*Hvis i har spørgsmål er i meget velkomne til at kontakte mig.*

*Mvh. Line*

Dette er et eksempel på et opslag på en relevant gruppe på Facebook, hvor f.eks. spiseforstyrrelser bliver diskuteret. Offentlige statusopdateringer og opslag på andre internetfora, har haft lignende ordlyd.

Den sidste strategi har været anvendelse af personligt netværk, hvor bekendte har forespurgt i deres omgangskreds. Dette har ført til en af informanterne.

Informantgruppen har ikke været let at få adgang til, grundet deres ofte skjulte sygdom og deraf manglende offentliggørelse af deres sygdom. Derudover har emnets følsomme natur medført, at en del potentielle informanter har sprunget fra umiddelbart før et aftalt interview. Et eksempel på dette ses i nedenstående, som er en kopi af en mail, hvor en potentiel informant aflyser dagen før et aftalt interview:

*Hej Line!*

*Er ked af at skrive det, så sent, men jeg bliver nok alligevel nødt til at trække mig tilbage som informant. Min fortid som bulimiker er egentlig ikke noget jeg normalt drøfter - overhovedet. Men da jeg så dit opslag i weekenden (med vidende om, hvor svært det kan*

være at finde informanter til sine opgaver), fik jeg ligesom overbevist mig selv om, at det kunne jeg da sagtens. Nu hvor jeg har tænkt nærmere over det, så nej!! Den del af mit liv, er så mørk og grim, at jeg slet ikke ønsker at involvere den i mit nuværende liv. I modsætning til mange andre psykisk syge, så lever jeg et helt normalt liv, med studie, normal SU og arbejde ved siden af. Det har betydet ALT for mig, at jeg er 100% rask, og lever på præcis samme vilkår som andre studerende.

Samtidig ved jeg godt, at det er mennesker som jeg (der bare tonser derudaf, scorer 11,6 i gennemsnit og får legater af uddannelsesinstitutionen osv.), der burde være med til at nedbryde noget af det stigma der er omkring psykiske sygdomme - at man også godt kan blive enormt ressourcestærk bagefter. Jeg troede kort, at jeg var der nu...men kan mærke at jeg lige skal have lidt mere tid.

Det er jeg rigtig rigtig ked af, men håber du har andre informanter end jeg.

Rigtig meget held og lykke med dit speciale - det er et interessant emne :).

*De venligste hilsner*

Denne mail viser, hvor vanskeligt det kan være at dele personlige erfaringer med spiseforstyrrelser og derved også hvilken problematik, jeg som interviewer har mødt i min søgning efter informanter.

At informanterne primært er fundet via foreninger, personligt netværk og Facebook gør, at personer uden tilknytning til disse ikke har mulighed for at deltage. Dette giver en problematik omkring hvorvidt informantgruppen er repræsentativ for den samlede gruppe af personer med bulimi. Dette har dog ikke den store betydning i specialet da formålet ikke har været at generere statistisk generaliserbar viden [Bryman 2004: 333-335].

### 2.3.3. Interviewers rolle

---

Specialets genstandsfelt kan for informanterne være et meget personligt emne og dette vil jeg have for øje under interviewsituationen. Netop derfor har jeg valgt at starte ud med åbne spørgsmål, da informanten derved får mulighed for at fortælle sin historie i sit eget tempo uden at føle sig presset af en lang række spørgsmål. I interviewsituationen er der per definition tale om en situation med en asymmetrisk magtrelation, hvor interviewer sætter dagsordenen og afgør hvilke spørgsmål der stilles, hvordan samtalen forløber samt hvornår samtalen slutter [Kvale og Brinkman 2008: 51]. I interviewsituationen vil jeg være bevidst om dette asymmetriske magtforhold, og forsøge at gøre interviewsituationen så behagelig for informanten som mulig. Dette vil jeg bl.a. gøre ved at være kropsligt og sprogligt anerkendende, samt at lade informanten bestemme tempoet for interviewet. Jeg er opmærksom på, at emnet er af intim karakter for informanterne og muligvis et emne, der har været skjult i en årrække, som en eventuel følge af frygt for omverdens reaktion. Dette har jeg in mente i interviewsituationen, hvor jeg bestræber mig på at være åben og anerkendende i forhold til informantens fortælling. Jeg er bevidst om emnets sensitive natur og er derfor opmærksom på informantens velbefindende både før, under og efter interviewet. Dette gøres blandt andet ved at være opmærksom på ordlyden af de spørgsmål jeg stiller, og lade informanten selv åbne op for sin fortælling. Derudover er jeg opmærksom på at interviewet grundet dets personlige karakter kan antage form af en terapeutisk samtale, hvorfor jeg er opmærksom på at indlede og afslutte interviewet på en positiv måde, f.eks. ved at sørge for, både inden og efter interviewet, at tale med informanten om andet end blot det givne emne samt at debriefe informanten omkring hvad selve interviewet vil blive anvendt til og spørge ind til hvordan informanten har oplevet selve interviewsituationen [Kvale og Brinkman 2008: 148-150]. Dette indgyder også en form for tillid til mig som forsker og gør det lettere for informanten, at åbne op for den personlige fortælling.

Min status som ung kvindelig interviewer, der selv har lidt af en spiseforstyrrelse, kan også have en påvirkning på selve interviewsituationen. Min egen fortid med spiseforstyrrelser blev informanterne gjort opmærksom på i den indledende kontakt, da jeg havde en formodning om at dette kunne påvirke deres beslutning. Informanterne kan opleve, at det er lettere at åbne op overfor en ung kvindelig interviewer med personlig erfaring med spiseforstyrrelser, end det ville være tilfældet, hvis der var tale om en ældre mandlig interviewer, eller en kvindelig forsker uden personlig erfaring med sygdommen. Grundet emnets personlige karakter har jeg en forventning om at informanterne finder det lettere at åbne op overfor en interviewer, som de føler deler deres forforståelse og derved kan identificere sig med deres situation.

#### 2.3.4. Reliabilitet og validitet

---

I tråd med den hermeneutiske grundtanke i specialet finder jeg det væsentligt, i forhold til informanternes forståelseshorisont, at få et indblik i hvad der for informanterne er meningsfuldt og væsentligt omkring deres fortælling. Jeg arbejder med den antagelse at informanterne i deres fortællinger giver deres fortolkninger af deres livssituation på daværende tidspunkt hvilket indebærer at deres fortælling er en fortolkning af deres erfaringer. Jeg forholder mig ikke til hvorvidt disse fortællinger stemmer overens med de faktiske begivenheder eller ej, idet jeg vælger at basere min analyse direkte på mine informanternes beskrivelser [Gilje og Grimen 2002: 167-171].

Under udformningen af interviewguiden og når disse empiriske data skal analyseres, er det dog vigtigt at forholde sig til kvaliteten af de indsamlede data. To markører, der kan anvendes i forhold til at sikre kvaliteten af de indsamlede data samt behandlingen af dette, er reliabilitet og validitet.

Reliabilitet henviser til den indsamlede videns pålidelighed, og derved hvorvidt undersøgelsen kan gentages med samme resultat. Dette er dog nærmest umuligt med viden indsamlet via en kvalitativ tilgang, og der anvendes herfor anderledes parametre til at sikre den indsamlede videns pålidelighed. Reliabilitet vurderes via begreberne; ekstern og intern reliabilitet:

Ekstern reliabilitet henviser til hvorvidt et studie kan gentages med samme resultat. Dette giver visse udfordringer for et kvalitativt studie, som nærværende speciale, idet data beror på en gengivelse af sociale situationer, fortalt under en interviewsituation, der i høj grad vil være præget af kemien mellem informant og interviewer. Derved vil hver interviewsituation være unik og derfor ikke mulig at genskabe præcist. Ydermere er informanternes fortællinger et resultat af deres specifikke biografiske situationer og derved ikke nødvendigvis sammenlignelige med andres fortællinger. Dog kan problematikken omkring reliabilitet afhjælpes ved en tydelig beskrivelse af interviewers tilgang til feltet da dette kan hjælpe til bedre at kunne genskabe interviewene og derved resultaterne [Bryman 2004: 273].

Intern reliabilitet henviser til tilfælde hvor flere arbejder sammen på et givent projekt og hvorvidt de tolker de empiriske fund på samme vis. Da dette speciale er udarbejdet af én person er der dermed komplet intern reliabilitet.

Validitet henviser til den opnåede videns gyldighed. Viden er relativ, forstået således at det er nødvendigt at kende formålet og omstændighederne forbundet med den opnåede viden. Derfor er det nødvendigt at kende metoden bag indsamlingen af denne viden, for derved at kunne klarlægge, i

hvilken grad og i hvilke tilfælde det er muligt at generalisere denne viden. Vurderingen af den indsamledes videns validitet, vurderes ved hjælp af begreberne; intern, ekstern og økologisk validitet:

Intern validitet omhandler hvorvidt den opnåede viden er i overensstemmelse med den viden, der ønskedes gennem indsamlingen. Med andre ord hvorvidt resultaterne siger noget om det vi tror de siger noget om. I forhold til at sikre den interne validitet, sammenholdes de empiriske fund med de teoretiske generaliseringer de afføder, for at sikre en overensstemmelse herimellem.

Ekstern validitet omhandler hvorvidt de empiriske fund kan generaliseres ud til andre tilfælde og derved om der er mulighed for at foretage en statistisk generalisering. Dette er ofte vanskeligt i kvalitative undersøgelser idet der er tale om et begrænset datamateriale hvori der ønskes en dybere indsigt. Det begrænsede empiriske materiale samt det faktum at informanterne sjældent er fundet ud fra tilfældig udvælgelse gør det svært at sikre en ekstern validitet i kvalitative undersøgelser, herunder nærværende speciale. Dog vil der være mulighed for at foretage en teoretisk generalisering ved at sammenholde det indsamlede empiriske materiale med teori [Bryman 2004: 272-273].

Der tilstræbes en høj grad af økologisk validitet, forstået på den måde, at informanterne skal kunne se sig selv i de fortolkninger af deres fortællinger, der foretages i analysen [Bryman 2004: 29]. Dette er i overensstemmelse med en respektfuld behandling af informanternes fortællinger hvilket også beskrives i det kommende afsnit hvor det yderligere beskrives hvilke hensyn der tages i forhold til bearbejdning af informanternes fortællinger.

### 2.3.5. Samtykke, fortrolighed og anonymisering

---

For informanterne er der, givet specialets emne, tale om meget personlige fortællinger og derfor finder jeg det vigtigt at sikre, at informanterne inden interviewets start er informeret om specialets formål, så de har en realistisk forventning til hvilke typer af spørgsmål, der stilles under interviewet. Derved formindskes risikoen for at der vil opstå ubehagelige situationer for informanterne hvor de ikke har haft mulighed for at forberede sig mentalt på deres fortælling. Inden interviewet gøres informanterne opmærksomme på hvordan interviewet vil foregå og det bliver tydeliggjort at de ikke skal dele mere end de har lyst til i selve situationen. Derudover bliver informanterne gjort opmærksom på, at de til enhver tid har mulighed for at afslutte interviewet samt at de inden interviewet til enhver tid kan vælge at trække sig. Det bliver dermed sikret, at de har givet informeret samtykke og er klar over formålet med interviewet. Derudover bliver de oplyst om at interviewet bliver optaget med henblik på transskribering og at de i denne proces anonymiseres så de ikke er genkendelige i specialet. Navne,

byer og andre private oplysninger, der vil kunne afsløre informantens identitet, anonymiseres, så informanternes fortrolighed bibeholdes [Kvale 2008: 89-91].

## 2.4. Præsentation af informanter

---

I dette afsnit gives en kort præsentation af informanterne, herunder et kort resume af deres interview.

### 2.4.1. Anne(31,7)

---

Anne er 31 år, studerende og bor sammen med sin mand og datter. Hun har altid haft problemer i forhold til mad og hun startede med at udvikle anoreksi, og hun har i forskellige perioder lidt af bulimi, depression og været selvskadende. Hun fortæller at hendes bulimi varede cirka syv år men at der nok har været tale om flere perioder og derfor måske længere. Hun er vokset op i en familie hvor hun i barndommen har været udsat for mange svigt, som hun selv fortæller har medvirket til hendes spiseforstyrrelse samt hendes psykiske lidelse, borderline personlighedsforstyrrelse. Hun ser sig selv som helbredt for spiseforstyrrelsen men fortæller at hun stadig har et anstrengt forhold til krop og mad, og at hun af og til oplever tilbagefald. Anne beskriver det at leve med bulimien som meget skamfuldt og hæmmende i forhold til andre mennesker. Hun beskriver sig selv som relativt social inden sygdommen – dog baseret på relativt overfladiske relationer. Da hendes bulimi startede, var hun stadig social og deltog i sociale arrangementer med og uden mad. Her aftalte hun ofte med sig selv på forhånd at hun kun ville spise en smule mad og kun noget, der var sundt. Det tog dog altid overhånd for hende, og hun endte med at føle at hun overspiste og måtte kaste op. Som hendes bulimi forværredes afskar Anne sig selv fra sociale situationer, og så kun hendes veninder i få timer af gangen - i situationer hvor der ikke blev serveret mad. Hun havde, hvad hun beskriver som madorgier om dagen mens hendes kæreste var på arbejde og disse typer af overspisninger havde hun kun alene. Anne fortæller at de sociale situationer blev svære for hende, da hun følte at hun løj ved at gå ud og kaste maden op. De sociale situationer blev yderligere svære for hende da hun følte sig overvægtig og ikke havde lyst til at andre skulle se hende sådan. Hun er godt klar over i dag at hun nærmere var undervægtig, og at der var tale om et forvrænget billede af hendes egen krop.

Mens Anne led af bulimi var det kun en kæreste, der kendte til hendes sygdom og hun fortalte ham det først meget sent i forløbet. Hun har efterfølgende fortalt det til de fleste af hendes veninder, men hendes forældre kender ikke til Annes fortid med bulimi. Hun frygtede at andre ville have medlidenhed med hende hvis de kendte til hendes sygdom, og at de ville se hende som svag og syg.

#### 2.4.2. Mille(27,4)

---

Mille er 27 år, studerende og bor alene. Hendes spiseforstyrrelse startede med anoreksi og udviklede sig til perioder med bulimi samt selvskadende adfærd og depressioner. Mille udviklede sin spiseforstyrrelse efter en periode på et halvt år hvor hendes mor var meget hjemmefra og dermed ikke havde samme overskud til hende. Hun fortæller at hun inden sygdommen var meget social og at dette ændrede sig da hun blev syg. Her kunne hun ikke rumme at være sammen med andre mennesker, og hun fravalgte derfor sociale situationer, når det var muligt. Hun fortæller at hun mistede sine veninder i den periode og at flere af dem ikke kunne magte at hun var syg. Hendes sygdom var ikke skjult for dem omkring hende, primært på grund af hendes lave vægt. Hun følte at folk stirrede på hende og tænkte at det var fordi hun var tyk, på trods af at hun var meget undervægtig. Hun beskriver at det blev nemmere at skjule sin sygdom da den ændrede sig fra anoreksi til bulimi, idet hun fik en mere normal vægt. Især situationer hvor der var mad involveret var specielt svære for Mille og hun ville helst spise alene. Tog hun til sociale arrangementer hvor der blev serveret mad planlagde hun, at hun ikke måtte spise ret meget men hun endte altid med at overspise og kaste op. Det var svært for hende at være sammen med andre mennesker da hun kun tænkte på at spise og kaste op, og hun følte slet ikke at hun havde noget at snakke med andre mennesker om. Hendes forældre kendte tidligt til hendes sygdom, da hun tabte sig voldsomt og derfor ikke kunne skjule det overfor dem, men hun forsøgte stadig at skjule overspisningerne for dem da hun boede hjemme.

For Mille blev vejen ud af bulimien at hun fik en hund og at hun derigennem fandt den støtte og forståelse hun havde brug for.

#### 2.4.3. Mette(25,3)

---

Mette er 25 år, studerende og bor sammen med sin kæreste som hun venter sit første barn sammen med. Hendes spiseforstyrrelse startede ved, at hun spiste mindre og mindre over en længere periode. Hun var blevet seksuelt misbrugt som barn, og sygdommen begyndte kort efter hun begyndte at dyrke sex med sin kæreste på efterskolen. Hendes ændrede spisemønster og vægt blev dog kommenteret af hendes værelseskammerat på efterskolen og hun begyndte derfor at spise normalt, hvilket dog gjorde at hun fik det psykisk og fysisk dårligt og begyndte at kaste op. Hun fortæller at hun savnede opmærksomhed i den periode, men at hun samtidig ønskede at skjule sin sygdom. På et tidspunkt følte hun behov for at blive opdaget da hun ikke kunne rumme sygdommen længere, og hun begyndte derfor at kaste op på steder og tidspunkter hvor der var risiko for at det kunne blive opdaget. Hun havde dårlig samvittighed over at lyve for dem omkring hende og ønskede derfor at sygdommen blev

opdaget. Hun var bange for at hun ville blive valgt fra hvis hendes sygdom blev opdaget, og at hun ville blive set på og behandlet anderledes. Hun blev opdaget og modtog behandling og kom ud af sygdommen. Den vendte dog tilbage efter et par år og fortsatte ca. 2 år efter det. Mette var meget social inden sygdommen og forblev det også under sygdommen. Hun havde det ikke svært med at være sammen med andre, men fandt det udfordrende at sikre at sygdommen forblev skjult. Hun sørgede derfor for at undgå at spise sammen med andre så vidt muligt – f.eks. ved at lyve og sige at hun havde spist hjemmefra. Hun fortæller at de sværeste situationer var når hun tilbragte hele dage sammen med de samme mennesker, eller når hun befandt sig alene med blot en veninde, da der dermed var mere fokus på hendes måltider og toiletbesøg. Hun begyndte at ryge for at skjule sin sygdom, da rygningen gav hende naturlige pauser efter et måltid, og hun kunne derfor kaste op uden at nogen tænkte over hvor længe hun var væk. Hun valgte selv at fortælle sin kæreste om sin sygdom, men ville gerne holde det skjult overfor sine veninder og hendes forældre. Hun følte det var sikkert at fortælle kæresten det, idet hun lige havde lært ham at kende og derfor ikke havde noget at miste ved at fortælle ham det. Hun fandt det nemmere at være sammen med ham efter han vidste det da hun ikke skulle lyve overfor ham. Mettes forældre opdagede hendes første sygdomsperiode som hun også modtog behandling for, men da hun blev syg anden gang valgte Mette at holde det skjult for dem. Hun fortalte hendes nære veninder om sygdommen da hun var blevet rask, men hendes forældre kender stadig ikke til hendes fulde fortid med bulimien.

#### 2.4.4. Else(50,4)

---

Else er 50 år, psykoterapeut og bor sammen med sin datter. Elses bulimi startede med at hun følte hun var for tyk og ønskede at tabe sig og hun udviklede derfor anoreksi. Efter en periode med anoreksi kunne hun ikke lade være med at spise, og hun begyndte at kaste op efter sine måltider. Hun havde aldrig hørt om bulimi før og fortæller at hun troede at hun opfandt ideen om at kaste op for at undgå at tage på. Hun beskriver hvordan hun følte sig høj efter at have kastet op, og samtidig anså hun det som ulækkert at spise og skammede sig over sine overspisninger. Hun overspiste kun når hun var alene hjemme eller hjemme ved sine forældre, og hun anså det som noget meget privat. Hun fortæller, at hun var nødt til at overspise ved sine forældre, da hun ellers ikke ville kunne holde ud at være sammen med dem, men at de aldrig opdagede noget da de selv er overspisere og ikke bevidste nok til at ville opdage det. Hun fortæller at hun er vokset op i en familie hvor man ikke taler om sine følelser, og at hun aldrig tidligere havde følt sig forstået og accepteret. Hun fortæller hvordan hun en dag fandt en bog på biblioteket omkring bulimi og fik herefter en følelse af ikke at være alene - en følelse hun ellers altid havde haft.



Udadtil forsøgte Else at skjule at der var noget galt ved at forsøge at passe ind i mængden, og hun beskriver hvordan hun på arbejde begyndte at bruge sminke og gå i samme type tøj som de andre - på trods af at hun beskriver sig selv som en gammel hippie, som aldrig har brugt sminke eller gået i tøj som alle andre. Hun fortæller at hun forsøgte at være pæn udadtil for at skjule hendes indre. Derudover fortæller hun hvordan hun forsøgte at skjule sin bulimi ved aldrig at handle det samme sted to dage i træk. Hun var bange for at folk ville se hende som klam, væmmelig eller beskidt, og at folk ville holde op med at snakke med hende og udstøde hende.

Else har aldrig fundet sociale relationer lette og i perioden hvor hun led af bulimi isolerede hun sig så meget hun kunne. Hun så kun familien til højtider og udover dette passede hun sit arbejde. Hun havde en enkelt ven hun kunne se; han kendte ikke til hendes bulimi men hun følte sig tryk i hans selskab. Ingen kendte til hendes sygdom før hen mod slutningen hvor hun fandt et fælleskab i form af en forening hvor hun mødte andre med spiseforstyrrelser. Mødet med foreningen var meget positivt for hende og hun fortæller at hun følte at hun fandt sig selv gennem den forening og at hun følte sig tryk og godt tilpas. Hun fortæller at hun via den forståelse hun mødte der, formåede at arbejde sig ud af bulimien.

#### 2.4.5. Amalie(18,4)

---

Amalie er 18 år og bor i et bofællesskab. Hun har altid følt, at hun har vejet lidt for meget som barn, og hun fik kommentarer omkring hendes vægt i skolen. Hun beskriver at hun altid har lidt af socialfobi og derved har haft det svært ved at være sammen med andre mennesker. Var hun sammen med andre mennesker sad hun som regel for sig selv og undgik så vidt muligt de andre. Udover at lide af bulimi, har Amalie også haft perioder med anoreksi samt selvskade, både i form af cutting<sup>4</sup> og trikotillomani<sup>5</sup>. Hun led af dårligt selvværd i den periode hun led af spiseforstyrrelsen, og hun var meget optaget af hvad andre tænkte om hende. Dette viste sig ved at hun brugte lang tid på sit udseende og sørgede for altid at suge maven ind og altid have en rank holdning. Hun beskriver, at det især var hendes mor hun ønskede at fremstå perfekt overfor. Hun fortæller hvordan hun i sin barndom ofte følte at hun ikke var god nok i hendes mors øjne, og at ønsket om at være perfekt førte til hendes spiseforstyrrelse. Amalie havde under sin sygdom et stort behov for et fællesskab og fandt derfor en veninde, der ville deltage i hendes sulstekur. Da veninden sprang fra, søgte hun dette fællesskab på internetforums hvor de støttede hinanden i deres spiseforstyrrelser. Dette gav, ifølge Amalie, en følelse af accept og

---

<sup>4</sup> Det fænomen, at en person skærer sig selv med f.eks. et barberblad eller noget andet skarpt [www.denstoredanske.dk]

<sup>5</sup> Lidelse kendetegnet ved betydeligt hårtab som følge af gentagen manglende kontrol over impulsen til at trække hår ud [www.sundhed.dk,2]

*anerkendelse* og samtidig en gejst til at fortsætte sygdommen. Amalie ønskede at holde sin spiseforstyrrelse skjult, idet hun skammede sig over sygdommen, men ønskede samtidig at hendes omgivelser ville se hvor dårligt hun havde det. Når hun havde kastet op sørgede hun altid for at toilettet var rent, og bagefter sprøjtede hun rummet med parfume så der ikke lugtede af opkast. Hun fortæller at hun til sidst ønskede at hendes mor opdagede hendes bulimi og derfor lod en rest af opkast sidde i sit hår. Det blev dog ikke opdaget, og det var Amalie selv, der delte hendes sygdom med nogle drenge fra skolen. De fortalte det dog videre, hvilket resulterede i at skoleinspektøren kontaktede Amalies mor. Hun kom derefter på antidepressiv medicin og begyndte ved en psykolog, hvilket blev vejen ud af spiseforstyrrelsen for Amalie.

#### 2.4.6. Lotte(34,10)

---

Lotte er 34 år og bor sammen med sin kæreste og deres søn, og hun venter deres andet barn. Lottes bulimi startede da hun var cirka 15 år, men der gik mange år før hun indså at det var et problem. Hun fortæller at sygdommen stammer fra følelser hun fik ved at blive storesøster i en alder af 5 år. Hun følte sig ikke klar til at blive storesøster, og hun ønskede ikke at være "den store". Denne følelse af at være stor, fulgte hende fremover og medførte, at hun altid følte sig for stor og klodset. Hun var cirka 22 år da hun blev bevidst om alvoren af hendes sygdom og overvejede at søge hjælp. Hun spillede på daværende tidspunkt håndbold på højt plan og brugte derfor meget energi på at få hendes spiseforstyrrelse til at have mindst mulig indvirkning på hendes sport. En stor del af Lottes kompenserende adfærd bestod i overtræning. Hun fortæller at hun spiste relativt normalt i selskab med andre, og at dette blev kompenseret for via intens træning. Når hun var alene, overspiste hun og kastede op. Dette kunne dog også ske i selskab med andre hvis hun spiste mere end hun havde planlagt på forhånd. Når Lotte var i selskab med andre brugte hun meget energi på at overbevise dem om at hun ikke havde et problem med mad. Det kunne f.eks. være ved at fortælle om hvor meget hun havde spist hjemmefra. Hun skjulte sin sygdom ved f.eks. at komme senere til fester efter de andre havde spist eller ved at undskylde sin manglende spisning med at hun ikke kunne lide bestemte madvarer. Hun ønskede at holde sygdommen skjult og derfor var hun meget omhyggelig med ikke at blive opdaget når hun kastede op eller overspiste. Hun beskriver sig selv som meget social og glad for fester, så for Lotte var hendes sygdom ikke noget der forhindrede hende i at være social, med det gav hende nogle udfordringer i forbindelse med at skjule bulimien. Hun oplevede dog også perioder med selvvalgt isolation på grund af spiseforstyrrelsen da hun ikke kunne overskue andet end sin sygdom. Hun beskriver hvordan hun oplevede det som en befrielse at hun i en periode havde en kæreste som hun boede sammen med idet hun så sig nødsaget til at undgå overspisninger mens han var hjemme.

Hun fortæller at hendes relationer var overfladiske, og at hun ikke lukkede nogen helt ind. Dette begrunder hun med, at hun ikke følte hun selv var lukket helt ind i sit eget liv, og at dette var årsagen til at hun kunne benægte sin egen spiseforstyrrelse i flere år. Hun fortæller at hun skammede sig over sin spiseforstyrrelse, og at hun ønskede at hun havde fået anoreksi i stedet for. Hun anså bulimi som mere skamfyldt på grund af det ukontrollerbare i både overspisningen og opkastningerne.

Lotte valgte først at indvie andre i hendes spiseforstyrrelse da hun som cirka 22-årig starter i terapi. Her fortæller hun sin kæreste, sine forældre og nogle få veninder om hendes spiseforstyrrelse og fortæller at hun løj omkring hvor langt i helbredelsesprocessen hun var. Hun fortæller at hendes forældre var de sværeste at fortælle om sygdommen. Hun var bange for at tabe ansigt overfor dem og ønskede at skåne dem. Som led i hendes terapi fokuserer Lotte meget på portionsstørrelse og ender med at udvikle anoreksi i en periode.

## 2.5. Analysestrategi

---

I dette afsnit vil den overordnede strategi for analysen blive beskrevet. Analysen baseres på det indsamlede empiriske materiale, som er et produkt af den metodiske tilgang samt interviewguiden, og materialet belyses ud fra de orienterende begreber.

Analysen inddeles i temaer understøttet af de orienterende begreber, og informanternes fortællinger analyseres under hvert punkt i det omfang deres fortællinger er relevante i forhold til det givne analysetema.

Under hvert analysetema vil der være en opsummering hvor de enkelte informanter kort sammenlignes.

### 2.5.1. Analysetemaer

---

Igennem informanternes fortællinger og på baggrund af de orienterende begreber, er disse analysetemaer udvalgt som de temaer der er gennemgående i fortællingerne og dermed relevante at inddrage i analysen. Der er dermed tale om både induktive og deduktive elementer i udformningen af disse analysetemaer, idet de er udvundet fra de teoretiske overvejelser, der lå til grund for indsamlingen af det empiriske materiale men også som følge af det empiriske materiale og dermed informanternes fortællinger.

#### 2.5.1.1. Erkendelse

---

I analysetemaet *erkendelse* fokuseres der på informanternes erkendelsesniveau i forhold til deres spiseforstyrrelse. Temaet er udsprunget som følge af det empiriske materiale, idet flere af informanterne omtaler denne erkendelse som afgørende for deres sygdomsforløb og valget om hemmeligholdelse af deres sygdom. Set i forhold til specialets orienterende begreber, er især begrebet vedrørende *identitet* relevant i forhold til dette analysetema, idet informanternes identitetsfølelse har stor indvirkning på deres erkendelsesniveau. Det orienterende begreb *identitet* beskrives i afsnit 3.3.

#### 2.5.1.2. Selvbillede

---

Temaet, *selvbillede* er udvundet fra det empiriske materiale, idet det er et gennemgående tema blandt informanterne. De fortæller alle hvorledes deres selvbillede under deres sygdomsforløb har haft stor indvirkning på deres sociale liv og derfor bliver dette et relevant tema i analysen. Dette tema relaterer sig primært til de orienterende begreber omkring *selvrepræsentation* og *identitet*, som beskrives i henholdsvis afsnit 3.1. og 3.3, men temaet har afgørende betydning for langt flere af begreberne såsom deres opfattelse af *stigmatisering*, *sceneskræk* og *anerkendelse*, som beskrives i afsnit 3.4, 3.6, og 3.7. Derudover har informanternes selvbillede også stor indvirkning på hvorledes de indtager den sociale scene og dermed også de orienterende begreber *front- og backstage* samt *passing* som beskrives i afsnittene 3.2 samt 3.5.

#### 2.5.1.3. Facade

---

Analysetemaet *facade* er fremkommet som et resultat af det empiriske materiale, da alle informanter fortæller om hvordan de påtager sig en facade når de befinder sig i sociale situationer. Dette gør sig gældende i forskellig grad for alle individer, men for informanterne gælder det at de føler at deres facade er påtaget, og dermed ikke i overensstemmelse med deres *faktiske sociale identitet*. Derfor bliver de orienterende begreber omkring *selvrepræsentation* og *identitet* relevante, og disse beskrives i afsnit 3.1 og 3.3. Som ved det forrige analysetema er også dette tema relevant i forhold til samtlige af de orienterende begreber, som beskrives i afsnit 3.

#### 2.5.1.4. Skam

---

Temaet *skam* er som de foregående primært fremsprunget, som følge af det empiriske materiale, idet samtlige informanter oplever skam i forhold til deres spiseforstyrrelse. Denne skam er for

informanterne medvirkende til en vis grad af hemmeligholdelse af deres sygdom og temaet har derfor en særlig relevans i forhold til de orienterende begreber, der vedrører interaktion med omverdenen: *selvrepræsentation, front- og backstage, stigmatisering, passing, sceneskræk og anerkendelse*.

Begreberne omkring *identitet* og *selvrepræsentation* er også relevante i forhold til dette tema. Alle de orienterende begreber beskrives i afsnit 3.

#### 2.5.1.5. Straf

---

Temaet *straf* er ligeledes opstået som følge af det empiriske materiale, da flere af informanterne nævner hvorledes de føler behov for at straffe sig selv. Informanternes forhold til dette tema er derfor relevant at inddrage i analysen og temaet er relevant i forhold til især det orienterende begreb omkring *identitet*, som bliver beskrevet i afsnit 3.3.

#### 2.5.1.6. Det sociale

---

Temaet, der omhandler *det sociale*, er fremsprunget som følge af samtlige de orienterende begreber; *selvrepræsentation, front- og backstage, identitet, stigmatisering, passing, sceneskræk og anerkendelse*, som alle er beskrevet i afsnit 3. Fokus i dette tema er på hvorvidt informantens sociale liv ændrer karakter under sygdommen og herunder hvordan informanten håndterer sociale situationer. Alle informanter omtaler det sociale og hvordan deres spiseforstyrrelse i forskellig grad påvirker deres interaktion med andre.

#### 2.5.1.7. Måltider

---

I tema *måltider* fokuseres der på måltider og hvordan disse håndteres af informanten - her tænkes især på de situationer hvor måltider foregår blandt andre mennesker men også i de situationer hvor informanten er alene i madsituationen. Igen er analysetemaet opstået som følge af det empiriske materiale da samtlige informanter beskriver disse situationer og ser dem som væsentlige i forhold til deres spiseforstyrrelse men også som følge af det orienterende begreb *front- og backstage* som er beskrevet i afsnit 3.2.

#### 2.5.1.8. Strategier i forhold til at skjule sygdommen

---

Dette analysetema vil belyse de konkrete måder hvorpå informanten har skjult sin sygdom. Temaet bygger på antagelser fra de orienterende begreber om *selvrepræsentation*, som er beskrevet i afsnit 3.1, og *front- og backstage*, som er beskrevet i afsnit 3.2. Derudover udspringer dette analysetema også

af det empiriske materiale, da alle informanter i varierende grad har benyttet sig af forskellige strategier i forhold til hemmeligholdelse af deres spiseforstyrrelse.

#### *2.5.1.9. Fra skjult til kendt*

---

I dette tema fokuseres der på, hvorvidt sygdommen skifter status fra skjult til kendt og i så fald, om det er informanten selv, der vælger at fortælle om sin sygdom, eller om det bliver opdaget. Dette tema udspringer dels af de orienterende begreber *selvrepræsentation, identitet, stigmatisering og passing* som beskrives i afsnittene 3.1, 3.3, 3.4, og 3.5 og derudover også af informanternes fortællinger da det er et tema de alle har belyst under deres interview.

#### *2.5.1.10. Anerkendelse*

---

Analysetemaet *anerkendelse* sætter fokus på hvem informanten har haft tillid til og hvorvidt det har haft betydning i forhold til at fortælle om sygdommen, såfremt sygdommen ikke er forblevet skjult. Dette tema udspringer ligeledes af både det empiriske materiale samt af det orienterende begreb om *anerkendelse* som beskrives i afsnit 3.7.

#### *2.5.1.11. Identifikation*

---

Analysetemaet identifikation er som de øvrige temaer både et resultat af de orienterende begreber og det empiriske materiale. Fokus er på hvorvidt informanten har følt behov for at kunne identificere sig med andre, der også har lidt af bulimi, og derfor har søgt fællesskaber hvor de kunne identificere sig med andre spiseforstyrrede. Det er det orienterende begreb om *anerkendelse*, som beskrives i afsnit 3.7, der har ansporet dette analysetema.

Som nævnt er de valgte analysetemaer blandt andet udformet på baggrund af de orienterende begreber, som stammer fra den udvalgte teori. Den valgte teori og disse orienterende begreber beskrives i det følgende afsnit.

### 3. Teori

---

I dette afsnit beskrives de teoretiske begreber, der anvendes i specialet. Disse begreber vil fungere som orienterende begreber, og anvendes i analysen for at skabe en bedre forståelse, af både det empiriske materiale men også af genstandsfeltet generelt.

De teoretiske begreber er udvalgt, da de hver især har potentiale til at bidrage til en bedre forståelse af emnet, og hensigten er at de skal supplere hinanden; forstået sådan at alle begreber fungerer supplerende og til tider delvist overlapper hinanden. Formålet er at skabe en teoretisk forståelsesramme, der kan give det empiriske materiale en forklaringskraft, som ligger udover materialet i sig selv.

Specialets fokus vil være på de situationer hvor bulimikeren vælger at indgå i sociale interaktioner på trods af eventuel frygt for en afsløring af deres sygdom. Her finder jeg det relevant at inddrage Erving Goffmans teoretiske begreb om *front- og backstage*. Dette begreb er en del af Goffmans teori omkring samhandling i hverdagen. Han beskriver med dramaturgiske metaforer hvordan vi agerer i sociale situationer, og ifølge Goffmans optik spiller vi alle roller i hverdagen som led i vores *selvrepræsentation* og her beskriver begreberne *front- og backstage* den scene hvorpå disse roller udspiller sig. Goffmans teori *selvrepræsentation* vil beskrives i afsnit 3.1 og begreberne *front- og backstage* beskrives i afsnit 3.2.

Som nævnt i indledningen er antallet af bulimikere i Danmark i høj grad baseret på et skøn, idet mange vælger at leve i det skjulte med deres sygdom. Årsagerne til at sygdommen ønskes skjult kan være mange, men jeg antager at en del af denne forklaring kan være at den lidende frygter at blive *stigmatiseret* som følge af deres *identitet* som bulimiker. Goffmans teori om individets *identitet* vil beskrives i afsnit 3.3 og hans teoretiske begreb *stigmatisering* beskrives i afsnit 3.4.

Frygten for *stigmatisering* kan føre til at bulimikeren vælger at forsøge at skjule sin sygdom, hvilket kan gøres ved at forsøge at *passere* som rask. Derved undgår bulimikeren at blive konfronteret med sin sygdom og risikere *stigmatisering*. Goffmans begreb *passing* beskrives i afsnit 3.5.

I tråd med Goffmans teorier omkring rollespil i hverdagen, taler Stanford M. Lyman og Marvin B. Scott om *sceneskræk*; et begreb som for dem henviser til en frygt for at indtage den sociale scene. Frygten sammenligner Lyman og Scott med Goffmans begreb *forlegenhed*, idet de deler samme ubehagelige fysiske kendetegn såsom rødmen, famlen, stammen, uregelmæssig stemmeføring m.m. I tilfældet med bulimikere kan man antage at de har en forventning om at visse sociale interaktioner medfører en

risiko for afsløring af deres sygdom, og at denne forventning om afsløring kan skabe *sceneskræk*. Lyman og Scotts begreb *sceneskræk* beskrives i afsnit 3.6.

*Sceneskræk* og frygt for *stigmatisering* kan tænkes at stamme fra et grundlæggende behov for *anerkendelse*. Ifølge Axel Honneth er det essentielt for mennesket at opnå *anerkendelse* for at opbygge selvtillid, selvagtelse og selv værdsættelse [Honneth 2009: 14-15]. Honneths begreb om *anerkendelse* beskrives i afsnit 3.7.

### 3.1. Selvrepræsentation

---

Goffman lægger vægt på mikrosociologien med særlig fokus på interaktion og interaktioners indflydelse på den enkeltes identitetsdannelse. I forbindelse med dannelsen og opretholdelsen af identiteten lægger Goffman stor vægt på den sociale kontekst og de specifikke sociale situationer, hvori disse interaktioner udspiller sig [Jacobsen og Kristiansen 2004: 9-29]. Goffman er derfor relevant at inddrage for at opnå en bedre forståelse af de sociale interaktioner bulimikere vælger eller fravælger. Han anvender en teatermetafor i sin beskrivelse af samhandlingsordenen i det moderne samfund. Ifølge Goffman er det altid formålet at fremstå bedst muligt i sociale interaktioner, og dette opnås ved at forsøge at styre de indtryk man efterlader andre med i sociale interaktioner [Goffman 1959: 18]. I de sociale interaktioner arbejder begge parter, ifølge Goffman, på at skaffe information om den anden for at tydeliggøre den anden via stereotyper og dermed bedre kunne forudsige den andens adfærd [Goffman 1959: 13]. I mødet med andre har man, ifølge Goffman, mulighed for at påvirke hinandens handlinger og de sociale interaktioner er dermed et produkt af den konkrete sociale kontekst [Goffman 1992: 22]. Goffman beskriver hvorledes kommunikationen i de sociale interaktioner finder sted ved, at den enkelte bevidst giver signaler og stimuli samt ubevidst afgiver signaler og stimuli [Goffman 1992: 13]. Disse forsøges styret via *indtryksstyrning*, både for at fremstå bedst muligt i mødet med andre, men også for at opretholde den sociale interaktion og undgå sammenbrud som følge af pinlige situationer. Dette gøres ved i høj grad at forsøge at bibeholde ens egen og den andens definition af situationen, og derved undgå sammenbrud i interaktionen [Goffman 1959:24-25].

Set i forhold til informanterne i dette speciale, vil det være relevant at afdække deres *indtryksstyrning* i mødet med andre og se hvorvidt deres sygdom giver anledning til en anderledes form for *indtryksstyrning* end personer, der ikke lider af sygdommen. Man kan forestille sig, at informanterne er meget bevidste omkring de signaler og stimuli de udsender i sociale situationer, især hvis de ønsker at holde deres sygdom skjult.



*Selvrepræsentation* finder i høj grad sted i mødet med den anden og dermed bliver det relevant at inddrage Goffmans begreber *front- og backstage*, som beskriver de forskellige scener hvorpå den sociale interaktion udspiller sig.

### 3.2. Front- og backstage

---

Goffmans begreber *front- og backstage* er en del af hans dramaturgiske teori. Goffman anvender scenen som metafor for vores ageren i det sociale liv og beskriver hvordan vi som individer påtager os bestemte roller når vi befinder os på scenen. Når individet befinder sig på *frontstage* er der dyb koncentration omkring den påtagede rolle og hvilke indtryk man giver andre omkring sin fremtoning. Individet forsøger på bedst mulig vis at agere tilsvarende sin påtagede rolle og efterlade publikum med det bedst mulige indtryk og derved få *passeret* sin påtagede rolle. Ifølge Goffman påtager vi os alle roller i hverdagen og disse kan i højere eller mindre grad være i overensstemmelse med vores autentiske selv. Det altafgørende for hvorvidt vi beholder en given rolle er hvorvidt omgivelserne accepterer den givne rolle. Set i forhold til bulimikere, kan en bulimiker i sociale situationer vælge at påtage sig rollen som rask og dette vil medføre at vedkommende befinder sig på *frontstage* og dermed er meget bevidst om sin ageren og at denne lever op til den givne rolle. Derved kan sociale situationer blive komplicerede, da der kan opstå en følelse af angst for at blive afsløret og en manglende lyst til at befinde sig på *frontstage* og forsøge at *passere* en rolle, der ikke er i overensstemmelse med personens autentiske selv.

Der er tale om et kontinuum, hvor man på den ene side har *frontstage* som er situationer der kræver mere anstrengelse og arbejde, hvorimod *backstage* er situationer hvor individet tillader sig at slappe af og lade op til at være på *frontstage* igen. Når individet befinder sig *backstage* er der en højere grad af naturlighed og mindre anstrengende roller, dog er der stor fare for at blive afsløret. Et eksempel på dette kunne være en bulimiker der befinder sig i eget hjem som overspiser og kaster op. Her vil der være fare for at bulimikeren bliver afsløret i dette, f.eks. ved uanmeldt besøg eller lignende. I interviewsituationen vil jeg spørge ind til forskellige situationer, hvor informanterne har oplevet at føle sig på henholdsvis *front- og backstage*, samt hvilke strategier de anvender når de befinder sig på *frontstage*. Her tænker jeg særligt på hvis de vælger at *passere* som raske og hvilke strategier de her bruger til at overbevise publikum om, at de lever op til rollen som rask, men også på situationer hvor bulimikeren indtager en mere *backstage* præget rolle som bulimiker og dermed en rolle som kræver mindre anstrengende arbejde.

### 3.3. Identitet

---

I specialet fokuseres der på individer, der tidligere har lidt af bulimi, og som tidligere nævnt har deres sygdom som oftest været skjult for omverden. I den forbindelse er det relevant at inddrage Goffmans begreb om *identitet* og her skelner Goffman mellem individets *faktiske sociale identitet* og *tilsyneladende sociale identitet*.

*Den tilsyneladende sociale identitet* omhandler individets omgivers forventninger til de egenskaber individet besidder, og disse forventninger bygger på en kategorisering, der foretages med henblik på at placere individet i en bestemt kategori på baggrund af de forventninger, der findes til individets egenskaber. Der er dermed tale om den *identitet* som individet forventes at besidde udadtil.

*Den faktiske sociale identitet* henviser derimod til de egenskaber som individet faktisk besidder og er dermed en mere retvisende kategorisering af individets *identitet*. Hvis der er uoverensstemmelser mellem de to typer af *identiteter* dannes grobund for en *stigmatisering*, som ikke gør det muligt for individet at opnå en fuld *anerkendelse*. Dette kan føre til et ønske om at hemmeligholde *den faktiske sociale identitet* for ikke at udsætte sig for risikoen for *stigmatisering* [Goffman 1963/2009: 43-45].

Set i forhold til informanterne i dette speciale, kan man forestille sig at de netop oplever en diskrepans imellem deres *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet*, og at dette medfører en hemmeligholdelse af deres *faktiske sociale identitet* for at undgå sociale sanktioner i form af f.eks. *stigmatisering*. Jeg ønsker at belyse hvorvidt informanterne har oplevet en sådan diskrepans imellem deres *faktiske* og *tilsyneladende identiteter*, og hvorledes de har valgt at håndtere en eventuel diskrepans. Goffmans begreb *stigmatisering* beskrives i det følgende afsnit.

### 3.4. Stigmatisering

---

Goffman udviklede sin teori omkring *stigmatisering* som følge af hans teori omkring samhandling. Et af Goffmans begreber som er relevante at inddrage, er begrebet om *stigma*. Ifølge Goffman finder *stigmatisering* sted i sociale situationer når personer findes afvigende. Denne afvigelse kan finde sted i forhold til en persons opførsel, tilstand eller grundlæggende karaktertræk. *Stigmatiseringen* finder sted i sociale situationer, når en person ikke lever op til den gældende norm og *stigmatiseringen* er dermed relativ og afhængig af den specifikke kontekst og det på tidspunktet gældende sociale normsæt [Bo 2008: 108-110]. *Stigmatisering* kan siges at have en dobbeltsidet påvirkning, idet der både kan være tale om påvirkning grundet en direkte oplevelse af *stigmatisering*, men også en påvirkning i form af en forventning om *stigmatisering*.

Ifølge Goffman er der tale om tre forskellige former for *stigmatisering*; *kropslig stigmatisering*, *karaktermæssig stigmatisering* og *slægtsbetinget stigma*.

Den *kropslige stigmatisering* finder sted når en person afviger fysisk fra den gældende norm. Her er altså tale om synlige fysiske karakteristika, som ikke lever op til den normale fysiske fremtoning. I tilfældet med bulimikere er der typisk ikke tale om fysiske karakteristika der afslører sygdommen. Personer med bulimi er ofte normalvægtige modsat anorektikere, der som oftest adskiller sig fra den fysiske norm ved at veje væsentligt mindre end gennemsnittet. Der vil formentlig ikke være tale om at informanterne i dette speciale har oplevet *stigmatisering* i form af en *kropslig stigmatisering*, medmindre deres sygdom har medført et forvrænget kropsbillede så de ser sig selv som over- eller undervægtige.

Den anden type af *stigmatisering* Goffman omtaler er den *karaktermæssige stigmatisering* som kommer til udtryk, når afvigelserne stammer fra personens psykiske egenskaber. Denne form for *stigma* omhandler en række afvigelser, hvor personer i en vis grad har karaktermæssige træk, der ikke stemmer overens med den gængse opfattelse af normen. Disse træk er ikke synlige på samme vis som de kropslige afvigelser, og de kan derfor give den afvigende muligheden for at skjule deres afvigende karaktertræk. Bulimikere falder ind under denne kategori, da sygdommen hverken er en kropslig eller en slægtsbetinget afvigelse, men derimod en karaktermæssig lidelse.

Den tredje form for *stigmatisering* er den slægtsbetingede *stigmatisering*, som bunder i karakteristika, der stammer fra personens ophav enten i form af race, religion eller nationalitet. Denne type af afvigelse kan både være skjult og synlig, men den er som oftest ikke mulig at ændre i et forsøg på at tilpasse sig den gældende norm [Goffman 2004: 43-47].

Jeg ønsker under interviewene at fokusere på de sociale situationer, hvor bulimikeren føler at deres sygdom udfordrer deres involvering i disse. Det kan være situationer hvor bulimikeren frygter for afsløring af deres sygdom og dermed at blive *stigmatiseret* som bulimiker. Det kan også være situationer, hvor bulimikeren indgår i sociale relationer, hvor sygdommen ikke er skjult, hvad enten dette har medført en form for *stigmatisering* eller en accept fra omgivelserne. I specialet inddrages *stigma* som orienterende begreb og begrebet er med til at forme interviewguiden samt til at strukturere analysen. Begrebet opnår relevans i forhold til bulimikere, da der kan der være tale om erfaringer med *stigmatisering* som følge af bulimien, men der kan også være tale om en frygt for *stigmatisering* som påvirker bulimikerens sociale adfærd. En frygt for *stigmatisering* kan medføre isolation eller at bulimikeren vælger at skjule sin sygdom.

Jeg ønsker at afdække hvorvidt informanterne i dette speciale har oplevet *stigmatisering* med hensyn til deres sygdom, og hvorvidt de bevidst har ændret eller tilpasset deres adfærd, på grund af frygt for *stigmatisering*.

### 3.5. Passing

---

Som en del af sin teori omkring rollespil i hverdagen har Goffman defineret begrebet *passing*. Ifølge Goffman påtager individer sig forskellige roller i hverdagen når de er i samspil med andre. De roller, der påtages, skal accepteres af omgivelserne, og man kan hermed *passere* i sin påtagede rolle. Man kan derfor ikke blot vælge frit hvilke roller man spiller i hverdagen da disse skabes i samspil med omverdenen. Hvis man antager at bulimikere ikke ønsker at omverdenen kender til deres sygdom, kan en mulig strategi være at *passere* som rask. Derfor vil bulimikeren i samspillet med andre, forsøge at få accepteret sin rolle som rask ved at skjule sin sygdom og påtage sig rollen som rask. Da denne rolle skabes i samspil med omverdenen, kræver det at rollen accepteres af personerne bulimikeren omgås [Goffman 1992:55].

Bulimikeren udsætter derfor sig selv for risikoen for ikke at få *anerkendt* sin rolle som rask, hvis vedkommende ikke fuldt ud lever op til rollen. Dette kunne være tilfældet hvis bulimikeren valgte at overspise og kaste op i selskab med andre, eller hvis vedkommende valgte aldrig at spise i selskab med andre. Dette ville øge risikoen for at bulimikeren ikke ville *passere* som rask men få tildelt rollen som bulimiker. Under interviewene vil jeg spørge ind til informanternes erfaringer med forskellige roller i hverdagen, og om de har oplevet problematikker omkring at *passere* som rask eller hvorvidt de har påtaget sig rollen som bulimiker.

### 3.6. Sceneskræk

---

I tråd med Goffmans dramaturgiske metaforer omkring rollespil i hverdagen, har Lyman og Scott et begreb omkring *sceneskræk*. Ifølge Lyman og Scott forekommer *sceneskræk* når der opstår en øget bevidsthed omkring ens egne begrænsninger, og denne øgede bevidsthed skaber *sceneskræk*, der fungerer som en barriere mellem det man ønsker og det man kan. De henviser til Goffmans begreb forlegenhed da det indebærer de samme u hensigtsmæssige fysiske kendetegn såsom rødmen, stammen, uregelmæssig stemmeføring o.l. Forskellen mellem Goffmans begreb forlegenhed og deres begreb *sceneskræk* består, ifølge Lyman og Scott, i at forlegenhed opstår spontant når man som individ uventet møder angreb på ens *identitet*. *Sceneskræk* derimod opstår enten ved at individet på forhånd ved at en given situation vil udsætte vedkommende for øget inspektion af sit selv, eller når individet

har en forventning om at der er risiko for at man i en given situation bliver udfordret på en påtaget *identitet* [Lyman og Scott 1989: 69-89].

Ifølge Lyman og Scott er der tale om forskellige håndteringsstrategier i forhold til *sceneskræk*. Den første de nævner, er *øvelse*. Her menes at man via *øvelse* og gentagelse af den handling, der forårsager *sceneskrækken*, kan mindske frygten for ens præstation og dermed *sceneskrækken*. Med hensyn til informanterne i dette speciale ønsker jeg at se hvorvidt de har erfaring med denne strategi. Det kan tænkes at de gennem tiden har *øvet* sig tilstrækkelig på at overbevise omverden om at de er raske, så de ikke på samme måde som tidligere oplever *sceneskræk*. En anden håndteringsstrategi Lyman og Scott lister op er, at gøre opmærksom på sin *sceneskræk* for sine omgivelser for derved at mindske konsekvenserne af denne *sceneskræk*. Som eksempel gives en taler, der starter talen ud med at fortælle hvor nervøs vedkommende er. Dette fordrer dog at omgivelserne kender til bulimikerens sygdom og hvis det er tilfældet kan man antage, at der for bulimikeren ikke ville opstå *sceneskræk*, da der ikke ville være frygt omkring en afsløring af sygdommen. Det kunne dog tænkes at opstå i de situationer, hvor en bulimiker befinder sig i sociale situationer hvor omgivelserne kender til sygdommen, men at bulimikeren ikke ønsker at der spørges ind til sygdommen, eller at vedkommende ikke ønsker at komme under angreb for sin sygdom. Dette vil jeg undersøge under interviewene med informanterne. En tredje håndteringsstrategi er at indgive sig med en moralsk støtteperson i de situationer hvor der opstår *sceneskræk*. Dette kunne være tilfældet for informanterne, og her ønsker jeg at afdække hvorvidt de har benyttet sig af denne håndteringsstrategi. Den fjerde håndteringsstrategi handler om at finde en fysisk genstand til at skjule *sceneskrækken*; det kunne være en genstand, der kunne maskere rystende hænder, eller at sidde ved et bord fremfor at stå blottet foran en forsamling. Jeg ønsker at afdække hvorvidt informanterne har benyttet sig af denne håndteringsstrategi i tilfælde af *sceneskræk*. Den sidste strategi, der nævnes, finder anvendelse når *sceneskrækken* har pacificeret vedkommende i en sådan grad at der opstår handlingslammelse. Her nævnes en person eller genstand som mulighed for at bryde denne situation og få vedkommende tilbage på sporet.

Set i forhold til bulimi kan man forestille sig at en bulimiker oplever *sceneskræk* i de situationer hvor vedkommende ved der er risiko for at blive identificeret som bulimiker. Det kunne tænkes at være situationer hvor der blev serveret mad eller ved tanken om, at modvilje mod at deltage i arrangementer med mad ville blive afsløret som værende grundet bulimien. Dette ønsker jeg at afdække i interviewene og særligt at fokusere på de situationer hvor informanterne har oplevet *sceneskræk* eller eventuelt situationer hvor man kunne forvente en *sceneskræk* uden den opstod.

### 3.7. Anerkendelse

---

Honneth ser det som afgørende for individet at opnå *anerkendelse*. Denne *anerkendelse* gør, ifølge Honneth, det muligt at leve hvad han betegner som "det gode liv" med selvagtelse, selvtillid og selvværdsættelse. *Anerkendelse* er social af karakter da den gives af omverden, men den kan finde sted i tre sfærer: den private sfære, den solidariske sfære og den retslige sfære. Den private sfære er ifølge Honneth den mest betydningsfulde og kendetegnet ved den *anerkendelse*, der opnås blandt de absolut nærmeste. Honneth betegner denne sfære som bestående af de tætteste relationer, såsom nær familie, ægtefællen og nære venner. *Anerkendelse* i denne sfære er afgørende for udviklingen af fundamental tillid og kærlighed, og den er derfor den mest betydningsfulde [Honneth 2009: 14-15]. I forhold til informanterne ønsker jeg at afdække deres erfaringer med *anerkendelse* i den private sfære. Jeg ønsker at se hvorvidt de har valgt at fortælle om deres sygdom til deres nærmeste og deres begrundelser for deres valg. Jeg ønsker at se hvorvidt informanterne finder de sociale interaktioner relateret til deres sygdom anderledes end i de øvrige sfærer og hvorvidt de generelt føler sig *anerkendt* i den private sfære. Deres generelle følelse af *anerkendelse* i denne sfære kan tænkes at have betydning i forhold til deres valg om, hvorvidt de har afsløret deres sygdom eller ej.

Udover den private sfære, omtaler Honneth den solidariske sfære, som henviser til den *anerkendelse*, der finder sted blandt solidariske fællesskaber, såsom blandt arbejdskollegaer, holdkammerater i sportslige fællesskaber og helt generelt i samfundet hvor vi interagerer med individer vi ikke er i tæt relation med. Der kan være tale om flydende grænser mellem de forskellige sfærer da der kan være tætte relationer med f.eks. arbejdskollegaer. I den solidariske sfære kan individet opnå en følelse af samhørighed og en følelse af at være en del af et fællesskab og en positiv bidrager på lige fod med alle andre. Jeg ønsker at se hvorvidt informanterne generelt føler sig *anerkendte* i denne sfære, og hvorvidt de har valgt at afsløre deres sygdom for andre i denne sfære. Der kan være tale om at bulimikeren vælger at tilbageholde information omkring deres sygdom, men at de på alle andre områder af deres liv føler sig *anerkendte*. Der kan også være tale om at sygdommen fylder så meget at bulimikeren ikke føler sig *anerkendt* som helhed enten på grund af dårlige erfaringer med manglende *anerkendelse* af deres sygdom eller en forventning omkring en sådan mangel på *anerkendelse* [Honneth 2009: 14-16].

Den sidste sfære omhandler den *retslige anerkendelse*. I denne sfære opnår individet *anerkendelse* via lovgivningen og individet får via lovgivningen en række handlemuligheder, og en *anerkendelse* vil give en følelse af selvstændighed og *anerkendelse* af ens levevis [Honneth 2009: 16]. Med hensyn til bulimikere er der ikke tale om en mangel på *retslig anerkendelse*, idet der selvsagt ikke er lovgivet imod spiseforstyrrelser. Jeg forventer derfor ikke at informanterne føler en mangel på denne

*anerkendelse*, og det er derfor primært *anerkendelse* i de to øvrige sfærer jeg vil fokusere på under interviewene med informanterne.

De beskrevne teoretiske begreber anvendes i analysen til at give det empiriske materiale en teoretisk ramme, som højner forståelsen af materialet og som fungerer som orienterende begreber. De nævnte begreber inddrages hvor det findes relevant, og de kan være medvirkende til at give det empiriske materiale en forklaringskraft, der ligger ud over det specifikke materiale.

## 4. Analyse

---

I dette afsnit forholder jeg mig analytisk til det indsamlede empiriske materiale i form af informanternes fortællinger. Analysen er struktureret i 11 analysetemaer som primært er dannet på baggrund af informanternes fortællinger; temaerne er beskrevet i afsnit 2.5.1. Under disse analysetemaer analyseres informanternes fortællinger i forhold til de orienterende begreber, der er fremkommet af den eksisterende teori, som er beskrevet i afsnit 3.

### 4.1. Erkendelse

---

Under dette analysetema belyses informanternes erkendelse af deres spiseforstyrrelse. Herunder hvorledes deres erkendelse af spiseforstyrrelsen har haft indflydelse på deres handlemønstre i forhold til deres sygdom. Informanternes erkendelser har for flere af dem vist sig at være vendepunkter, der har haft stor indflydelse på deres videre forløb, og derfor er dette tema inddraget.

Lotte(34,10) fortæller i interviewet, at hun ikke selv erkendte sin spiseforstyrrelse før kort inden hun søgte behandling som ca. 22-årig. Hun var godt klar over at det ikke var normalt at kaste op efter måltider, men hun opfattede det ikke som et problem, idet hun fungerede godt på trods af sine opkastninger. I mange år gav hun blandt andet sin kæreste skylden for at hun ikke havde det godt psykisk, og i nedenstående citat fortæller Lotte om det øjeblik hvor hun opdagede at det ikke var hendes daværende kæreste, der var årsagen til hendes spiseforstyrrelse, idet sygdommen fortsatte selv efter deres brud:

*"Og det var faktisk først der, at det begyndte at blive svært, fordi der lige pludselig var noget jeg skulle forholde mig til. (...)det blev faktisk først et problem, i det øjeblik at det blev erkendt." Lotte(34,10) side 1.*

Hun beskriver i interviewet hvordan hun ikke anså bulimien som en del af sig selv, og at det først blev et problem i det øjeblik hun erkendte sin spiseforstyrrelse. Kæresten fungerede herfor som en form for benægtelse, idet Lotte koblede hendes psykiske tilstand med hendes forhold til ham og derved ikke fuldt ud anerkendte eksistensen eller alvoren af sygdommen.

Anne(31,7) erkendte heller ikke sin spiseforstyrrelse før efter omkring et år med sygdommen:

*"Men jeg tror også at i de første år blev det også nærmest holdt skjult for mig selv. Der går lang tid, før man erkender, hvad det egentlig er der sker." Anne(31,7) side 12.*



Lotte og Annes manglende erkendelse af deres sygdom kan ses som en mangel på erkendelse af diskrepansen imellem deres *faktiske og tilsyneladende sociale identitet*, hvor deres påtagede roller som raske udadtil også blev anerkendt af dem selv og at de derfor anså sig selv som raske. Man kan derfor sige, at de havde internaliseret deres påtagede rolle som raske i et forsøg på at undertrykke erkendelsen af deres spiseforstyrrelser og derved give sygdommen bedre muligheder for at eksistere uden indblanding. Flere af informanterne beretter hvordan hemmeligholdelsen af deres spiseforstyrrelse var essentiel og hvordan den gav sygdommen grobund for ikke blot at udvikle sig men også for dens fortsatte tilstedeværelse. I erkendelsen af sygdommen eksisterer der dermed ikke blot en *anerkendelse* af selve sygdommen men også en trussel mod sygdommens eksistens idet erkendelsen medfører overvejelser omkring helbredelse. Anne beskriver sygdommen som en blæksprutte hvis arme fangede hende ind, hvilket afbilleder den følelse af tvang som informanterne oplevede. Anne følte sig tvunget til at hemmeligholde sygdommen overfor både sine nærmeste og sig selv, da det gjorde hende bedre i stand til at overbevise sit publikum om sin rolle som rask.

For Lotte og Anne var det afgørende i forhold til deres mangel på erkendelse af spiseforstyrrelsen, at de var i stand til at føre et relativt normalt liv, og derfor kunne de benægte alvoren af deres bulimi overfor sig selv. Dette ændrede sig for Anne da hun på et tidspunkt talte antallet af gange hun kastede op i løbet af en given dag:

*"Jeg kan huske dengang jeg var rigtig dårlig, der hvor det var slemmest, der begyndte jeg sådan at tælle, hvor mange gange det skete på en dag. Og det var kun fra min kæreste tog af sted om morgenen, til han kom hjem fra arbejde. Og der kan jeg huske, at en af de slemme dage, der var det sket 13 gange. Og det var som om, at det, at det var sket 13 gange, det kunne jeg bare slet ikke bære. Så tror jeg, at jeg fik sådan en... Jeg tror jeg kom ud af den der tåge lidt, og bare græd over.... Så tænkte jeg lidt realistisk lige der med, at okay så er det altså alvorligt det her."* Anne(31,7) side 16.

Anne indså at sygdommen ikke længere tillod hende en relativt normal livsførelse og erkendte dermed alvoren af hendes spiseforstyrrelse. Annes manglende erkendelse af sygdommen var dermed ikke længere mulig, og det fik Anne til at se hendes *faktiske sociale identitet* i øjnene, og dermed også hvilken betydning denne *identitet* havde for hendes livsførelse.

Mette(25,3) oplevede på samme måde som Lotte og Anne en vis form for benægtelse, idet hun kunne føre en relativt normal tilværelse på trods af sin spiseforstyrrelse. Hun formåede at bibeholde sit sociale liv og dyrkelsen af gymnastik på højt plan. Dette ændrede sig dog, og Mette oplevede at hun begyndte at blive påvirket af sit liv med bulimien.

Hendes kæreste begyndte også at presse på for at få gjort noget ved sygdommen:

*”Men efter et halvt års tid eller sådan noget, så begyndte han at stille krav til mig. At nu skulle jeg altså få det fortalt til mine forældre, og nu skulle jeg også se at få søgt noget hjælp eller eventuelt gå til lægen, og sådan nogle ting. Og det gjorde han i lang tid før at jeg ligesom fik overvundet mig selv til, at det var måske også på tide, at jeg fik gjort noget ved det. For jeg kunne godt se at jeg begyndte at svinde ind, og at jeg havde en grå hud og mit humør var ikke særlig godt længere, og jeg havde ikke energi til, at lave alt den gymnastik jeg lavede i forvejen. Og mine venner, dem så jeg ikke særlig meget til, så jeg kunne godt se at det egentlig ikke var der jeg gerne ville hen, men jeg havde ikke.... Det havde fået lov at tage overhånd.” Mette(25,3) side 3.*

Mettes kæreste fik hende til at indse alvoren af hendes spiseforstyrrelse og fik hende presset til at søge hjælp. Erkendelsen af hendes spiseforstyrrelse medførte dermed et øget pres for helbredelse, hvilket kan forklare hvorfor informanterne valgte at hemmeligholde sygdommen - ikke blot overfor andre men til dels også overfor dem selv. Mette oplevede, ligesom Lotte, at diskrepansen mellem hendes *faktiske og tilsyneladende sociale identitet* voksede, og at dette medførte at hendes *faktiske sociale identitet* blev mere vanskelig at skjule. At det var Mettes kæreste, der pressede hende til at gøre noget ved sygdommen, forklarer hvorfor informanterne ønskede at hemmeligholde deres sygdom. Ved at delagtiggøre andre i deres sygdom, fratog hun spiseforstyrrelsen en del af magten over hende, ved at åbne op for muligheden for hendes omgivers hjælp til at blive rask.

Mille(27,4) oplevede ligesom de øvrige informanter at leve i en form for benægtelse. Det var hendes forældre, der først bemærkede hendes spiseforstyrrelse:

*”Altså allerførst, der var jeg nok ikke helt klar over, at det var det. Men de (hendes forældre) så ret hurtigt, at jeg ændrede mig og ændrede adfærd. Jeg har altid været sådan meget åben og glad, og meget social, og det ændrede sig ret pludseligt.” Mille(27,4) side 8.*

Mille beskriver hvordan det faktisk var hendes forældre, der først bemærkede at hun ændrede sig. Hun var ikke selv klar over at det var en spiseforstyrrelse hun havde, men for hendes forældre var hendes adfærd ændring meget markant. Mille var derfor ikke opmærksom på at hendes adfærd ikke stemte overens med den gældende diskurs for normal adfærd men nærmere kunne kendetegnes som afvigende adfærd. Man kan derfor sige at Milles *faktiske sociale identitet* ændrede sig, og at denne ændring i første omgang blev tydelig for hendes forældre, førend Mille selv blev klar over denne ændring. Milles erkendelse af sin sygdom var derfor afhængig af hendes definitioner af normal adfærd kontra hendes omgivers opfattelser af selvsamme. Der opstod derfor en diskrepans mellem Milles

egen forståelse af hendes *faktiske sociale identitet* og forældrenes, hvor forældrene problematiserede Milles *faktiske sociale identitet*. Mille har derfor ikke, som de øvrige informanter, oplevet en diskrepans mellem hendes *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet* og har dermed ikke været i stand til at hemmeligholde denne for hendes forældre. Milles sygdom startede med anoreksi og dermed et markant vægttab, hvilket yderligere bidrog til hendes manglende mulighed for at hemmeligholde hendes spiseforstyrrelse. Hendes vægttab gav Mille et *kropsligt stigma* og grundet hendes egen mangel på erkendelse af spiseforstyrrelsen medvirkede dette til at sygdommen blev kendt af hendes forældre før hun selv opdagede den.

For Else(50,4), startede hendes spiseforstyrrelse også med anoreksi, og hun fortæller hvordan manglen på mad over en længere periode medførte at hun overspiste hvilket gav hende en følelse af utilpashed så hun en dag valgte at fremprovokere opkastning:

*"Jeg har været sådan i slutningen af 20erne, da det for alvor gik i gang. Og der har sikkert også været et stykke tid, hvor jeg sådan har været i gråzonen. Og så der i slutningen af 20erne da, jamen jeg spiste for meget, ifølge mig selv, og jo, så var der også nogle gange, hvor jeg havde et decideret ædeflip og det gjorde ondt, og det var meget ubehageligt i maven bagefter. Og så ved jeg ikke hvor jeg fik den lyse ide fra, men den kom til mig en aften hvor jeg gik ud og stikkede fingrene i halsen, og bagefter var jeg gennemskyldt af sådan en lykkefølelse, py. Dels fik jeg ro på tankerne om at tage på, og dels så var jeg fri for, at have ondt i kroppen. Og jeg troede virkelig, at det var mig der havde opfundet den. Altså jeg var høj, fuldstændig høj, af at kaste op den aften. Og så gik der jo et stykke tid, før jeg fandt ud af, at det var ikke de vise sten jeg havde fundet. Det var et nyt mareridt."*

Else(50,4) side 1.

I citatet fortæller Else, hvordan hun ikke kendte til sygdommen bulimi, da hun startede med at kaste op. For hende var der derved ikke tale om samme form for benægtelse som for de øvrige informanter, idet der, for Else, ikke var tale om at hun benægtede at være syg, men at hun ikke kendte til sygdommen. At Elses bulimi derfor i starten ikke var erkendt var derfor et resultat af hendes manglende kendskab til sygdommen. Hun var meget bevidst om sit ønske om at slippe af med mavesmerterne og kalorierne efter overspisningerne, og hun var klar over at dette ikke var en normal adfærd. Dog var hun ikke bekendt med at denne adfærd allerede var kategoriseret som bulimi; for Else var der blot tale om et ønske om at komme af med de ekstra kalorier og dermed undgå en vægtøgning som følge af hendes overspisninger. Else var, grundet hendes manglende kendskab til sygdommen, ikke bevidst om de gældende diskurser vedrørende spiseforstyrrelsen, og først senere bliver hun klar over de gældende diskurser og internaliserer herefter det negative syn på denne adfærd, og den

medfølgende definition omkring denne adfærds sygelighed. Før hendes kendskab til sygdommen, anså hun hendes adfærd som anderledes men ikke sygelig. Da hun opdagede at hendes adfærd var karakteriseret som sygelig ændrede hendes sociale *identitet* karakter eftersom hun opdagede hendes publikums forventninger, hvilket tydeliggør det socialt konstruerende element i dannelsen af sociale *identiteter*.

Begrebet erkendelse spillede en væsentlig rolle for alle informanter i forhold til deres ageren i sociale situationer. Begrebet erkendelse har mange facetter og mulighed for forskellige forståelser af begrebet, hvilket også viser sig i informanternes fortællinger. En manglende erkendelse af sygdommen medførte for informanterne at en eventuel hemmeligholdelse af deres *faktiske sociale identitet* i højere grad var mulig, og hemmeligholdelsen gav dermed sygdommen bedre betingelser for fortsat tilstedeværelse. Informanternes erkendelser fandt sted på forskellige niveauer; fra total mangel på erkendelse af sygdommen til manglende erkendelse af sygdommens alvor og mangel på kendskab til kategoriseringen af bulimi som en spiseforstyrrelse. Fælles for alle informanter er dog at erkendelsen, i varierende omfang, har haft indflydelse på ikke blot deres ageren på diverse scener men også for selve udviklingen af deres sygdom. En anden faktor, der var medvirkende til informanternes sociale samspil, er deres selvbillede, som beskrives i det følgende afsnit.

## 4.2. Selvbillede

---

Erkendelse har vist sig at have en påvirkning på informanternes selvbillede og i dette afsnit analyseres dette tema, herunder hvordan informanternes selvbillede blev påvirket af deres spiseforstyrrelse samt hvordan selvbilledet påvirkede informanternes handlemønstre.

Amalie(18,4) fortæller i interviewet, at hun følte sig grim og tyk og at hun var overbevist om, at hendes omgivelser havde samme opfattelse. Hun tog afstand til sin egen krop og turde ikke se sig selv nogen. Dette medførte, at Amalie ikke følte sig god nok og altid var meget opmærksom på hendes fremtoning og fokuserede meget på at sidde rank, da hun dermed følte hun var mere perfekt. Hendes syn på sig selv som overvægtig medførte blandt andet at hun opgav at spille fodbold, hvilket Amalie begrundede med, at hun ikke ønskede at andre skulle se hendes flæsk hoppe når hun løb. Hun fortæller også om en episode, hvor hun ikke turde give sin egen mor et kram, da hun frygtede at moren ville kunne mærke hendes fedt og skamme sig over at have så tyk en datter. Amalie fortæller, at hun havde et billede af en krop som hun så som ideel, og at dette blandt andet betød at hun ønskede at komme under 50 kilo.

Amalies fokus på sit udseende og hendes overbevisning om, at andre så hende som grim, tydeliggøres i nedenstående citat:

*"Og jeg kan huske på Facebook, hvis der var 69 af mine venner der var online, så var jeg pæn den dag. Men var der lige pludselig kun 65 online efter et par minutter, så betød det, at de ikke ville snakke med mig, fordi de kunne se jeg var online, og så var jeg bare grim den dag. Så jeg har altid sørget for at være offline på den chat der, fordi jeg ville ikke have, at det skulle være på grund af mig at de loggede af. Og hvis der så var 71 lige pludselig der var online, så betød det, at så så jeg godt ud den dag." Amalie(18,4) side 7.*

Citatet tydeliggør Amalies kobling mellem hendes egen opfattelse af andres syn på hende og hendes eget selvbillede. Hun følte, at hendes udseende var afhængig af andres *anerkendelse* og dette påvirkede hende i så høj grad, at hun valgte chatfunktionen fra for at undgå dette. Det er tydeligt i interviewet, at Amalie havde et dårligt selvbillede og at selvbilledet var utrolig skrøbeligt og sårbart overfor andres kommentarer. Amalie havde internaliseret et idealbillede af det perfekte udseende, og dette følte hun ikke hun levede op til. Dette idealbillede fungerede som en målestok, som ikke blot var et resultat af Amalies lave selvtillid men også konstituerende for selvsamme negative selvbillede. Hun projicerede sit negative selvværd og selvbillede ud til andre, og dette ses blandt andet, da Amalie fortæller om en episode, hvor hun oplevede at en dreng tog et billede af hende på en togstation. Amalie var overbevist om at dette skyldes, at hendes bukser sad for stramt og derfor tydeliggjorde hendes kønsdele og derfor valgte hun, at smide bukserne ud da hun kom hjem. Igen ses det, at Amalie projicerede hendes negative syn på sig selv over på andre og derfor var overbevist om, at andre havde samme negative syn på hende og hendes krop som hun selv havde. Dette medførte et overdrevet fokus på hendes udseende og et forsøg på at kontrollere det indtryk hun efterlod hos andre i de sociale interaktioner hun indgik i. Hun havde en klar forventning til, at hendes publikum havde ikke blot det samme negative syn på hende men også samme forventninger til hendes udseende og perfekte ageren på den sociale scene som hun selv havde. Hun fokuserede altid på at fremstå bedst muligt i mødet med andre, hvilket ifølge Goffman er et naturligt ønske i interaktioner med andre. Men for Amalie var der ikke blot tale om et behov for en positiv selvfremstilling, men et forvrænget billede af andres opfattelse af denne fremstilling. Uanset hvilke reaktioner Amalie mødte, var hun overbevist om, at andre grundlæggende havde et negativt syn på hende og hendes krop, og dette var afgørende for hendes *indtryksstyrning* og *selvrepræsentation*. Amalie havde et negativt syn på hendes *faktiske sociale identitet* og havde en klar forventning til, at hendes publikum ville dele denne opfattelse, derfor påtog hun sig en *tilsyneladende social identitet* som værende perfekt. Else(27,4) oplevede også tvangstanker og tvangshandlinger, hvilket hun anså som nødvendigt for at udvikle bulimi.

Dette fortæller hun blandt andet om, i det følgende citat:

*"Det var da enormt vigtigt at holde facaden udadtil. Og som sagt så gik min frygt ikke så meget på bulimien, som den gik på alt det, der ligesom lagde til baggrund for bulimien, nemlig de sorte tanker, og tvangen og alt det sorte indeni mig."* Else(50,4) side 4.

Else fortæller, hvordan hun anså sig selv som "sort indeni", og hvordan hun frygtede at andre ville opdage dette. Hendes valg om at hemmeligholde sin bulimi, var delvist taget for at skjule hendes negative selvbillede overfor omverdenen. Man kan sige, at hun forsøgte at skjule sin *faktiske sociale identitet* ved at forsøge at skjule ikke bare bulimien, men også hendes indre kaos. For Else var der dermed ikke tale om samme projicering af et negativt selvbillede, som det var tilfældet for Amalie, men et ønske om at hemmeligholde det negative selvbillede for omverdenen. Else fortæller hvordan hun følte sig overvægtig, men at det overvejende var hendes negative tanker omkring hendes indre hun ønskede at skjule for omverden. Mille(27,4) havde også et billede af sig selv som overvægtig:

*"(...) jeg følte altid, at alle kiggede på mig, og det gjorde de nok også, for jeg har altid set anderledes ud. Og det synes jeg var meget ubehageligt, for jeg havde egentlig bare lyst til at gemme mig. Jeg havde ikke sådan lyst til at blive set eller være midtpunkt, og jeg havde bare sådan en fornemmelse af, at alle kiggede på mig. Og jeg troede jo selvfølgelig det var fordi jeg var alt for stor (griner)." Mille(27,4) side 9.*

I dag har Mille indset, at der formentlig faktisk blev kigget efter hende på grund hendes undervægt.

Anne(31,7) havde en lignende følelse, og hun så faktisk sig selv som for overvægtig, til at have en spiseforstyrrelse:

*"Der var et par veninder som, de begyndte at være meget efter mig, da jeg havde tabt mig meget med, at jeg skulle spise noget, og de synes ikke det var pænt at jeg var blevet så tynd, og hvorfor jeg gjorde det, og sådan noget. Men det oplevede jeg bare som et stort problem, at de gjorde det. Fordi jeg opfattede det som nedværdigende når at jeg jo ikke var tynd, og når de så synes at jeg skulle spise mere, og hvad fanden var det de ville have mig til (...)" Anne(31,7) side 12.*

Mille og Anne følte derved, at de bar på et *kropsligt stigma* i form af deres overvægt, men i virkeligheden har de oplevet en *stigmatisering*, som følge af deres lave vægt. Mille havde derfor et forvrænget selvbillede, da hun led af en spiseforstyrrelse hvilket medførte at hun fejlfortolkede de indtryk hun fik af sine omgivelser, således at de stemte overens med hendes eget selvbillede. Hun fortæller i interviewet om, hvordan hun ikke troede på personer, der sagde at hun så tynd ud, men at

hun anså dette som et forsøg på at få hende til at spise. Dette er også et godt eksempel på, hvordan informanternes selvbillede som oftest ikke er i overensstemmelse med omgivelsernes opfattelser, men nærmere et resultat af deres spiseforstyrrelse. Det viser også hvordan Annes *indtryksstyring* og *selvrepræsentation* ikke blot var styret af publikums forventninger til hendes påtagede rolle, men i højere grad af hendes negative selvbillede. Annes selvbillede fungerede herved hæmmende i forhold til at få *passeret* hendes rolle som rask og Annes evne til at afkode publikums forventninger til hendes påtagede rolle. Lotte(34,10) fortæller også om hvordan hun følte sig større end hun reelt var og havde derfor også ønsket at tabe sig:

*"Jeg har altid følt mig tyk, men når jeg sådan kigger tilbage på billeder, så kan jeg godt se, at jeg har ikke været total skinny, men jeg har ikke været tyk."* Lotte(34,10) side 11.

I citatet fremgår det, at Lotte oplevede at have et forvrænget selvbillede, da hun led af bulimi. Hendes forvrængede syn på hendes egen krop medførte et ønske om et vægttab, som Lotte i dag mener, var medvirkende til at hun udviklede en spiseforstyrrelse. I hendes ønske om at fremstå bedst muligt begyndte Lotte at sulte sig selv, hvilket senere udviklede sig til bulimi. Mette(25,3) har modsat de øvrige informanter ikke på samme måde oplevet at have et negativt selvbillede eller et forvrænget kropsbillede. Hun fortæller, at hun altid var været lille og tynd, og at hendes vægt aldrig har været et problem for hende. Dog fortæller hun, at hun blev seksuelt misbrugt som barn og at dette blev rippet op i, da hun blev seksuelt aktiv med sin kæreste på efterskolen:

*"Og at jeg på en eller anden måde gerne ville have, at folk skulle synes, eller mænd, eller hvad skal man sige, synes jeg var ulækker. Altså, jeg ville ubevidst tabe mig eller sådan et eller andet, jeg ville gøre noget der var ulækkert, men samtidig have kontrol over noget."* Mette(25,3) side 13.

I citatet fortæller Mette om, hvordan hun forsøgte at gøre sig mindre tiltrækkende overfor især mænd ved at tabe sig. Hendes seksuelle erfaring med sin kæreste fik hendes minder om det seksuelle misbrug op til overfladen, og hun ønskede derfor at undgå at det skulle ske igen ved at tabe sig og dermed blive mindre attraktiv i særligt mænds øjne. For Mette blev spiseforstyrrelsen dermed måde en flugt fra de grimme tanker og en sikring af, at det ubehagelige hun oplevede omkring sex ikke ville gentage sig. Man kan sige, at Mette forsøgte at påtage sig et *kropsligt stigma*, som ikke seksuelt tiltrækkende og dermed holde mænd på afstand. Derved var Mettes strategi for *selvrepræsentation* en anden end de øvrige informanternes, idet hun ikke havde et idealbillede af en slank krop som mere attraktiv men derimod et udtryk for en mindre kvindelig og dermed mindre tiltrækkende krop. Informanterne havde derved samme mål men selve årsagerne til idealbilledet var forskellige, hvilket



viser at disse opstillede idealbilleder var socialkonstruerede men også relative, og afhængige af hvorledes informanterne tilskrev disse konstruktioner mening.

Dårligt selvværd og et negativt selvbillede virker til at være en nødvendig tilstedeværende faktor for informanternes udvikling af deres spiseforstyrrelser men også for spiseforstyrrelsens fortsatte magt over dem. Informanterne oplevede i varierende grad at deres selvbillede ikke stemte overens med virkeligheden, men også at det ikke var tydeligt for dem på daværende tidspunkt. Informanternes negative selvbillede påvirkede deres sociale interaktioner i varierende omfang, men alle informanter fortæller under interviewene hvordan de følte sig utilstrækkelige, og derfor oplevede sociale situationer som vanskelige. Sociale interaktioner medfører for alle en vis form for følelse af at befinde sig på en scene og derved en vis bevidsthed omkring *selvrepræsentation*, men for informanterne var denne fornemmelse for at befinde sig på *frontstage* skærpet og medførte en følelse af ubehag. Nogle informanter oplevede sågar *scenestræk* og derved en decideret angst forbundet med sociale interaktioner. Dette øgede fokus på *selvrepræsentation* kan blandt andet medføre opbygning af en facade og dette tema analyseres i det følgende afsnit.

### 4.3. Facade

---

Under dette analysetema beskrives informanternes forhold til at opsætte en facade. Alle oplever i forskellig grad at opsætte en form for facade, når de befinder sig i sociale situationer. Her ønskes det belyst om informanterne i højere grad oplevede dette behov som følge af deres spiseforstyrrelser.

Lotte(34,10) fortæller i interviewet hvordan hun fremviste et konstrueret billede af sig selv:

*"Jeg skulle hele tiden vise et billede og det var ikke sikkert at det billede egentlig var mig, inderst inde."* Lotte(34,10) side 5.

Som en del af Lottes *selvrepræsentation* forsøgte hun at styre de indtryk hun efterlod hos andre og dermed deres opfattelse af hende. Hun fortæller i interviewet også om, hvordan dette i høj grad hang sammen med, at hun forsøgte at holde ikke blot andre men også sig selv på afstand for ikke at være tvunget til at indse hvor alvorlig hendes spiseforstyrrelse var. Man kan dermed sige at Lottes *faktiske sociale identitet* blev hemmeligholdt for både hende selv og andre i et forsøg på at undgå at blive konfronteret med spiseforstyrrelsen. Anne(31,7) oplevede også at hemmeligholde sin sygdom overfor ikke blot andre men også sig selv. For Anne indebar det at hun opsatte en facade når hun var blandt andre mennesker, som den glade pige, der ikke havde nogen problemer.



Dette blev dog med tiden så anstrengende for Anne at hun valgte at isolere sig:

*”Ja det fyldte rigtig meget. Og jeg tror også, da jeg var nødt til, at sådan isolere mig og stoppe med at se dem jeg plejede, der var det nok fordi jeg ikke orkede, at passe ind udadtil længere. Altså jeg orkede ikke den der facade. Og samtidig så ville jeg heller ikke have, at de skulle se hvad der var bag. Så blev resultatet at jeg ikke kunne se dem.” Anne(31,7) side 13.*

Anne forsøgte at skjule sin *faktiske sociale identitet* blandt andre, da hun ikke ønskede at afsløre denne. Derfor opstillede hun en facade, i form af en *tilsyneladende social identitet*, som skulle maskere hendes problematikker omkring mad. Anne fremførte sin rolle som rask når hun befandt sig blandt andre, altså på *frontstage*. Men rollen afveg fra hendes *faktiske sociale identitet* i en sådan grad, at dette skuespil til sidst blev så udmattende for hende, at hun valgte at trække sig helt tilbage fra *frontstage* og udelukkende befinde sig på *backstage*. Her følte hun sig ikke nødsaget til at påtage sig roller der ikke stemte overens med hendes *faktiske sociale identitet*. Mille(27,4) forsøgte også, som Lotte og Anne, at skjule sin *faktiske sociale identitet* når hun var sammen med andre. For Mille betød dette, at hun bar store løse trøjer for at skjule sin undervægt og sine ar efter at have skåret i sig selv. Hun beskriver hvordan hun anså det som meget anstrengende at være sammen med andre, idet hun følte hun bar en facade og var meget bevidst om sin fremtoning:

*”Altså jeg kunne godt mærke, når jeg var sammen med andre mennesker jeg ikke kendte, så var jeg nok endnu mere tilbagetrukket, og gik jo i det her enormt store tøj, for at de ikke kunne se.... Men det kunne man jo alligevel (griner) men altså det troede jeg ikke, at man kunne. Så der har jeg ville skjule det, og især også da jeg blev cutter også, altså der gik mange år, også efter at jeg var holdt op, før jeg sådan kunne begynde at gå i korte ærmer og sådan.” Mille(27,4) side 9.*

Mille fortæller, hvordan hun følte sig utilpas sammen med andre, især hvis det var nogen hun ikke kendte. Hun følte, at hun befandt sig på *frontstage* i en sådan grad, at hun var meget bevidst om sin opførsel og det var meget udmattende for hende. Hun var meget bevidst omkring hendes *kropslige stigma* i form af hendes undervægt og arrede arme, og hun forsøgte at skjule dette *kropslige stigma*. Mille anvendte derved rekvisitter i form af bestemte typer af tøj for at få *passeret* sin rolle som rask og dermed hendes *tilsyneladende sociale identitet*. Mette(25,3) oplevede også at vise en facade udadtil. For Mette var der blot tale om en facade svarende til den person Mette var inden sygdommen. Hun beskriver sig selv som en meget social person og at dette blev besværliggjort som følge af hendes bulimi.

Dette forsøgte hun at skjule overfor hendes omgivelser, og derfor var hun ekstra opmærksom på ikke at ændre social adfærd:

*"Jeg synes ikke det var svært at være sammen med de mennesker, fordi nu var jeg en del af en forholdsvis lille gruppe, fordi der var så mange mennesker på en efterskole. Og jeg var rigtig tryk ved de her mennesker. Og jeg tror bare, at jeg på en eller anden måde fik, hvad skal man sige, holdt den facade. Jeg beholdte bare den person jeg var, overfor dem. Men det var en udfordring for mig, at jeg skulle planlægge mine toiletbesøg, og det blev rigtig svært for mig, faktisk at spise der."* Mette(25,3) side 2.

Mette var derfor meget bevidst om sin *indtryksstyrning* og hvilket indtryk hun efterlod hos andre, omkring hendes sociale adfærd. Hun havde dog fundet en strategi til samværet med andre på hendes efterskole, således at hun ikke fandt denne scene svært at befinde sig på. Hun brugte meget energi på, at andre ikke skulle opdage at hun havde ændret sig, og at hun faktisk fandt sociale interaktioner svære, når de indebar måltider. I disse situationer krævede det ekstra styring og koordinering at skulle bibeholde hendes bulimis status som skjult. Mette undlod derfor at påtage sig sin nye rolle som bulimiker men fastholdt sin rolle som rask, og denne rolle anstrengte hun sig meget for at få *passeret* af sit publikum. Amalie(18,4) oplevede på samme måde, at hun forsøgte at efterlade andre med et bestemt indtryk af hende. For Amalie var det dog hovedsageligt hendes udseende hun fokuserede på, og som hun ønskede, skulle være perfekt, når hun var i selskab med andre:

*"Altså jeg begyndte at ryste hver gang jeg skulle i skole, og jeg sad ret op med ryggen og sad med benene over kors, og sad sådan for at se perfekt ud og se fin ud. Jeg kunne ikke bare sidde sådan her (afslappet), for så kunne man jo se mine mavedeller. Så jeg måtte ikke sidde og falde sammen i hvert fald, det var vigtigt. Og så fik jeg jo ondt i ryggen når jeg kom hjem fra skole, og fik kramper i fødderne nogle gange, fordi jeg skulle sidde perfekt."* Amalie(18,4) side 7.

For Amalie var hendes fokus på det ydre et forsøg på bedre at kunne håndtere sociale situationer. Hun fortæller at hun led af social fobi, og derfor havde det svært ved at være sammen med andre mennesker. Amalie kan siges at lide af, hvad Lyman og Scott, kalder *sceneskræk*, da hun havde en voldsom frygt for at indtage den sociale scene og forbandt det med en stor frygt for, at hendes *identitet* skulle granskes af andre. Dette forværredes drastisk da hun udviklede sin spiseforstyrrelse, og Amalie begyndte at fokusere meget på hvordan hun fremstod fysisk. Man kan sige at Amalie havde det meget svært ved at befinde sig på *frontstage* og følte at andre konstant bedømte hendes ydre fremtoning, og derfor følte hun sig nødsaget til at sørge for at hun altid så perfekt ud.

For Else(50,4) var facaden også af stor betydning, da hun led af bulimi. Hun sørgede for kun at befinde sig blandt andre, når hun følte sig nødsaget til det, hvilket for Else hovedsageligt var på arbejdet. Hun fortæller hvordan hun ikke frygtede at bulimien blev opdaget af hendes nærmeste, idet hun ikke overspiste og kastede op offentligt, men at hun frygtede at hendes kaotiske indre, i form af negativitet og tvangstanker, ville blive afsløret. For Else var der dermed aspekter af hendes sygdom, som hun følte hun kunne kontrollere, såsom hendes overspisninger, men også dimensioner omhandlende hendes negative selvbillede som hun ikke i samme grad følte kontrol over. Dette påvirkede hendes *indtryksstyring* idet hun frygtede at afgive stimuli, der kunne afsløre hendes negative selvbillede. Hun ændrede derfor sin fysiske fremtoning drastisk i et forsøg på at passe ind, og derved være i stand til at skjule sin sygdom:

*"Altså ikke udover at være meget stille og holde mig væk fra andre mennesker. Og når jeg var på arbejde, så klæde mig pænt på, og sørge for, at makeuppen var der, så jeg lignede de andre. Det var meget det der med, at ligne de andre, gå ind i mængden. Noget som jeg ikke har båret præg af, resten af mit liv. Her til karnevallet, det er ikke mere end en måned siden, hvis det er så længe, der kom jeg... Der var jeg på arbejde den dag, og kom herind i byen og havde lidt småtravlt, og så var der en af de der karnevalsdeltagere der råbte til kammeraten: Hvad tror du hun er klædt ud som? Og han sagde bare: Flipper. Så tænkte jeg bare: Ja, det er mig. Jeg er en gammel hippie, men i de tre år af mit liv, der var der intet hippie over mig, overhovedet. Og det synes jeg er meget fortællende om, hvad bulimien og hele den der tvangsadfærd gjorde ved mit ydre, og i det hele taget ved mig. Jeg var så langt fra mig selv, som jeg overhovedet kunne komme. Jeg tror aldrig jeg har været så langt fra mig selv, altså."* Else(50,4) side 5.

Her fortæller Else om, hvordan hun brugte sin fysiske facade til at skjule sine inderste følelser. Hun forsøgte at passe ind og derved ikke skille sig ud fra de andre, da hun følte dette ville medføre en risiko for at blive afsløret. Else var meget bevidst om sin *selvrepræsentation* og om hvilke indtryk hun efterlod hos andre, og det medførte at hun ændrede sin fysiske fremtoning for at falde i med hendes omgivelser. Else fortæller om hvorledes hun, inden sygdommen, ville betegne sig selv som en hippie og fortæller om en situation hvor hun oplevede en *kropslig stigmatisering* som følge af sin ydre fremtoning. Hun anså dog ikke dette som negativt, idet hun følte sig godt tilpas med sin anderledes fremtoning og følte at denne adskillelse var karakteristisk for hende som person. Dog ville hun undgå dette *kropslige stigma*, da hun led af bulimi, af frygt for at dette førte til en *karaktermæssig stigmatisering*.

Alle informanter oplevede at skulle opstille en facade når de befandt sig blandt andre mennesker. Dette er naturligt og de fleste vælger i en eller anden grad at ændre deres fremtoning i form af adfærd eller udseende, når de befinder sig i sociale situationer. For informanterne var der dog tale om en signifikant ændring, som krævede megen energi at opnå, og de oplevede at der var stor diskrepans imellem deres adfærd når de befandt sig på *backstage* og *frontstage*. Der foregik derfor en øgning af forskellen mellem informanternes *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet*, som følge af deres spiseforstyrrelser og dette var for de fleste af informanterne grundet deres ønske om at hemmeligholde deres sygdom for omverden. Dette ønske kan bunde i en følelse af skam over spiseforstyrrelsen og det behandles som et tema i det følgende afsnit.

#### 4.4. Skam

---

For informanterne har deres spiseforstyrrelse og ofte negative selvbillede vist sig at medføre en følelse af skam, og dette ønsker jeg at klarlægge i dette tema.

For Lotte(34,10) var hendes spiseforstyrrelse forbundet med en følelse af skam, og hun fortæller under interviewet, at det medvirkede til at hun først fortalte om sin sygdom efter hun var startet i terapi. Og selv her lod hun andre tro, at hun var længere i behandlingsprocessen end hun reelt var:

*"Jeg tror at hvis det kun havde været anoreksi, så tror jeg ikke at jeg havde synes det var så skamfuldt. Det var meget det der, både det ukontrollerbare i spisningen, og så opkastningen."* Lotte(34,10) side 6.

Lotte fortæller om hvordan hun så bulimi som mere skamfuldt end anoreksi, og dette begrundes hun med den mangel på kontrol hun oplevede, samt selve opkastningerne. Lotte skammede sig over sin mangel på kontrol og undlod derfor ofte at fortælle om hendes bulimi men blot om hendes anoreksi. Hun havde en klar fornemmelse af, at andre delte hendes syn på bulimi som mere skamfuldt og valgte derfor, af frygt for en yderligere *stigmatisering*, at fremhæve anoreksien når hun talte om hendes spiseforstyrrelse. Lotte havde derfor tildelt de to spiseforstyrrelser forskellige grader af afvigelse, afhængigt af graden af kontrol over madindtaget. Anne(31,7) delte Lottes syn på bulimi som skamfuldt, og som Lotte, følte Anne ikke, at anoreksi var forbundet med samme form for skam:

*"Jeg og jeg tror, at inde i mit hoved, så handlede det meget om, at det var **bulimi**. Altså, jeg var ked af at jeg havde valgt... At jeg havde fået den klamme spiseforstyrrelse."* Anne(31,7) side 11.

Anne anså bulimi som en frastødende spiseforstyrrelse og havde en klar forventning til, at der var større risiko for *stigmatisering* forbundet med bulimi. Hun frygtede *stigmatiseringen*, idet hun følte hun førte hendes omgivelser bag lyset ved at kaste op efter måltiderne. Hun fortæller at løgnene, forbundet med hemmeligholdelsen af opkastningerne, var det sværeste for hende, og at hun følte det som hæmmende i forhold til hendes sociale relationer. Else(50,4) så, som Lotte og Anne, bulimi som meget skamfuldt, da det medførte en mangel på kontrol over spisningen:

*”Der er også noget helt klar urent ved at have bulimi, for du fylder din krop, og det var sådan en af de ting, som jeg egentlig ikke synes var underligt, men jeg blev på et tidspunkt spurgt, om det ikke var ulækkert sådan at kaste op, og hvor det bare strøg ud af munden på mig: Nej det er ulækkert at æde. For de fleste synes, at det er ulækkert at kaste op, eller i hvert fald meget ubehageligt. Og hvor det blev fuldstændigt klart for mig, at det var det der med at spise, at overspise, der var så ubehageligt og skamfuldt.”* Else(50,4) side 1.

Else fortæller i citatet om, hvordan det var selve overspisningerne hun fandt skamfulde. Hun skammede sig over sin trang til at overspise, og for Else var dette dybt privat. Hun kastede derfor udelukkende op, når hun befandt sig *backstage* med mindre risiko for at blive afsløret. Amalie(18,4) oplevede som Lotte, Anne og Else også at skamme sig over sin spiseforstyrrelse og for Amalie viste dette sig ved en frygt for, at andre opdagede at hun ikke var perfekt. På grund af denne skam ønskede Amalie ikke at andre kendte til hendes sygdom:

*”Når jeg skulle til at kaste op og når jeg skulle til at træne, så ville jeg gerne være alene, fordi jeg var lidt flov over, at min mor skulle se mig sådan, og at min familie skulle se mig sådan. Jeg ville jo gerne være det der pragteksemplar af en datter.”* Amalie(18,4) side 2.

Amalie fortæller hvordan hun frygtede at hendes spiseforstyrrelse blev opdaget og at dette ville medføre stor skam. Hun søgte derfor *backstage* når hun udøvede kompenserende adfærd, idet hun her ikke ønskede et publikum. Derved forsøgte hun at bibeholde sin påtagede rolle som rask overfor sit publikum, men hendes egen viden om hendes faktiske rolle som spiseforstyrret gav hende en stor skamfølelse. Hun havde derfor svært ved at acceptere, at der var en diskrepans mellem hendes *tilsyneladende* og hendes *faktiske sociale identitet*.

Mette(25,3) oplevede også en følelse af skam, i forbindelse med hendes spiseforstyrrelse. For Mette var der dog mere tale om en skam i forhold til at hemmeligholde sin sygdom. Hun fortæller at hun følte hun burde kunne stoppe med opkastningerne og skammede sig over at hun ikke kunne stoppe. Hendes skamfølelse opstod, som følge af hendes følelse af manglende kontrol og selvdisciplin. Mette fortæller

om hendes oplevelse af skam i nedenstående citat, hvor hun svarer på hvad der var sværest for hende i forhold til hendes sygdom:

*"Jeg tror det var den dårlige samvittighed overfor de mennesker som jeg holdt af. At jeg skulle lyve overfor dem. Og at, jeg har altid haft to-tre rigtig tætte veninder, og vi har altid delt alt. Og det at jeg ikke kunne dele det med dem, gav mig dårlig samvittighed. Og så følte jeg bare... Jeg vidste jo godt at det jeg gjorde, og sådan jeg havde det, var forkert. Det ved man jo godt. Man ved jo godt, at man ikke skal kaste op, og at det syn man har på sig selv, måske også er uvirkeligt." Mette(25,3) side 2.*

Mette oplevede at få dårlig samvittighed over, at hemmeligholde sin spiseforstyrrelse overfor sine omgivelser. Dette var især udtalt overfor Mettes forældre, som hun valgte ikke at indvie i hendes spiseforstyrrelse, da den vendte tilbage på gymnasiet. At Mettes sygdom var skjult og at hun derved påtog sig en rolle foran sit publikum som ikke stemte overens med hendes *faktiske sociale identitet*, påvirkede hende i en sådan grad, at hun fandt det vanskeligt at befinde sig på den sociale scene. Hun foretrak at befinde sig *backstage*, hvor hun ikke skulle spille en rolle som hun ikke følte, var i overensstemmelse med hendes *faktiske sociale identitet*. Hun oplevede derved en form for *sceneskræk*, idet hun ikke følte hun kunne indtage den sociale scene med sin *faktiske sociale identitet* men samtidig ikke kunne forlige sig med hendes *tilsyneladende sociale identitet*, idet hun følte hun førte sine omgivelser bag lyset. Mette følte så stor skam grundet hendes bulimi at hun følte sig nødsaget til at skjule sin sygdom overfor sine nærmeste hvilket medførte en yderligere skamfølelse. Mette fortæller i interviewet, at hun følte at hendes skamfølelse aftog da hun startede ved en psykolog, og i den forbindelse fandt frem til årsagen til hendes spiseforstyrrelse. Mette blev seksuelt misbrugt som barn og den erkendelse, at sygdommen var et resultat af misbruget, gav Mette en følelse af legalisering og en formindskelse af hendes skamfølelse. Mille(27,4) havde, modsat de øvrige informanter, ikke skjult sin spiseforstyrrelse for sine nærmeste, men hun fortæller at hun stadig har oplevet skamfølelse. Mille følte skam i de situationer hvor hendes mor vidste at hun skulle ind og kaste op:

*"Og jeg var ikke den bedste til, sådan at brække mig lydløst, og hun vidste jo godt når jeg så tog noget ovenpå, på badeværelset ovenpå, så var det nok fordi jeg ville være i fred og ro, så var det nok fordi jeg ville kaste op. og så kunne hun komme med det der blik når jeg kom ned igen; har du været oppe at kaste op? Og lige i forhold til de der ting, der havde jeg rigtig svært ved at lyve, så der sagde jeg; ja det har jeg. Så fik jeg et meget bebrejdende blik, og havde det enormt dårligt med det også." Mille(27,4) side 11.*

Milles forældre kendte til Milles bulimi og da hun boede hjemme, havde Mille svært ved at skjule sine opkastninger. Dette var svært for hende, da hendes mor ofte forsøgte at stoppe hende før hun kastede op. Mille forsøgte, trods deres kendskab til spiseforstyrrelsen, at *passere* som rask og ønskede derfor at skjule sine opkastninger i det omfang det var muligt. Hun skammede sig over hendes bulimi og ønskede at fremstå bedst muligt overfor sin omverden. Hun søgte derfor *backstage*, i form af husets overetage, når hun skulle overspise og kaste op, men da hendes familie kendte til hendes spiseforstyrrelse, blev hendes *backstage* forvandlet til en *frontstage*. Milles forsøg på at søge væk fra familien under overspisning og opkastning, belyser kontinuummet mellem *frontstage* og *backstage*, hvor familiens kendskab til hendes sygdom gjorde det mere vanskeligt for Mille, at befinde sig *backstage* i deres selskab og derved få *passeret* sin ønskede rolle som rask.

Alle informanter oplevede i en vis udstrækning at føle skam som følge af deres spiseforstyrrelse. Denne skam bliver af flere af informanterne begrundet med deres overspisninger og følgende opkastninger, som de havde en klar forventning til, blev anset som mere frastødende end spiseforstyrrelser såsom anoreksi. Informanterne anså bulimi som mere skamfuldt og flere fortæller om, hvordan de langt hellere ville have lidt af anoreksi, som de forbandt med en høj grad af kontrol og selvbeherskelse, og dermed den diametrale modsætning til bulimien. Informanterne har et klart billede af hvordan omverdenen har et negativt syn på bulimi, og derved en klar forventning til hvordan deres spiseforstyrrelse var forbundet med en stor risiko for *stigmatisering* og mangel på *anerkendelse*. Dette bevirkede at informanterne i høj grad skammede sig over deres spiseforstyrrelse, hvilket forstærkede deres negative selvbillede, som for flere af informanterne var en medvirkende årsag til deres udvikling af sygdommen. Der var derved tale om en gensidig påvirkning af negativt selvbillede, en følelse af skam og behovet for straf, som alle var medvirkende til et ønske om at skjule sygdommen, hvilket igen var medvirkende til at give sygdommen bedre betingelser for at fortsætte.

#### 4.5. Straf

---

Informanterne oplevede at føle stor skam samt en følelse af manglende kontrol, hvilket kan føre til et behov for at straffe sig selv og derfor bliver dette et relevant tema at inddrage i analysen.

Mille(27,4) fortæller hvordan hun skammede sig over sin spiseforstyrrelse, og at hun blandt andet på grund af denne skam, begyndte at skære i sig selv. Dette behov for at skære i sig selv kulminerede med at Mille forsøgte at begå selvmord.



Dette fortæller Mille om, i nedenstående citat, hvor hun fortæller om hvordan hun ringede til sin terapeut efter at have spist en stor mængde piller:

*"Jeg ringer egentlig bare for at sige farvel. Og så havde hun så fået signaleret, at man skulle ringe efter en ambulance, og så, ja på den måde blev det så selvfølgelig opdaget. Det vidste jeg måske egentlig godt at det ville, så hvor meget har jeg lige ment det?" Mille(27,4) side 4.*

Mille fortæller at selvmordsforsøget formentlig var et råb om hjælp, og senere fortæller hun også hvordan det hele blev for meget for hende, og at hun ikke kunne se nogen vej ud af sygdommen. Selvmordsforsøget var derfor et kraftigt signal til Milles omverden om, at hun ikke magtede at leve med sygdommen mere og at hun behøvede hjælp. Mille kunne ikke længere leve med sin rolle som spiseforstyrret og selvmordsforsøget blev hendes måde at få dette kommunikeret ud på.

Amalie(18,4) oplevede også et behov for at straffe sig selv. Dette kunne blandt andet være ved at skære i sig selv, ved at rive hår ud eller ved at nægte sig selv goder som hun normalt nød. Hun fortæller hvordan behovet for at straffe sig selv ofte var forårsaget af en følelse af, at hun ikke havde levet op til sine egne forventninger om f.eks. ikke at spise ret meget eller hvis hun havde glemt at kaste op efter et måltid. Hun beskriver sit liv som udelukkende bestående af opkast og motion, og at hun ikke havde plads til andet i sit liv. Amalie beskriver hendes behov for at straffe sig selv i nedenstående citat, hvor hun svarer på spørgsmålet om, hvorvidt det var nemmere for hende at være alene end sammen med andre:

*"Altså det var selvfølgelig nemmere når det bare var mig, men det var stadig svært. Der var stadig forventninger til mig selv, lidt for høje krav til mig selv. Jeg måtte ikke bare sidde og slappe af. Der var også på et tidspunkt, hvor jeg havde en mp3 afspiller, men jeg brugte den ikke, fordi det måtte jeg ikke. Jeg måtte ikke gøre noget godt for mig selv, jeg måtte ikke høre musik, det fik mig ti at falde til ro, og det fik mig til at, ligesom glemme virkeligheden, den virkelighed jeg havde i hvert fald. Så det måtte jeg ikke, det var kun nogle gange, hvis jeg havde været ude at løbe, eller hvis jeg havde kastet op, så måtte jeg gerne høre musik, fordi jeg havde gjort de ting jeg skulle gøre den dag." Amalie(18,4) side 8.*

Amalie belønnede sig selv når hun havde levet op til sine egne forventninger. Disse forventninger var for Amalie styret af et idealbillede af den perfekte krop som hun brugte som målestok for at vurdere hendes eget udseende. Amalies adfærd og selvbillede var et resultat af hendes egne forventninger til sig selv men hun havde internaliseret idealbilledet via eksterne standarder, som hun stødte på i f.eks. medierne og Amalie havde en klar forventning om, at hendes publikum delte det idealbillede, samt



forventede at hun levede op til det. Amalie tvang sig selv til at befinde sig på *frontstage* og dermed ikke give sig selv lov til at blive *backstage*, hvor hun kunne slappe af og lade op til næste præstation på *frontstage*. Hun spillede derved ikke blot rollen som perfekt overfor sit publikum, men også overfor sig selv og dermed forsøgte hun at overbevise sig selv om, at rollen som perfekt, ikke blot var en påtaget rolle, men at hun rent faktisk var perfekt og dermed i stand til at leve op til den valgte rolle. Amalie befandt sig derfor i en anstrengende tilstand uden mulighed for at befinde sig *backstage*, for når hun befandt sig alene og derved i teorien på *backstage* tvang hun sig til fortsat at agere som befandt hun sig på *frontstage*. Amalie påtog sig derved rollen som kritisk publikum og udelukkede muligheden for, at hun kunne befinde sig *backstage* og lade op til næste præstation. For Lotte(34,10) fyldte behovet for at straffe sig selv ikke så meget som det gjorde for Amalie og Mille, men hun oplevede det ofte i forhold til hendes håndboldtræning:

*"(...) jeg havde tit sådan en målestok med, at det var kun en god træning hvis jeg var rigtig sulten inden den var færdig. Så derfor skulle det både være hårdt, men jeg skulle også sikre, at jeg ikke havde spist alt for meget inden. Så er jeg i virkeligheden ret sikker på, at hvis jeg så havde den oplevelse bagefter, så kunne jeg godt tillade mig at spise noget der, det kunne være en pita uden dressing ikke også."* Lotte(34,10) side 7.

Lotte benyttede ligesom Amalie ønskede madvarer eller goder som en motivationsfaktor til at træne ekstra hårdt eller huske at kaste op. Dette kan ses som et ønske om kontrol og hvor bestemte ting kun var tilladt, hvis der gik en bestemt vægtregulerende handling forud for denne. Derved sikrede informanterne sig at de ikke mistede kontrollen over sig selv.

For de tre informanter, der oplevede et behov for at straffe sig selv som følge af deres spiseforstyrrelse, fungerede denne straf som en form for motivering til, at fortsætte den kompenserende adfærd de udøvede, som en del af deres spiseforstyrrelse. Behovet for straf var også forbundet med følelsen af skam over ikke at kunne kontrollere overspisningerne og derved leve uden spiseforstyrrelsen. Denne skamfølelse var ofte forårsaget af frygten for omgivelsernes reaktioner, og temaet omkring det sociale analyseres i det følgende afsnit.

#### 4.6. Det sociale

---

I dette afsnit analyseres informanternes forhold til deres sociale liv, herunder hvorvidt deres sociale liv ændrede karakter som følge af sygdommen og i så fald hvordan.

Anne(31,7) fortæller at hun i starten af hendes periode med bulimi godt kunne være sammen med andre, men at dette ændrede sig i den periode hvor hun havde det værst:

*" (...)at jeg næsten ikke kunne, bare være sammen med andre. At jeg tit aflyste når jeg havde en aftale, fordi jeg ikke kunne overskue at de skulle se på sådan en hval som mig. At mine tanker gjorde, at det var svært nogle gange bare at møde frem, for så skulle de jo se mig og kunne tænke at jeg havde taget på." Anne(31,7) side 4.*

I Annes svære perioder valgte hun total isolation fra andre mennesker. Hun følte, at hun blev kigget på og at andre tænkte at hun var overvægtig. Anne havde det især svært ved, at være sammen med hendes familie, som hun anser som dybt dysfunktionel og stærkt medvirkende til hendes spiseforstyrrelse. Annes fravalg af de sociale situationer skyldes at hun udviklede en form for *scenekræk*. Hun følte sig begrænset af sin sygdom og sin vægt, og hun valgte derfor sociale situationer fra selvom hun tidligere havde nydt at være social. Hun fortæller, at hun før hendes sygdom var meget social og at hendes kalender altid var fyldt. Der var dog kun tale om overfladiske relationer, og Anne lod aldrig nogen komme helt tæt på. Hun frygtede at hendes bulimi ville blive opdaget og dermed at den rolle hun havde påtaget sig som rask ville blive underkendt. Dette gjorde at Anne ofte valgte at isolere sig fra andre, og dermed ikke udsætte sig selv for risikoen for at blive afsløret. Anne fortæller hvor vigtigt det var for hende at passe ind og føle en identifikation med sine venner og dem hun omgikkes og hvordan denne mangel på identifikation medførte isolation. Hun følte at efterhånden som bulimien forværredes, jo sværere fik hun ved at deltage i sociale situationer da dette krævede for meget energi i form af hendes *selvpræsentation*. Hun forsøgte at tilpasse sin fremtoning og sin *indtryksstyrning* så hun ikke stak udenfor men eftersom hun langsomt afveg mere og mere fra dem hun omgikkes blev det for hårdt for hende og hun valgte isolationen.

Mille(27,4) havde det, ligesom Anne, svært i sociale situationer. Hun valgte ofte sociale situationer fra, og fortæller at hun mistede sine venner og veninder, da hun blev syg. Dette begrundes hun med, at hun ikke selv kunne magte det, og at de heller ikke kunne magte hendes sygdom. Hun fortæller, at når hun endelig befandt sig i sociale situationer, så følte hun sig som et spøgelse, der ikke rigtig var til stede. De fleste i hendes omgangskreds kendte til hendes spiseforstyrrelse og dette anså Mille til tider som en belastning, idet det medførte en række spørgsmål omkring årsagen til spiseforstyrrelsen, som hun ikke følte sig i stand til at svare på:

*"Ja det var nok mest kommentarerne, det var dem hvor folk de spurgte om: Nå hvordan går det? Så var jeg jo... Hvis jeg skulle sige hvordan det rent faktisk var (griner) så var jeg godt klar over, at jeg ville komme ud i en forklaring der ville blive super akavet. Det ville være*

*fuldstændig.... Så det var bare: Det går egentlig meget godt lige for tiden. For de vidste jo godt, at jeg var syg, så jeg kunne ligeså godt lade være med at lyve om, at: Det går bare super, og jeg er bare super rask nu. Det kunne jeg ligeså godt lade være med at lyve om, for det vidste de. Mille(27,4) side 12.*

Her fortæller Mille om, hvordan hun som en del af sin *selvrepræsentation*, forsøgte at fremstå bedst muligt men stadig havde modtagerens informationsniveau for øje. Hun var godt klar over, at hun ikke kunne påtage sig en rolle som rask og få denne rolle *passeret*, men hun forsøgte stadig at påtage sig en rolle som var mere attraktiv for hende end hendes sande rolle. Hun forsøgte derfor at fremstå bedst muligt overfor sit publikum, indenfor de rammer hendes offentliggjorte sygdom tillod. Især nye bekendtskaber var vanskelige for Mille. Hun fortæller hvordan hun følte sig akavet og at hun ikke vidste hvad hun skulle tale med andre mennesker om. Hendes liv drejede sig udelukkende om hendes sygdom og hendes hunde, og derfor undgik hun helst at konversere med andre. Man kan sige at Mille kun befandt sig på *frontstage* når det var absolut nødvendigt, og at fremmede mennesker gav Mille *sceneskræk*.

Else(50,4) valgte, ligesom Mille, at isolere sig i det omfang hun fandt det muligt. Hun fortæller hvordan hun udelukkede tog på arbejde og deltog i de familiesammenkomster som hun ikke kunne undlade at deltage i, f.eks. ved højtidere, da hun havde det meget svært ved at være sammen med andre:

*"(...)jeg følte mig jo ikke tryk ved, at være mig. Jeg forsøgte jo hele tiden, at være noget andet end det jeg var. Og hvis du hele tiden står ved siden af dig selv, og ikke er i dig selv, så kunne jeg i hvert fald ikke finde nogen tryghed. Og hvis ikke jeg kunne finde tryghed i mig selv, så ville det jo være enormt svært, at være tryk sammen med andre mennesker."*

Else(50,4) side 7.

Her fortæller Else om, hvordan hendes problemer med sociale interaktioner stammede fra hendes grundlæggende utryghed ved hende selv. Hun led af dårligt selvværd og det var medvirkende til, at hun foretrak at være *backstage*. Her skulle hun ikke forholde sig til andre mennesker og blev derfor ikke konfronteret med diskrepansen mellem hendes *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet*. Frygten for, at andre ville opdage at hendes rolle som rask blot var påtaget, og ikke i overensstemmelse med hendes *faktiske sociale identitet* medførte at Else fik *sceneskræk*, og derfor valgte at isolere sig. Else havde, ligesom Anne, især svært ved at være sammen med sin familie. Og netop hendes vanskelige forhold til hendes familie var medvirkende til, at dette var det eneste sted, udover hjemme i hendes eget hjem, hvor Else kastede op. Hun fortalte, at hun følte sig nødsaget til at overspise og kaste op, i selskab med sin familie, da hun ellers ikke kunne holde ud, at være i selskab

med dem. Amalie(18,4) fortæller, ligesom Anne og Mille, hvordan hun altid har haft det svært ved at være sammen med andre mennesker, og hvordan dette ofte har hæmmet hende og hendes sociale liv:

*”Men jeg tror altid, at jeg har haft en eller anden form for social angst, også fra jeg var helt lille. Så jeg tror egentlig, at det er det der har sat min spiseforstyrrelse i gang, fordi det var alt for hårdt. Og jeg vidste jo ikke at jeg fejlede noget, jeg vidste bare at jeg havde det meget svært ved at være sammen med andre mennesker. Og jeg tror heller ikke udefra, min mor gjorde jo ikke noget og familien gjorde jo heller ikke noget. Så jeg tror egentlig, min facade den var fin nok og den var ligesom alle andres.” Amalie(18,4) side 5.*

I citatet fortæller Amalie om hvordan hun udadtil forsøgte at bevare sin facade og dermed skjule sine inderste følelser. Hun brugte meget energi på hendes *selvrepræsentation* og forsøgte at fremstå på bedst mulige vis ved at skjule de sider af sig selv som hun så som modstridende mod det perfekte. Man kan sige, at hun antog en rolle som rask og perfekt udadtil og at hun havde fornemmelsen af at denne rolle blev accepteret af hendes omgivelser, idet familien aldrig stillede spørgsmålstegn ved den påtagede rolle. Amalie fortæller om hvordan hun led af social angst og konstant tænkte på, hvad andre mon syntes om hende, og dette kan siges at være en form for *sceneskræk*, hvis man ser dette i lyset af Lyman og Scotts teori. Amalie havde en udpræget aversion mod at indtage den sociale scene af frygt for at hendes påtagede *identitet* ville blive afsløret. Denne *sceneskræk* medførte, at Amalie så vidt muligt undgik sociale situationer og hendes sociale liv var nærmest reduceret til hendes nærmeste familie og hendes skolegang. Selv om hun begrænsede de sociale interaktioner oplevede hun dem stadig som vanskelige og traumatiske. Hun fortæller i interviewet om, hvordan en almindelig bustur til skole som oftest var forbundet med ubehag og frygt, idet hun ikke turde stå af bussen. Hun frygtede at alle ville kigge på hende og dermed opdage hvor tyk og utiltrækkende hun var. Hun frygtede at opleve *stigmatisering* som følge af hendes egen oplevelse af at være overvægtig og utiltrækkende og dermed en afsløring af hendes *faktiske sociale identitet*. Frygten for *stigmatisering* medførte en frygt for at indtage den sociale scene da hun frygtede at hendes fejl ville blive opdaget og derved medføre en afsløring af diskrepansen mellem hendes *tilsyneladende* og hendes *faktiske sociale identitet*. For at håndtere denne *sceneskræk* sørgede Amalie for, at fokusere på at gøre andre glade og at være den stille og dygtige pige. Hun påtog sig en rolle, som hun forventede at alle ville acceptere, og hun fjernede derved fokus fra hende selv og hendes billede af sig selv som uperfekt, så hun kunne fokusere på at passe ind i fællesskabet.

Lotte(34,10) havde modsat Amalie(18,4) ikke et problem med at befinde sig i sociale situationer:

*"Jamen jeg tror i virkeligheden, at meget ofte når jeg har været sammen med andre, at så har jeg alligevel, så har det faktisk været mere et frirum. Fordi der skulle jeg ikke kæmpe mod mig selv, det der med at der var nogle rammer, det gjorde at så kunne jeg godt håndtere situationerne. Hvis nu vi har været på håndboldstævne i en weekend, så er det aldrig gået galt, så er det først om søndagen når jeg er kommet hjem."* Lotte(34,10) side 10.

Lotte fortæller hvordan sociale situationer virkede dæmpende på hendes bulimi, og at hun derfor anså dem som et frirum. Hun oplevede derved til en vis grad, at have kontrol over bulimien men fortæller også, hvordan denne kontrol forsvandt når hun ikke var i selskab med andre. Hun fortæller hvordan hun havde svært ved at håndtere at være alene hjemme, og hvordan hendes bulimi blev forværret da hendes kæreste rejste et semester til udlandet. For Lotte bar sociale situationer på *frontstage* mere præg af at være et frirum end det var tilfældet når hun var alene, da hun i selskab med andre følte sig forpligtet til at kontrollere sin spiseforstyrrelse. At kæresten virkede dæmpende på overspisningerne, var også tilfældet for Anne:

*"Ja, jeg tror at det både blev sværere for mig af, at jeg boede sammen med ham, men det blev også godt for mig, for det gav mig en eller anden ramme, hvor det i hvert fald var en mulighed, at leve på en rask måde. Altså bare i nogle timer. For hver dag når jeg gik i gang med de her ædeflip, så vidste jeg jo trods alt, at senest kl. 16 er han hjemme. Så det var sådan det jeg havde som ramme hele dagen til, hvornår det kunne stoppe."* Anne(31,7) side 4.

Her fortæller Anne om, hvordan hun så kærestens tilstedeværelse som en dæmpende faktor og medvirkende til færre opkastninger. Anne ønskede at befinde sig *backstage* når hun overspiste og dette var ikke muligt med kærestens tilstedeværelse, da hun i så fald ville blive afsløret som bulimiker.

Lotte valgte, ligesom Anne, isolation i de perioder hvor hendes bulimi var værst. Dette medførte en del fravær på gymnasiet og senere på universitet. Lotte valgte sociale situationer fra når hun ikke følte hun havde kontrol over hendes bulimi, da hun var meget opmærksom på at bibeholde hendes *tilsyneladende sociale identitet* og derved skjule sin *faktiske sociale identitet*. Man kan sige, at der for Lotte var for stor risiko forbundet med at vise sig offentligt i de perioder hvor hun ikke kunne undgå at overspise og kaste op i en sådan grad at det ville blive opdaget. Hun frygtede at hendes påtagede rolle som rask ville blive afvist, og valgte derfor ofte isolationen fremfor det sociale. Lotte beskriver flere gange under interviewet, at hendes bulimi var meget privat for hende, og derfor foregik denne adfærd

oftest kun når hun befandt sig *backstage*, med mindst mulig risiko for afsløring. Lotte beskriver, at hun var meget social men at dette hovedsagelig bestod af hendes håndbold, hendes skole og at gå til fester. Dette begrundes hun med, at disse aktiviteter var relativt skemalagte og at der var en klar forventning til, hvordan disse sociale aktiviteter skulle foregå. Hun beskriver hendes relationer som relativt overfladiske:

*"(...) jeg havde ikke nogen, jeg havde rigtig mange som jeg havde det sjovt med, men jeg havde ikke nogen helt nære. Det har ikke noget med maden direkte at gøre, men mere at jeg tror simpelthen ikke at jeg lukkede nogen derind. Altså, for jeg var nærmest ikke selv lukket derind altså."* Lotte(34,10) side 4.

Her beskriver Lotte, hvordan hendes mangel på nære relationer skyldtes en frygt for intimitet, og at det for hende var umuligt at dele noget med andre som hun knap selv var delagtiggjort i. Dette tyder på, at Lottes facade og påtagede rolle ikke blot handlede om hvordan andre så hende, men også en rolle hun havde behov for at påtage overfor sig selv. Lotte undgik de nære relationer for at beskytte sit eget billede af sig selv som rask og forsøgte derved at ignorere diskrepansen mellem hendes *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet*.

Mette(25,3) var, ligesom Lotte, meget social før sin spiseforstyrrelse og brugte meget energi på at bibeholde sit sociale liv på trods af sin spiseforstyrrelse. Hun fortæller, at hun følte et ansvar overfor stadig at dukke op til hendes gymnastiktræning, samt overfor hendes sociale relationer generelt. Hun oplevede derfor primært, at hendes spiseforstyrrelse var en belastning for hende selv, idet hun brugte meget energi på at andre ikke måtte opdage ændringen. Hun oplevede, som Lotte, at sociale interaktioner kunne virke hæmmende på sygdommen, idet de besværliggjorde overspisningerne og afledte hendes tanker. Hun måtte udskyde og planlægge sine overspisninger, således at de ikke fandt sted i sociale sammenhænge, hvilket gjorde at overspisningerne blev holdt i skak. Det var vigtigt for Mette at hendes sygdom forblev skjult, og det har i få tilfælde medført at hun har valgt sociale situationer fra:

*"Jeg blev inviteret i sommerhus, faktisk på et tidspunkt kan jeg huske, lige efter jeg havde mødt Kenneth. Hvor jeg egentlig sagde ja til at tage med, men hvor jeg slet ikke kunne.... Jeg kunne ikke planlægge inde i mit hoved, hvordan det skulle foregå, og hvordan skulle jeg lige undgå at blive opdaget, og kunne jeg overhovedet gøre det, og var der kun ét toilet eller altså..... Jeg vidste ikke hvor det var henne, og hvordan det lå det her sommerhus. Så der blev jeg nødt til at sige fra, selvom jeg egentlig havde sagt ja, til at starte med. For jeg kunne ikke, jeg kunne ikke planlægge mig ud af det."* Mette (25,3) side 8.

I citatet fortæller Mette om en af de få gange, hvor hun har valgt sociale situationer fra. For Mette var det altafgørende, at hun kunne planlægge sociale situationer, således at hendes sygdom forblev skjult. I tilfældet med sommerhusturen følte Mette ikke, at hun var i stand til planlægge turen og således forberede sin præstation, så at ingen ville opdage hendes spiseforstyrrelse. For Mette var turen forbundet med udsigten til, at befinde sig på *frontstage* gennem længere tid med det samme publikum og derved uden sceneskift, så det var stor risiko for afsløring. Mette frygtede en afsløring af hendes *faktiske sociale identitet* som bulimiker og denne udsigt til potentiel afsløring, gav Mette *sceneskræk* som bevirkede at hun valgte turen fra.

Alle informanter oplevede at deres sociale liv blev påvirket af deres spiseforstyrrelser. Nogle af informanterne oplevede at gå fra et meget aktivt socialt liv uden problematikker, til et liv i isolation, som følge af deres sygdom. For andre var deres sociale liv ikke let før deres spiseforstyrrelse men de oplevede en forværring af deres sociale interaktioner, da de led af bulimi. Alle informanter fortæller, hvordan de oplevede forskellige grader af påvirkning af deres sociale liv, og at det var direkte afhængigt af deres spiseforstyrrelse. Alle informanter fortæller, at de har oplevet perioder hvor spiseforstyrrelsen har været altoverskyggende og derved ikke levnet plads til sociale interaktioner, men også perioder hvor de har kunnet fungere relativt uforstyrret i sociale interaktioner. Fælles for alle er dog, at spiseforstyrrelsen har haft en markant betydning i forhold til deres sociale liv, og særligt i situationer hvor der blev serveret mad, hvilket belyses i næste afsnit.

#### 4.7. Måltider

---

Informanterne fortæller alle, hvordan især måltider var forbundet med særlige overvejelser og i dette afsnit analyseres deres forhold til disse situationer, herunder hvordan de forholdte sig til måltider i selskab med andre.

Anne(31,7) oplevede at hun i starten af hendes periode med bulimi godt kunne være sammen med andre mennesker under måltider selvom situationerne var vanskelige for hende:

*"Jeg tror jeg startede med at tænke, åh nej nu skal vi spise. Og så havde jeg en eller anden mekanisme som der gjorde, at jeg tænkte, jeg tager ikke ret meget, og jeg tager kun noget sundt. Men når min krop så bare var vant til, at overspise helt vildt når jeg var alene, så kunne jeg slet ikke.... Altså, det duede ikke det der med... Det var kun i mine tanker. Og så nåede jeg altid frem til, okay jeg spiser bare alt muligt, og så går ud og kaster op, og så var det jo sådan en blanding af lettelse over, at alt det klamme var kommet ud af min krop, og skam over, at jeg havde gjort det altså. Både overfor mig selv, den der skamfølelse af, okay*



*nu sidder jeg her igen med hovedet i toilettet, mens andre sidder derude og hygger sig. Men også skam over, at jeg så lige kunne tage mig sammen og lige tage lidt koldt vand i hovedet, og så gå ud og snakke videre og lade som ingenting. Eller måske spise videre og starte forfra med det.” Anne(31,7) side 3.*

Anne beskriver, hvordan hun i starten sagtens kunne være sammen med andre og spise det de gjorde, for derefter at gå ud at kaste op. Hun forsøgte at begrænse hendes madindtag og at sørge for at spise sundt. Som måltidet skred frem, var hun dog ikke i stand til at overholde dette og valgte så at overspise med det formål at kaste op. Hun fortæller, at hun bagefter kunne gå ind og være den glade og smilende pige. Denne følelse blev dog som sygdommen skred frem, erstattet af en følelse af bedrag når hun var sammen med andre. Hun følte at hun løj overfor dem ved ikke at fortælle at hun kastede maden op, og hvis hun var sammen med andre, så var det i meget kort tid af gangen uden der var mad involveret. Ser man dette i forhold til Goffmans begreb *passing*, kan man sige at Anne i starten af hendes periode med bulimi, ikke havde noget problem med at spille rollen som rask i selskab med andre. Hun kunne gå ud og kaste op og bagefter lade som ingenting og derved overbevise publikum om hendes rolle som rask. Som tiden gik, blev det sværere og sværere for Anne og rollen som rask blev næsten umulig for hende at spille, hvilket medførte isolation. Hun følte en høj grad af bedrag og brød sig ikke om at foregive at være rask, men hun var heller ikke klar til at spille sin ægte rolle som bulimiker.

Amalie(18,4) havde, modsat Anne, meget svært ved at deltage i sociale situationer hvor der blev serveret mad, da hun følte sig overvåget og frygtede at andre tænkte at hun overspiste:

*”Det var jo lettere at være i skole, hvis ikke der var mad, det var lettere at være til familiefester, hvis ikke der var alt det mad. Altså så kunne jeg virkelig fremstå som hende, der bare slet ikke tænkte over, at der var mad, men bare var sund og perfekt, og kunne snakke med andre uden at skulle tænke over, at åh nej nu skal vi også op til den der buffet og nu skal vi tage noget selv.” Amalie(18,4) side 8.*

Amalie foretrak situationer hvor der ikke var mad involveret, og kun deltage hvis hun følte sig nødsaget hertil. Amalie forbandt mad med mangel på kontrol og som en stor faktor i hendes negative selvbillede, og derfor fravalgte hun så vidt muligt disse situationer. Hun fandt det lettere at spille rollen som rask i situationer hvor der ikke var mad involveret da det var lettere for hende at skjule hendes *faktiske sociale identitet* som bulimiker. Hun følte sig i høj grad på *frontstage* i disse madsituationer og denne følelse delte hun med Mette(25,3), som også følte sig overvåget når hun spiste i selskab med andre og derfor sørgede for ikke at spise ret store mængder når hun var ude blandt andre:



*"(...) for mig, der var det mest normalt næsten ikke at spise, når jeg var sammen med andre mennesker. Og hvis jeg gjorde, så spiste jeg meget lidt, fordi jeg følte de kiggede på en."*

Mette(25,3) side 15.

Mille(27,4) følte sig, ligesom Mette, overvåget når hun spiste og havde samme strategi som Mette med kun at spise små portioner:

*"Og hvis der var mad involveret, så sad jeg jo bare hele tiden og tænkte på (griner), hvor er det nærmeste toilet, hvornår kan det her komme op igen? Og prøvede selvfølgelig stadigvæk på, at gå tilbage til, ikke at spise noget, det var jo, et eller andet sted det smarteste i mit hoved. Men det kunne jeg bare ikke rigtig mere på det tidspunkt, så jeg havde ikke rigtig den vilje til at lade være med at spise noget, så det blev bare den nye løsning, ej men så okay, så æd alt hvad du kan og bræk det op igen. Og det sad jeg jo bare og tænkte på, hvis det var en madsituation (...)I starten var det sådan noget med: lad være med at tage for meget, og du tager kun lige det her salat, du tager kun lige det her, men når jeg først fik noget indenbords, så gik det fuldstændig galt for mig. Og så blev det bare et spørgsmål om at komme ud og få det hurtigst muligt op igen. Og bagefter havde jeg jo ikke lyst til at være sammen med folk, fordi jeg havde en fornemmelse af, at jeg stank af bræk."*

Mille(27,4) side 10.

Mille fortæller hvordan hun havde en strategi om kun at spise små mængder, men at det som regel mislykkedes. Else(50,4) havde en lignende strategi:

*"Og ja, der var lang tid hvor jeg lagde den samme plan hver aften med, at i morgen... Hvad jeg måtte spise, og specielt hvad jeg ikke måtte spise. Og hvor dagen jo gik som den gik den foregående, at det startede meget godt med næsten ingen morgenmad, og næsten ingen frokost, og når jeg så nåede hen til efter arbejde kl. 16, så var jeg ved at dø. Og så faldt jeg i. Og hverken jeg eller andre bulimikere er særlig dumme. På et eller andet plan der fungerer intelligensen rigtig godt, men at gennemskue det plot der, det gjorde jeg bare ikke."*

Else(50,4) side 2.

Else fortæller her om, hvordan hun også havde en strategi med ikke at spise ret store mængder. For Else var der dog tale om en strategi hun havde dagligt, også når hun ikke befandt sig i sociale situationer. Man kan sige at Mette og Mille følte, at de befandt sig på *frontstage* i madsituationer, og at dette virkede ubehageligt for dem. Mette frygtede ikke at få *passeret* sin rolle som rask og sørgede for kun at overspise når hun befandt sig *backstage*, hvorimod Milles omgangskreds kendte til hendes spiseforstyrrelse og dermed kunne hun ikke *passere* som rask i sociale situationer. Hun prøvede dog

stadig at kontrollere sine overspisninger i det offentlige rum, og dermed give andre indtryk af, at hun havde mere kontrol over sin spisning, end hun reelt havde. Ligesom Mille og Mette, forsøgte Else at kontrollere sine overspisninger, men dette var også tilfældet når hun befandt sig *backstage*. Else havde, modsat de øvrige informanter, en frygt for at have mad i huset. Og under interviewet fortæller hun om, hvordan hendes daværende kæreste havde købt ind og fyldt hendes køleskab med madvarer. Dette fik Else til at gå i panik og hun beskriver hvordan hun blev meget vred på kæresten, og at dette fik hende til at indse, hvor problematisk hendes forhold til mad var. Else havde nogle få ting som hun kunne spise, og når hun overspiste var det udelukkende chokolade. Hendes meget kontrollerede forhold til mad, gjorde at hun ikke kunne overskue at have store mængder mad i huset, og slet ikke fødevarer som hun havde bestemt var forbudte at spise.

Lotte(34,10) fortæller i interviewet, at hun følte et stort pres når hun befandt sig i madsituationer i sociale sammenhænge. Hun brugte meget energi på at sørge for ikke at overspise, så hun derved kunne undgå at kaste op:

*"(...) så længe jeg kunne styre det, så behøvede jeg ikke at kaste op, og det var i virkeligheden rarest, men der var bare rigtig tit hvor jeg kom over den grænse, og så kunne det i øvrigt også bare være ligegyldigt. Så kunne jeg ligeså godt fortsætte."* Lotte(34,10) side 3.

Lotte forsøgte, som de øvrige informanter, ikke at overspise i selskab med andre, men dette mislykkedes ofte for hende. Lotte oplevede det som et tab af kontrol og når hun først havde tabt kontrollen kunne hun ligeså godt fortsætte sin overspisning. Man kan sige at Lotte forsøgte at tøjle sin *faktiske sociale identitet* ved at kontrollere sine overspisninger for derved at skjule denne *identitet* overfor omverden.

Samtlige informanter fortæller, hvordan de, i selskab med andre, havde et mål om blot at spise små og sunde måltider modsat deres normale rutine med overspisning og opkastning. Det var dog langt fra altid muligt for dem at overholde, og det gav informanterne en følelse af tab af kontrol og skam. Måltider blev forbundet med øget stress når de blev indtaget med andre idet der var en risiko for afsløring af informanternes påtagede roller som raske. Uanset deres omgivers kendskabsniveau fortæller samtlige informanter, at de havde et ønske om at skjule deres overspisninger og det medførte for nogle at der kun blev indtaget kontrollerede måltider i selskab med andre, mens det for andre medførte et øget fokus på at hemmeligholde opkastningerne. De strategier som informanterne anvendte i forsøget på at skjule deres spiseforstyrrelser analyseres i det følgende afsnit.

## 4.8. Strategier

---

I dette afsnit analyseres strategierne informanterne benyttede sig af i forbindelse med at holde sygdommen eller omfanget af den skjult.

Anne(31,7) fortæller i interviewet hvordan hun forsøgte at skjule sine overspisninger for hendes kæreste:

*"Altså når jeg var nede og handle så tog jeg f.eks. aldrig bonnerne med og vi boede i lejlighed og der var sådan en affaldsskakt lige udenfor vores dør, så hver gang når jeg sådan havde fået rensset helt ud og var færdig med at kaste op, så tog jeg alle resterne og emballage og sådan noget og smed i en pose og ned i skakten, for så var det ligesom ikke sket." Anne(31,7) side 3.*

Annes kæreste var bekendt med hendes bulimi men på trods af det ønskede Anne ikke at han kendte det fulde omfang af hendes overspisninger. Derudover fungerede oprydningen også som en form for benægtelse for Anne selv, idet hun følte det nærmest ikke var sket når hun havde ryddet op efter overspisningerne. Det var dermed ikke blot overfor hendes omgangskreds at hun var bevidst omkring hendes *selvrepræsentation* og *indtryksstyrning*, men også overfor hende selv. Hun forsøgte igennem oprydningen, at overbevise sig selv og andre om, at overspisningen og dermed bulimien aldrig havde eksisteret. Resterne af overspisningerne blev derfor synlige beviser på den adfærd som hun følte så stor skam over, og ved at skaffe sig af med resterne opnåede Anne en følelse af at den skamfulde adfærd aldrig havde fundet sted.

Else(50,4) var, ligesom Anne, også opmærksom når hun var ude og handle. For Else drejede det sig dog om ikke at handle samme sted to dage i træk. Hun følte at andre ville kunne se på hendes indkøb, at hun var bulimiker, især hvis hun købte de samme typer og mængder af varer flere dage i træk. Hun var derfor meget bevidst om sin *indtryksstyrning*, og dermed hvilke indtryk hun efterlod andre med. I selve indkøbssituationen var det vigtigt for Else, at hendes *faktiske sociale identitet* ikke blev afsløret og hun påtog sig dermed en *tilsyneladende sociale identitet* som en rask person uden et problematisk forhold til mad. Supermarkeder var derved en *frontstage* for Else, hvor hun blev meget bevidst om hvilken rolle hun spillede og ønskede at få *passeret* af sit publikum.

For Lotte(34,10) var det mere under selve måltiderne hun følte, at hun i høj grad anså sig som værende på *frontstage*. Hun fortæller i interviewet hvordan hun blandt andet undgik bestemte madvarer for at undgå overspisninger og opkastninger, når hun var i selskab med andre. I selskab med

andre, havde Lotte altid det mål kun at spise en lille portion, så hun kunne undgå at kaste op men det lykkedes ikke altid at overholde:

*"(...) jeg har kastet op alle steder. Altså selvfølgelig derhjemme, og jeg boede i en anden by i en periode fordi at jeg læste og spillede håndbold der, og der boede vi to sammen i en lejlighed, og der kan jeg huske om natten, der kunne det også være i min skraldespand. Og så var det bare at binde en knude på den, og så få den listet ud på en eller anden måde. Det kunne også være nede på skolen, det kunne være på et eller andet offentligt toilet nede i byen, altså steder hvor jeg nok i dag ville synes, at det var lige en tand for ulækkert i virkeligheden, men hvor jeg på det tidspunkt bare havde en ting i hovedet."* Lotte(34,10) side 5.

Lotte forsøgte at skjule sine opkastninger, så hun måtte kaste op steder hvor hun normalt ville finde det upassende. I et forsøg på at bibeholde hendes påtagede rolle som rask valgte hun steder, som efter omstændighederne bar mere præg af *backstage* end de mulige alternativer. F.eks. valgte Lotte ikke at benytte toilettet i lejligheden, som hun delte med en veninde, men i stedet en skraldespand på hendes værelse af frygt for en afsløring af hendes opkastninger og derved hendes *faktiske sociale identitet*. Lotte fortæller også, hvordan hun har haft en strategi om at komme til sociale sammenkomster efter spisningen og derved undgå fristelsen i at overspise offentligt. Lotte fortæller at hun ikke frygtede at hendes bulimi ville blive opdaget, idet hun følte hun havde kontrol over det, men at hun frygtede at andre ville opdage hendes unormale forhold til mad. Dette forsøgte hun at afværge ved at fortælle om hvor meget hun havde spist tidligere på dagen og lignende udtalelser, der skulle overbevise andre om at hun ikke havde et problematisk forhold til mad. Lotte følte ikke en stor frygt forbundet med en afsløring af hendes bulimi, idet hun var i stand til at spise relativt normale portioner i selskab med andre uden at det resulterede i opkastninger. Det begrundede Lotte med at en stor del af hendes kompenserende adfærd bestod i overtræning.

Mette(25,3) brugte samme strategi med at kontrollere sine portioner når hun spiste sammen med andre. Mette kunne godt undgå at overspise offentligt, men selv efter normale portioner følte Mette sig nødsaget til at kaste op. Hun kastede ofte op på vej til gymnastik, og hun havde et bestemt sted, under en bro, hvor hun kastede op. Hun var tit sammen med mange forskellige mennesker i løbet af en dag og benyttede ofte sceneskiftene til at kaste op og kunne derfor undgå at kaste op når hun befandt sig sammen med et publikum. Det gav hende både muligheden for at undgå at spise men også pauser til at kaste op. Mette fortæller, at hun ofte undskyldte hendes manglende spisninger med travlhed, og løj om at hun enten skulle spise ved hendes kæreste eller at hun havde spist hjemmefra. Hun tog stadig med veninderne på cafebesøg, men også her undskyldte hun sig med at hun havde spist hjemmefra og hun

kunne derfor nøjes med en juice. Hun sørgede derfor for, så vidt muligt, at undgå at spise offentligt og hendes overspisninger foregik når hun var alene:

*"Der var det jo bare sådan det var. Det var en del af min hverdag, at skulle planlægge det hele, og indsætte pauser og toiletbesøg, og hvor spiser jeg henne og spiser jeg overhovedet. Og hvad skal jeg fortælle dem og dem. Så alle de der løgne og sådan nogle ting, de blev bare en del af ens hverdag..."* Mette(25,3) side 16.

I citatet fortæller Mette om, hvor meget planlægning det krævede, at hemmeligholde hendes spiseforstyrrelse. Mette var meget bevidst om diskrepansen mellem hendes *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet*, og hun brugte derfor meget energi på at skjule denne diskrepans. Det gjorde hun ved at påtage sig en rolle som rask - en rolle, som var meget krævende at spille overbevisende for Mette. For ikke at få afsløret sin faktiske rolle som bulimiker begyndte Mette også at ryge. Hun fortæller hvordan rygningen gav hende mere tid efter måltiderne til at kaste op, uden at nogen ville lægge mærke til at hun var væk længe. Efter måltiderne gik hun derfor ud og kastede op, og efterfølgende gik hun ud for at ryge. Ved at gøre begge dele sørgede hun for at ingen fik mistanke til hendes lange toiletbesøg, idet de troede hun var ude at ryge.

Mille(27,4) brugte samme strategi, med at forsøge at kontrollere sine portioner, når hun var i selskab med andre:

*"Så jeg tror, i selskab med andre, lige i forhold til bulimi, der var jeg ret god til at beherske mig, og det så ikke ud som om... Den dag i dag har jeg ikke den fjerneste ide om hvad en normal portion for mig er, jeg kan stadig ikke finde ud af hvornår jeg er mæt. Og det kunne jeg heller ikke der, så jeg tog jo bare hvad de andre så nogenlunde tog, og så, ja så prøvede jeg, at virke så normal som mulig der, og så gik det bare helt galt for mig, når jeg så endelig kom hjem."* Mille(27,4) side 11.

Hendes spiseforstyrrelse var ikke skjult for hendes omgangskreds, som det var tilfældet for de øvrige informanter, så Milles forsøg på at begrænse sine portioner og dermed sine overspisninger, var mere et forsøg på at skåne sine omgivelser for at se hende overspise, end det var et forsøg på at skjule sin sygdom. Milles beskrivelse af at hun forsøgte at efterligne hendes omgangskreds med hensyn til portionsstørrelse, idet det ikke var en naturlighed for hende, beviser hvorledes sygdommen medførte en høj grad af refleksivitet over handlinger som normalt anses som selvfølgelige. Mille forsøgte at tilpasse sine handlinger og derved hendes *indtryksstyrning*, således at hun ikke afveg fra normen og derved gjorde sig sårbar overfor en potentiel *stigmatisering*. Hun fortæller dog, at kun hendes anoreksi var kendt og at hun så vidt muligt, forsøgte at skjule sin bulimi. Mille forsøgte at holde sin *faktiske*

*sociale identitet* som spiseforstyrret hemmelig, men da anoreksien medførte et stort vægttab, var det ikke længere muligt og hun blev derfor afsløret grundet hendes *kropslige stigma*. Hun påtog sig derfor rollen som spiseforstyrret men da hun udviklede bulimi valgte hun at skjule denne rolle overfor sit publikum. Anoreksien medførte, for Mille, et *kropsligt stigma* i form af en svært undervægtig krop, og derfor havde hun ikke muligheden for at skjule sin spiseforstyrrelse. Hun fortæller, hvordan spiseforstyrrelsen blev lettere at holde skjult, da hendes anoreksi udviklede sig til bulimi. Hun blev mere normalvægtig og hendes *stigma* ændrede derved karakter fra et *kropsligt stigma*, til et mere *karaktermæssigt stigma*.

Else(50,4) kontrollerede også sine portioner for at undgå at kaste op. Dette var dog ikke kun i selskab med andre men også når hun var alene. Hun sørgede altid for udelukkende at overspise når hun var alene eller hjemme ved hendes forældre. Hun følte sig overbevist om, at hendes familie ikke ville opdage hendes opkastninger:

*"Og i min familie, der er de så tilpas blinde og uopmærksomme, så det ville da have været underligt. Den eneste der måske ville have kunne opdage det, det var min søster. Fordi hun har jo øjnene med sig, i et eller andet omfang, på det tidspunkt. Men nej. Og så var der også altid vin, så vi gik jo alle sammen rundt i sådan en halvbrandert. Så nej der var ingen der opdagede noget, nej."* Else(50,4) side 4.

Else fortæller i citatet, hvordan hun kun kastede op hjemme hos familien, hvis hun var sikker på at det ikke ville blive opdaget. Hun beskriver dem som overspisere, og at dette blandt andet var årsagen til, at de ikke bemærkede når hun selv overspiste, da hun ikke skilte sig ud fra de andre. Else følte derved, at hun befandt sig *backstage* sammen med sin familie, i forhold til at hemmeligholde sin sygdom. Hun anså familien som et publikum hvor risikoen for afsløring af hendes *faktiske sociale identitet* var minimal. Hun følte at hun ikke behøvede hemmeligholde sin *faktiske sociale identitet*, idet hun anså sin familie som for uopmærksomme til at opdage, at denne *identitet* var en bulimikers. Hun havde derved stadig en trang til at hemmeligholde sin *faktiske sociale identitet*, men dette var, for Else, ikke forbundet med samme mængde af *indtryksstyrning* blandt sin familie, som i andre sociale sammenhænge. Hun tilpassede altså sin *selvrepræsentation* og *indtryksstyrning* alt efter hendes publikum.

Amalie(18,4) har som de øvrige informanter også benyttet sig af forskellige strategier for at holde sin spiseforstyrrelse skjult for omverden:

*"Jeg sørgede altid for at der ikke var, altså rester af bræk i toilettet, og at det ikke lugtede, så nogen gange kunne jeg finde på at sprøjte lidt parfume på badeværelset. Men jeg kan*

*huske, at der var engang jeg havde været ude at løbe og kom hjem, brækkede mig, hvor der sad lidt bræk tilbage i mit hår, det gad jeg ikke vaske af, og det var et eller andet sted et råb om hjælp.” Amalie(18,4) side 4.*

Amalie beskriver i citatet hvordan hun sørgede for, at hun ikke efterlod spor af sine opkastninger for ikke at blive afsløret som bulimiker – indtil hun var klar til at blive afsløret og til at modtage hjælp. Hun beskriver også i interviewet hvordan hun stoppede med at børste tænder på det tidspunkt hvor hun ønskede at hendes rolle som rask ville blive afsløret som blot en rolle. Her ses det, hvorledes informanterne ikke blot anvendte forskellige strategier i forhold til deres *indtryksstyrning* når det handlede om at hemmeligholde deres sygdom, men også i de tilfælde hvor de ønskede en konfrontering. Amalie havde svært ved at afsløre sin *faktiske sociale identitet* og ved at ændre sin *indtryksstyrning* undgik hun direkte at træffe valget om at afsløre sin *identitet* som bulimiker.

Samtlige informanter havde strategier for, hvordan de hemmeligholdte deres spiseforstyrrelser overfor deres omgivelser. For nogle af informanterne var det muligt ikke at overspise og kaste op i selskab med andre, hvilket gjorde hemmeligholdelsen lettere. For andre drejede strategierne om at skjule opkastningerne og derved minimere risikoen for afsløring af deres sygdom. Fælles for alle informanterne, er at de alle i et eller andet omfang benyttede forskellige strategier for, hvordan de bedst bibeholdte deres roller som raske og derved skjulte deres *faktiske sociale identiteter*. Informanterne oplevede dog alle at deres spiseforstyrrelse på et tidspunkt ændrede karakter fra skjult til kendt, og dette tema belyses i det følgende afsnit.

#### 4.9. Fra skjult til kendt

---

I dette afsnit analyseres informanternes fortællinger omkring hvorvidt deres sygdom var kendt af andre og i så fald hvordan dette har fundet sted.

I størstedelen af Annes(31,7) periode med bulimi var der ingen der kendte til hendes sygdom, da hun ikke ønskede at hendes omgivelser skulle have medlidenhed med hende, eller se hende som syg og svag. Hun fortæller også, hvordan hun frygtede, at en italesættelse af sygdommen ville tvinge hende til at reflektere over hendes sygdom og blive rask. At skulle leve uden spiseforstyrrelsen var en ambivalent tanke for Anne, da hun på den ene side så spiseforstyrrelsen som et helvede men på den anden side havde svært ved at se sig selv leve uden den.



Hun valgte dog efter cirka halvandet år at fortælle det til sin kæreste:

*(...) det blev bare så stort inde i mit hoved til sidst, at jeg var nødt til at sige det til nogen.*

*Fordi jeg kunne ikke holde det ud mere.” Anne(31,7) side 2.*

Anne valgte at fortælle netop sin kæreste om hendes sygdom, da de boede sammen og han i forvejen vidste, at hun havde det skidt. Hun havde i forvejen svært ved at skjule det overfor ham, og hun fortæller at han var den der var tættest på hende. Han var den eneste hun valgte at fortælle om sin bulimi mens hun stadig led af sygdommen og først efterfølgende har hun fortalt det til nogle af sine veninder. Hendes forældre kender stadig ikke til hendes sygdom. Anne valgte at holde bulimien skjult for de fleste af frygt for, hvad andre ville tænke om hende og ifølge Goffman ville man sige, at hun frygtede at blive *stigmatiseret* som følge af hendes sygdom og derfor valgte hun først at fortælle hendes veninder om det efterfølgende. På det tidspunkt følte hun ikke samme grad af skam, da hun var ovre sygdommen og ikke så samme risiko for *stigmatisering*. Hun valgte at afsløre sin sygdom overfor det publikum hvor hun så størst sandsynlighed for at blive *anerkendt*, trods sin afvigende adfærd.

Lotte(34,10) ønskede, ligesom Anne, ikke at delagtiggøre andre i sin spiseforstyrrelse, hvilket skyldtes hvordan hun oplevede andres syn på sygdommen og på hende selv:

*(...) altså der var nogen hvor jeg et eller andet sted synes, at det var at tabe rigtig meget ansigt på en eller anden måde, og det var især i forhold til mine forældre. Fordi det var jo ikke, altså i min optik var det jo ikke det billede de havde af mig, altså. Så det tror jeg faktisk, at det var det der var sværest.” Lotte(34,10) side 2.*

Hun beskriver, hvordan hun ville føle en afsløring af hendes bulimi som at tabe ansigt. Hun fortæller også, at hun ønskede at skåne sine forældre og derfor ventede hun med at indvie dem til hun var på vej i terapi for sin spiseforstyrrelse. Beskrivelsen om at tabe ansigt tydeliggør hvordan Lotte under sin sygdom, har forsøgt at fremstå bedst muligt og at en afsløring af sygdommen ville ændre andres opfattelse af hende, som én, der var i kontrol.

Ligesom Anne, er den første Lotte vælger at fortælle om sin sygdom, hendes daværende kæreste. Dette valg begrundes hun med, at det var ham hun følte sig mest tryk ved og hvor hun var sikker på en positiv reaktion, da han var et meget forstående og åbent menneske. Lotte vælger derfor at betro sig til den person hvor hun er mest sikker på at blive *anerkendt* for sin sygdom, da hun netop frygter at hendes afsløring af sygdommen vil medføre en mangel på *anerkendelse*.



Amalie(18,4) var, ligesom Lotte og Anne bange for omgivelsernes reaktion på hendes spiseforstyrrelse, og hun fortæller at hun gerne ville skjule sin sygdom, men at hun på den anden side gerne ville have, at andre skulle se hvor dårligt hun havde det. Hendes ønske om at skjule sin bulimi stammede ifølge Amalie fra en frygt for at blive set på som fed og klam og en mangel på forståelse overfor alvoren af sygdommen. Amalie vælger dog på trods af denne frygt, selv at fortælle om sin spiseforstyrrelse og de første hun valgte at fortælle det til, var nogle drenge fra hendes skole. Hun fortæller, at hun følte et behov for at dele det med nogen og at hun valgte netop de drenge, idet hun havde en forventning om at de ikke ville forsøge at hjælpe hende. Hun udvalgte derfor også nøje hvilket publikum hun ville afsløre sin sygdom overfor på baggrund af hendes forventninger til dette publikums reaktion. Drengene vælger dog ikke at holde på Amalies hemmelighed, hvilket fører til en konfrontation på hendes skole:

*”Nej, men altså det startede med at jeg kom op at diskutere med en pige fra skolen, det var sådan en rigtig træls episode. Og så skulle vi op på kontoret og så sagde hun oppe på kontoret der, at: ej men folk de går også rundt og siger at du har bulimi, og at du lugter af bræk og sådan noget nogle gange, men jeg tror simpelthen ikke på det, fordi at så tynd er du jo heller ikke. Og så hev hende skoleinspektøren mig så med ud og spurgte om det var rigtigt, og så brast jeg sammen, og så sagde jeg ja. Så kunne jeg bare ikke klare mere.”*  
Amalie(18,4) side 2.

Amalie oplevede under konfrontation at hendes publikum havde større indsigt end hun havde forventet og derved begrænsede hendes muligheder for at *passere* som rask. Med sin indrømmelse overfor skoleinspektøren vedkendte hun sig diskrepansen mellem hendes *tilsyneladende sociale identitet* og hendes *faktiske sociale identitet* og ved denne indrømmelse gjorde hun sig sårbar overfor en eventuel *stigmatisering*. Pigen fra skolen havde en forventning til et bestemt ydre ved en person, der led af bulimi og hun havde derved en forventning om en form for *kropsligt stigma* forbundet med sygdommen. Derfor forholdt hun sig tvivlende til rygterne omkring Amalies bulimi. Bulimikere er dog ofte, som i Amalies tilfælde, normalvægtige og derfor er deres sygdom ikke umiddelbart synlig. Derfor er den type af *stigma* som Amalie risikerede at opleve ikke et *stigma* som følge af en fysisk afvigelse fra normen, men nærmere et *stigma* som følge af en karaktermæssig afvigelse. Pigens reaktion viser dog, at *stigmatisering* er relativ og afhængig af den enkeltes associationer og derved forventninger til et givent *stigmatiserende* karaktertræk. Derved er *stigmatisering* ikke altid mulig at forudsige, idet den ikke blot er socialt konstrueret men også relativ og derved afhængig af den enkelte. I dette tilfælde var pigen ikke klar over det faktum at bulimikere som oftest er normalvægtige og derfor ikke nødvendigvis bærer et *kropsligt stigma*, hvilket bevirkede at hun ikke godtog rygterne omkring at Amalie led af bulimi, idet hun forventede et *kropsligt stigma*. Else(50,4) har, ligesom Amalie, oplevet at

hun på den ene side gerne ville have at hendes omgivelser skulle hjælpe hende, men på den anden side skammede hun sig over sin spiseforstyrrelse og ønskede derfor at holde den skjult. Ligesom Amalie frygtede Else hvordan andre ville se på hende:

*"Ja så ville de jo tænke at, ad jeg var klam eller væmmelig eller beskidt eller noget i den retning. De ville afvise mig, de ville ikke kunne lide mig, de ville ikke snakke med mig mere, de ville udstøde mig. Og det gælder selvfølgelig både bulimien, og det der er indeni mig. Det er helt klart den frygt jeg bar rundt på, at det var sådan de ville gøre."* Else(50,4) side 9.

I citatet fortæller Else, hvordan hun frygtede sine omgivers reaktion, og at det var årsagen til at hun valgte at hemmeligholde sin spiseforstyrrelse. Hun frygtede at blive *stigmatiseret*, som følge af sin *faktiske sociale identitet* og valgte derfor at spille rollen som rask, når hun befandt sig i sociale situationer. Denne frygt for *stigmatisering* medførte, at ingen kendte til hendes spiseforstyrrelse, selv ikke hendes terapeut. Else havde det psykisk dårligt hvilket var årsagen til, at hun gik ved en terapeut men selv overfor terapeuten, valgte Else at hemmeligholde hendes *faktiske sociale identitet*. Hun valgte dog efter nogle år, at afsløre sin sygdom overfor terapeuten, men Elses familie fik først kendskab til hendes sygdom, efter at hun var blevet rask.

Mette(25,3) ønskede også at hemmeligholde sin sygdom, da hun, som Lotte, frygtede for omverdenens reaktion. Hun fortæller i interviewet, hvordan hun frygtede at hun ville blive valgt fra som følge af sin sygdom. Hun var bange for at hendes omgivelser ikke ville kunne magte hendes spiseforstyrrelse, og at de som følge af den ikke ville invitere hende med på cafe eller til lignende sociale arrangementer. Hun frygtede derfor en *stigmatisering* som ville medføre social eksklusion, og derfor valgte Mette at holde sin sygdom skjult, indtil hun til sidst ikke kunne hemmeligholde sygdommen længere. Hun fortæller hvordan hun på sin efterskole ønskede, at hendes bulimi blev opdaget, da hun ikke længere kunne rumme at bære sygdommen alene. Hun begyndte derfor at kaste op hyppigere, og steder hvor risikoen for at hun blev opdaget var betydelig større. Hun ønskede en afsløring af hendes *faktiske sociale identitet* og valgte at placere sig i risikozonen for afsløring ved at kaste op steder hun ellers definerede som *frontstage* og med dertil hørende øget risiko for afsløring. Hun indrettede sin *indtryksstyring* strategisk, således at hun kunne undgå en direkte konfrontation ved en verbal afsløring af hendes sygdom, hvilket viser at denne beslutning om en afsløring af sygdommen var svær for hende at træffe. Det blev opdaget af hendes værelseskammerat og hendes forældre fik besked om hendes sygdom. Mettes sygdom tog meget hårdt på hendes forældre, hvilket gjorde at hun ikke fortalte dem det, da sygdommen vendte tilbage efter et par år.

I stedet valgte hun at fortælle det til sin nye kæreste:

*”Så jeg tror det var derfor jeg turde fortælle ham det, og selvfølgelig også for, at få noget hjælp, af en eller anden art. Men jeg tror, at jeg turde fortælle ham det, fordi der ikke var så stor en risiko ved det. Og hvis han dømte mig, så var det jo lige meget, for han kendte mig jo ikke rigtig, ligesom hvis jeg fortalte det til mine venner, de ville jo se mig på en helt anden måde. Men han så mig jo slet ikke på nogen som helst måde endnu, på det tidspunkt.”*

Mette(25,3) side 3.

I citatet fortæller Mette om, hvorfor hun netop valgte hendes kæreste, da hun havde behov for at fortælle om sin sygdom. Hun beskriver det som mere sikkert, da hun ikke kendte ham så godt, og en eventuel afvisning dermed ville være lettere for hende. Hun fortæller i interviewet, hvordan hendes nære veninde blev ked af det, da hun efterfølgende fortalte hende om sin sygdom, da veninden følte at Mette havde valgt hendes kæreste fremfor hende. Mette havde sværere ved at afsløre sin *faktiske sociale identitet* overfor hendes nærmeste, da hun her havde mere at miste. Dette viser at Mette fandt *anerkendelsen* vigtigst blandt hendes nærmeste og derfor ikke turde risikere en manglende *anerkendelse* blandt disse personer. Mille(27,4) havde, modsat de øvrige informanter, ikke oplevet at hemmeligholde hendes spiseforstyrrelse for familien:

*”Jeg tror også godt at hun kunne se, at jeg havde tabt mig noget, men jeg tror det var mere adfærden hun begyndte at lægge mærke til. Og så tror jeg, det var sådan lidt i fællesskab vi fandt ud af, hvad det egentlig var, og så. Det var egentlig ret hurtigt. Der gik ikke ret lang tid efter, at jeg holdt op med at spise før, at hun opdagede det, eller de begge opdagede det. Så det har jeg egentlig aldrig skulle gå og skjule. Det har jeg ikke brugt energi på, ikke i forhold til dem, i hvert fald.”* Mille(27,4) side 8.

Mille fortæller her om, hvordan hun, i samråd med sin mor, opdagede sin spiseforstyrrelse. At familien kendte til hendes spiseforstyrrelse, anså Mille som både en befrielse og en belastning. Hun slap for at skjule sin sygdom og skulle derfor ikke forsøge at spille en rolle der ikke var i overensstemmelse med hendes *faktiske sociale identitet*, men på den anden side oplevede hun at blive overvåget af sine forældre og følte sig derfor på *frontstage* i sit eget hjem.

Informanterne oplevede alle at deres spiseforstyrrelse ændrede karakter fra skjult til kendt, og dette påvirkede informanternes sociale relationer. Flere af informanterne fortæller, hvordan de inderst inde ønskede at deres sygdom blev opdaget, da de ønskede hjælp til at komme ud af spiseforstyrrelsen. Samtlige informanter oplevede at en offentliggørelse af deres spiseforstyrrelse medførte et vist pres omkring behandling af spiseforstyrrelsen, hvilket også blev beskrevet som en medvirkende faktor til

hemmeligholdelsen. Bulimien trives bedst i det skjulte og derfor kan det siges at informanterne først valgte at fortælle om deres sygdom, da de ønskede at blive raske. De fleste af informanterne valgte en person de nærede stor tillid til, men som ikke var en uundværlig person. Dette begrundes med, at frygten for at blive udstødt og derved miste de nære relationer var til stede og en medvirkende faktor under udvælgelsen. Fælles for alle informanter er, at de ønskede deres omgivers *anerkendelse* hvilket behandles i næste afsnit.

#### 4.10. Anerkendelse

---

I dette afsnit analyseres informanternes forhold til *anerkendelse*, herunder hvordan denne *anerkendelse* påvirkede deres adfærd i forhold til andre mennesker samt deres bulimi.

Anne(31,7) fortæller i interviewet omkring hvorfor hun valgte, ikke at fortælle hendes forældre om sygdommen og her kommer hun ind på, at hun tror forældrene har kendt til bulimien, men har valgt ikke at italesætte det overfor Anne. Hun blev skuffet over hendes forældres manglende indgriben og beskriver en situation, hvor hun er sikker på, at hendes mor opdagede hende:

*"Men så var der gået lidt tid, så det var sværere at kaste op end det normalt var. For normalt, og det kan jeg stadigvæk, så kan jeg bare sådan åbne min mund og så selv styre maven sådan uden at jeg behøver at stikke fingrene i halsen eller sådan noget. At så kan jeg bare gøre det hvis, lige når jeg vil. Men så, det kunne jeg ikke der, for der var gået noget tid og det skulle bare op, og så var jeg derinde i noget tid og var sådan helt rød i hovedet og tårene løb og alt det der. Og så gik min mor forbi ude på gangen, jeg hørte det, og så råbte hun: brækker du dig? (...) og så skulle jeg sådan lige tage mig sammen og sige: nej da! Og så turde jeg næsten ikke at gå ud af døren, for så forventede jeg nærmest at de alle sammen sad i en rundkreds inde i stuen og nu skulle de bare snakke med mig, og sådan noget. Men så da jeg kom ud, så sagde min mor: skal vi ikke spille et spil? (griner)"* Anne(31,7) side 6-7.

Anne fortæller her om hvordan hun forventede en reaktion, men at denne udeblev og hun fortæller, at dette på sin vis var acceptabelt for hende, da det ikke var hendes forældres støtte hun havde forventet. Hun har gennem sin barndom været udsat for mange svigt og beskriver hvordan disse svigt ikke blot har været medvirkende til hendes spiseforstyrrelser og depressioner men også den psykiske sygdom borderline. For Anne bunder hendes bulimi derfor i en manglende *anerkendelse* i den private sfære og denne mangel på *anerkendelse* har, ifølge Anne, medvirket til at hun ikke har udviklet samme selvværd og selvtillid som andre og at dette har manifesteret sig i psykiske sygdomme og spiseforstyrrelser.

Else(50,4) har, ligesom Anne, et problematisk forhold til sine forældre, og har aldrig følt sig *anerkendt* af dem:

*"Men nej, det største ubehag jeg har mødt, det er den tavshed jeg har mødt hjemme fra mine forældre af. Eller den jeg har fået fra min mor, at hun synes, at alt er hendes skyld. Hvis jeg nævner noget der er ubehageligt, så er det en bebrejdelse på hende. Så der kan jeg ikke, der kan jeg ikke snakke om det."* Else(50,4) side 9.

Else valgte at hemmeligholde sin spiseforstyrrelse overfor sine forældre mens den stod på og har først efterfølgende fortalt dem om hendes periode med bulimi og anoreksi. Elses forældre kommenterede dog ikke oplysningen og det anså Else som en manglende *anerkendelse* af hende og hendes sygdom. Elses mor følte offentliggørelsen af sygdommen som et angreb på hendes person og gik derfor i forsvarsposition når Else talte om sin sygdom. Det medførte, at Else valgte at stoppe med at tale om hendes spiseforstyrrelse hos hendes forældre.

Lotte(34,10) frygtede også at hendes spiseforstyrrelse ikke ville blive *anerkendt* af hendes omgivelser. Hun valgte derfor at holde spiseforstyrrelsen skjult, indtil hun startede i terapi og derved var på vej ud af spiseforstyrrelsen. Da Lotte fortalte andre om sin bulimi, oplevede hun dog, at denne frygt for manglende *anerkendelse* ikke var begrundet. Hun fortæller hvordan hun mødte en rummelighed og en forståelse som hun ikke havde ventet og at dette i nogle tilfælde gav hende en større tilknytning til disse personer end tidligere:

*"Jeg tror i virkeligheden i høj grad, at det betød en oplevelse af at være okay, selvom det også var en side af mig. Jeg har ikke tænkt over det på den måde, men jeg tror... Jeg har jo gået rundt med en kæmpestor frygt for, at nogen ville rynke bryn eller løbe skrigende bort. Og jeg tror at den rummelighed jeg oplevede, den gav rigtig meget."* Lotte(34,10) side 9.

For Lotte var det vigtigt at opnå en *anerkendelse*, særligt blandt personer i hendes private sfære. Netop da denne *anerkendelse* var så vigtig for hende, valgte hun udelukkende at fortælle det til personer, som hun ellers opfattede som rummelige. Dette gjorde sig også gældende for Else, som valgte at hemmeligholde sin sygdom, da hun ikke forventede at blive mødt af *anerkendelse* blandt hendes omgangskreds. Dette ændrede sig dog da Else begyndte i en frivillig organisation, hvor hun mødte andre der også led af spiseforstyrrelser. Hun søgte en form for fællesskab i form af en subgruppe, hvor hun forventede en større chance for *anerkendelse*. Her oplevede Else for første gang at blive *anerkendt*, hvilket gav hende modet til at åbne op og ikke at spille roller som ikke var i overensstemmelse med hendes faktiske selv. Dette fortæller Else gav hende en følelse af tryghed og virkede positivt på hendes selvværd. Else fandt ikke *anerkendelsen* i hendes private sfære, blandt

hendes familie og venner, men den *anerkendelse* hun mødte i foreningen og dermed i den solidariske sfære, gav Else en følelse af selvværd og selvtillid, og gav hende modet til at tage kampen op imod spiseforstyrrelsen.

Amalie(18,4) havde også oplevet en frygt for ikke at blive *anerkendt* som følge af sin spiseforstyrrelse men denne frygt viste sig ikke at være begrundet:

*"De har haft en kæmpe forståelse og medfølelse, og accepteret at det bare var sådan det var. Så det var faktisk befriende at komme ud med det, for folk de reagerede meget anderledes end jeg havde forestillet mig."* Amalie(18,4) side 9.

Hun fortæller også, hvordan denne *anerkendelse* var en åbenbaring for hende, og bevirkede at hun blev i stand til at turde åbne op og stole på andre mennesker og derved udfordrede *anerkendelsen* Amalies negative selvbillede. For Amalie gav *anerkendelsen* hende troen på sig selv tilbage, og troen på at hun også var noget værd.

Som de øvrige informanter, oplevede Mette(25,3) en frygt for, at hendes spiseforstyrrelse ikke ville blive *anerkendt* af hendes omgivelser:

*"Da jeg var i det, var jeg jo super bange for, at folk de skulle, hvad skal man sige, smide mig væk. At de ikke gad mig. At de ikke turde... At jeg måske bare ville være sådan en, som folk de så på, altså at jeg ville føle mig giftig. De ikke turde snakke til mig, eller ikke turde at komme hen til mig, eller røre ved mig eller sådan nogle ting."* Mette(25,3) side 10.

Derfor valgte hun en relativt ny kæreste, da hun skulle fortælle om sin sygdom, da hans *anerkendelse* ikke var lige ligeså essentiel for hende som hendes forældre og veninders *anerkendelse*. Hendes kæreste accepterede hendes sygdom, og denne accept gjorde, at Mette på den ene side gerne ville gøre ham stolt ved at blive rask men samtidig fik en følelse af accept af sygdommen, der gjorde at hun ikke følte behov for at stoppe. Hun fortæller, hvordan hun fandt det let at være sammen med kæresten, idet hun ikke skulle bruge energi på at skjule sin sygdom og at dette blev mødt af accept. Hun fortæller dog også hvordan kæresten med tiden begyndte at presse mere på for at hun skulle søge hjælp og blive rask. Dette tyder på, at jo mere hendes forhold til kæresten antog et intimt og nært forhold, jo flere følelser var der på spil og dermed øgedes kærestens interesse i, at Mette blev rask. Ved udvælgelsen af kæresten fremfor familien eller veninderne, kan man sige at Mette foretog en gradbøjning af de relationer hun betegnede som værende i den private sfære, hvor hun valgte en person, der ikke var uundværlig for hende. Mette fortæller i interviewet også om, hvordan hun oplevede en manglende *anerkendelse* i den retslige sfære, idet hun blev afvist af lægen da hendes sygdom vendte tilbage efter

nogle år. Lægen mente, at der var tale om teenagestress og ville derfor ikke henvise Mette til behandling. Samme mangel på *anerkendelse* i den retslige sfære, oplevede Anne, da hun søgte hjælp for hendes spiseforstyrrelse. Hun fortæller hvordan hun henvendte sig til en ungdomsrådgivning, og her følte Anne ikke, at de tog hendes sygdom seriøst, men bagatelliserede det som værende typisk for hende alder. Både Mette og Anne oplevede, en manglende følelse af *anerkendelse* i den retslige sfære, og dette var med til at fastholde dem i deres spiseforstyrrelser. Denne mangel på *anerkendelse* var en medvirkende faktor, da de valgte at hemmeligholde sygdommen, idet de frygtede samme mangel på *anerkendelse* i den private sfære. Frygten for manglende *anerkendelse* var derfor ikke blot koncentreret omkring en frygt for *stigmatisering* som følge af deres afvigende adfærd, men også omkring en frygt for, at deres sygdom ikke ville blive taget seriøst. Mille(27,4) oplevede også denne frygt for manglende *anerkendelse* men ikke, som de øvrige informanter, en periode hvor hun skjulte sin spiseforstyrrelse for sine omgivelser, da hendes forældre opdagede det førend hun selv gjorde. Dette medførte, at hun ikke på samme måde gjorde sig overvejelser om, hvorvidt familien ville *anerkende* hendes sygdom. Mille fortæller, at hun følte sig *anerkendt* af sine omgivelser og at de gav hende plads til at være syg, men stadig ønskede de for hende at hun skulle blive rask:

*"De respekterede på mange måder at... De vidste jo heller ikke hvad de skulle gøre, hvad er smartest? Skal vi tvinge hende til det, eller skal vi bare lade hende være? Hvad gør vi? Og jeg ved at de læste utrolig meget om det, og snakkede med andre. Men jeg følte, at jeg blev respekteret i, at jeg ikke havde lyst til at være social i spisesituationerne. At de så bakkede lidt væk og lod mig være."* Mille(27,4) side 3.

I citatet fortæller Mille om nogle af de overvejelser hendes forældre gjorde sig, i forhold til Milles spiseforstyrrelse. De ønskede at støtte hende i at blive rask men uden at presse hende til at spise, og dette anså Mille som vanskeligt for dem. Hun følte sig dog *anerkendt* og fortæller om hvordan denne *anerkendelse* gav hende lyst til at blive rask. Mille havde utrolig svært ved sociale relationer, og derfor valgte hun at anskaffe sig en hund. Dette beskriver hun som værende af afgørende betydning for hende, idet det gav hende noget at fokusere på, der ikke indebar mad:

*"Så dyrene har egentlig været noget af det vigtigste i mit liv, i forhold til processen at blive rask. De har været der, når jeg syntes mennesker var nogle idioter (griner) og så har jeg kunne gå ud til mine dyr, hvor jeg har følt en anden forståelse, selvom de jo ikke anede hvad jeg sagde til dem, så har der været noget andet alligevel."* Mille(27,4) side 7.

Mille fortæller, hvordan dyrene blev hendes redning, og hvordan hun her følte en accept og forståelse, hun ikke altid følte hun fandt blandt mennesker. Blandt dyrene skulle Mille ikke spille en rolle hun



ikke kunne leve op til, og hun kunne slappe helt af. Hun befandt sig dermed på *backstage* og skulle ikke bekymre sig om sin *selvrepræsentation* og dermed om, hvad andre måtte synes om hende.

Alle informanter oplevede et behov for *anerkendelse* og dette var især udtalt i deres private sfære. Ifølge Goffman er dette behov for *anerkendelse* naturligt for mennesket og informanterne er alle sårbare overfor en eventuel udeblivelse af denne *anerkendelse*, som medfører et ønske om at skjule sygdommen. For flere af informanterne var de nære familierelationer så dysfunktionelle at de ikke forventede at modtage denne *anerkendelse*, hvilket bevirkede at de ikke talte med familien som sygdommen. Informanternes sårbarhed overfor denne *anerkendelse*, viser sig også ved, at de valgte at dele det med personer som de ikke var i nær relation med, for derved at undgå risikoen for at miste disse personer. Behovet for at opnå *anerkendelsen* i den private sfære opvejes hermed af frygten for at miste disse relationer, og derved udskydes dette for de fleste af informanterne. Flere af informanterne søgte denne *anerkendelse* og forståelse blandt andre med spiseforstyrrelser, og temaet omkring identifikation analyseres i det følgende afsnit.

#### 4.11. Identifikation

---

I dette afsnit analyseres informanternes forhold til identifikation, herunder hvorledes de identificerede sig med deres omgangskreds og eventuelt om de har søgt fællesskaber med andre bulimikere.

Amalie(18,4) havde et stort behov for at passe ind og for at føle en form for identifikation med andre. Dette behov gjorde, at Amalie spurgte en veninde om hun ville være med til en sultekur, hvor de intet måtte spise. Dette indvilgede veninden i og de søgte råd på internettet omkring hvordan de bedst undertrykkede deres appetit. Veninden sprang dog hurtigt fra, til stor skuffelse for Amalie, og i sin søgen efter et fællesskab opsøgte hun igen disse fora på internettet. På disse fora søgte Amalie et fællesskab der ikke medførte en social forpligtelse og hvor hun ikke skulle relatere til andre på et mere personligt plan, men blot kunne få støtte og vejledning omkring hendes spiseforstyrrelse. Hun fortæller, at hun følte et behov for at blive bekræftet i, at det var okay at have en spiseforstyrrelse og at hun ikke var alene og derved en *anerkendelse* af hendes afvigende adfærd. Denne *anerkendelse* søgte hun i et fora, som ikke anså hendes adfærd som afvigende men derimod ønskværdig og nødvendig for at opnå idealkroppen:

*"Så fandt jeg ud af, at der var godt nok mange der havde det ligesom mig, og det var sgu da fedt, for så kunne vi jo være sammen om det. Så kunne vi ligesom støtte hinanden i, at vi skulle ned under 50 kilo. Så kunne vi skrive sammen og så sige: ej men du har kastet op i*



*dag, det er fandeme godt klaret, for tænk hvis de der kalorier de bare blev ved med at sidde på dig. Prøv at tænk hvor fed du var blevet.” Amalie(18,4) side 6.*

Hun beskriver i citatet det fællesskab hun fik på internetfora og hvordan det gav hende støtte og motivation til at fortsætte hendes drøm om at komme under 50 kilo. Amalie fortæller, hvordan hun via disse fora fik mere blod på tanden til at fortsætte, og at hun fik valideret sin spiseforstyrrelse og derfor fik yderligere motivation. For Amalie gav den *anerkendelse* hun fik på disse fora hende gejsten til at fortsætte sin spiseforstyrrelse. Udadtill fortsatte hun med at *passere* som rask og skjule sin *faktiske sociale identitet*, men på disse fora følte hun at hun kunne få *anerkendt* sin *faktiske sociale identitet*, hvilket gav hende en form for identifikation hun tidligere havde savnet. Hun fik på disse fora et frirum hvor hun ikke skulle påtage sig en rolle som ikke stemte overens med hendes *faktiske sociale identitet* og i dette fora var hun ikke i fare for at blive *stigmatiseret* som følge af denne afsløring.

Anne(31,7) oplevede, ligesom Amalie, et behov for identifikation og også Anne fandt dette på internetforums. Anne brugte dog ikke disse foras til at finde inspiration til at fremme sin spiseforstyrrelse, men nærmere til at finde en form for trøst og håb om, at det kunne lykkes at blive rask. Anne fortæller, hvordan hun havde en veninde med anoreksi, men at deres delte erfaringer med spiseforstyrrelser ikke gav anledning til en øget følelse af identifikation, tværtimod:

*”(...) jeg kunne simpelthen ikke holde ud, at hun prøvede at være omsorgsfuld overfor mig og så, at hun var meget tyndere end mig.” Anne(31,7) side 6.’*

Anne fortæller her om, hvordan hun ikke følte hun kunne identificere sig med sin veninde, da hun anså hende som mere tynd og derved mere syg end hende. At veninden udviste omsorg for Anne, så hun som et tegn på, at veninden så Anne som mere syg end hende selv, hvilket fik Anne til at droppe venskabet. Anne så veninden som bærer af et *kropsligt stigma*, som følge af sin undervægt grundet anoreksien, og det medførte, at Anne så hende som mere syg end hende selv.

Else(50,4) søgte, ligesom Amalie og Anne, et fællesskab med andre der også led af spiseforstyrrelser. Dette fandt hun i en frivillig organisation og her mødte hun for første gang en følelse af tryghed, hvor hun ikke skulle frygte hvad andre tænkte om hende. Hun oplevede en følelse af identifikation og følte, at hun ikke var nødsaget til at påtage sig en rolle, der ikke stemte overens med hendes *faktiske sociale identitet*. Dette var første gang Else mødte andre med bulimi, som hun indtil hun læste en bog om emnet, troede at hun havde opfundet.

Dette fortæller Else om i nedenstående citat:

*"Så, og jeg var interesseret i psykologi og var omkring en hylde, der handlede om psykologi. Og så, det er måske overdrevet sagt, at den faldt ned i hovedet på mig, men det føltes ligesådan. Jeg fik den i hvert fald i hånden, på en eller anden vis. Og den handlede om bulimi, og først der gik det op for mig, at det ikke var mig der havde opfundet det (griner). Og jeg ved faktisk ikke hvor lang tid, jeg havde haft bulimi på det tidspunkt, men det var en åbenbaring at læse den bog, og finde ud af, at det her var et symptom, som jeg delte med rigtig mange mennesker. Og der var noget at gøre ved det, og der var også en årsag til, at det var sådan. Der var rigtig meget genkendelse i den bog jeg læste."* Else(50,4) side 4.

Her fortæller Else om hendes første erfaringer med identifikation med andre bulimikere. Dette fortæller hun, gav hende en følelse af, ikke at være alene og en form for *anerkendelse* af hendes sygdom.

Mette(25,3) havde ikke, som Anne, Amalie og Else, brug for at føle en identifikation med andre med spiseforstyrrelser, men hun fortæller hvordan hun efterfølgende har hjulpet hendes svigerinde, da hun opdagede, at svigerinden kæmpede med sit kropsbillede og var tæt på at udvikle en spiseforstyrrelse. Dette fortæller Mette om i nedenstående citat:

*"Så jeg synes ikke at der er nogen grund til at dele det. Hvis folk de spørger... Jeg har da også fortalt folk det, som jeg ikke kender eller som nævner, at de måske har... Kenneths lillesøster, der var faktisk et tidspunkt, hvor Kenneth havde været inde på hendes værelse for at låne et eller andet, og så så han et brev hun havde skrevet til sig selv, hvor hun fik skrevet, hvordan hun synes hendes krop var grim og at hun var også dum, og hun havde det bare så skidt, og måske skulle hun også bare lade være med at spise, og alle sådan nogle ting, fik hun skrevet i det her brev. Og det fik han så vist til mig, hvorefter jeg så fik taget en snak med hende, for hun vidste heller ikke, at jeg var syg, eller havde været syg. Og fik taget en snak med hende om, hvad det gjorde ved en, og hvor hårdt det var, og at det ikke var noget som helst værd. Og det gjorde faktisk at vi fik et rigtig tæt bånd, hans søster og jeg."* Mette(25,3) side 9.

Mette fortæller her, hvordan hun sjældent talte med andre om sin spiseforstyrrelse, men at hun godt kunne tale om den, hvis hun følte det kunne hjælpe andre. Der var dermed ikke tale om et personligt behov for identifikation men nærmere en glæde ved, at kunne hjælpe andre i lignende situation.

Mille(27,4) har heller ikke søgt denne identifikation med andre spiseforstyrrede, men oplevede en følelse af identifikation, da hun flyttede på et opholdssted for unge. Her mødte hun en pige som hun følte, forstod hende, på trods af at de ikke havde samme diagnose. Pigen var lystløgner og delte dermed ikke Milles erfaringer med spiseforstyrrelser, men på trods af dette følte Mille en form for bånd. Dette fortæller hun om i følgende citat:

*"(...) vi fik det faktisk væsentlig bedre af, at snakke med hinanden, fordi vi følte ligesom, at der var nogen der fattede hvad vi snakkede om, hver især."* Mille(27,4) side 6.

På trods af, at pigen ikke havde en spiseforstyrrelse, delte de oplevelsen af, ikke at passe ind blandt andre. De havde begge en afvigende adfærd, af forskellige årsager, og dette gav Mille følelsen af forståelse. Hun fortæller, hvordan hun følte hun kunne være sig selv og følte en *anerkendelse* som hun ikke havde oplevet tidligere. Dette kan forklares ved, at Mille ikke følte sig som en afviger, i selskab med denne pige, og hun skulle derfor ikke forsøge at tilpasse sig, men kunne blot være sig selv.

Informanterne havde alle et behov for en følelse af identifikation, i form af forståelse og accept af deres sygdom. I hvor høj grad de har søgt denne identifikation er forskelligt og dette er også tilfældet for formålet med dette ønske om identifikation. Grundlæggende ønskede alle informanter at blive mødt af forståelse, men hvor det for nogen omhandlede et ønske om øget motivation til vægttab, var det for andre et ønske om at kunne se vejen ud af spiseforstyrrelsen.

## 5. Konklusion

---

Idealbilledet på den perfekte krop og det perfekte ydre, som i dagens samfund er den slanke og tonede krop, samt ønsket om en forbedring af kost og motionsvaner, er noget alle dagligt forholder sig til. For mange fungerer disse opstillede idealer som en dårlig samvittighed, der kan medvirke til en bevidsthed omkring eget kropsbillede og evt. inspirere til at påbegynde en slankekur. Dog giver disse tanker, for de fleste, ikke anledning til en radikal påvirkning af hverken vedkommendes eksisterende selvbillede eller selvtillid, eller en påvirkning af evnen til at føre en normal tilværelse. Anderledes ser det dog ud for kvinder der lider af spiseforstyrrelsen, bulimi. Disse kvinder oplever at tanker omkring kost, krop og motion er altoverskyggende og derved hæmmende for deres evne til at føre en normal tilværelse. Netop denne forventning om, at spiseforstyrrelsen virker hæmmende for de lidendes sociale liv, har været fokus for nærværende speciale, hvor fokus har været bulimikerens sociale interaktioner.

Flere af informanterne oplevede en manglende erkendelse af deres sygdom, herunder en negligering af alvoren af deres spiseforstyrrelse. Årsagen til dette findes blandt andet i at den manglende erkendelse fungerede som en væsentlig faktor i opretholdelsen af spiseforstyrrelsens magt over informanterne. Informanterne forsøgte alle at *passere* som raske og ved den manglende erkendelse, *passeres* denne rolle ikke blot overfor publikum, men også overfor dem selv. Derved undlod de at se diskrepansen mellem deres *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet* i øjnene og sygdommens eksistens eller alvor undertrykkes derved. For informanterne var deres evne til at føre en relativ normal tilværelse på trods af spiseforstyrrelsen, en vigtig faktor for deres mulighed for manglende erkendelse af sygdommen, og erkendelsen indtraf derfor da sygdommen ændrede karakter og blev en forstyrrede faktor for informanternes evne til at føre en relativ normal tilværelse.

Informanterne havde alle et negativt selvbillede, som beroede på enten negative forestillinger omkring deres ydre eller deres indre kvaliteter. Dette negative selvbillede fungerede for informanterne som både en årsagsgivende men også en vedligeholdende faktor, i forhold til spiseforstyrrelsens tilblivelse og fortsatte eksistens. Informanternes *indtryksstyring* påvirkedes af deres negative selvbillede og medførte et ønske om at skjule de negative kvaliteter for publikum. Dette medførte at informanterne påtog en facade for at maskere diskrepansen mellem deres *faktiske* og *tilsyneladende sociale identitet*. Det negative selvbillede blev som spiseforstyrrelsen skred frem mere udtalt og resulterede for flere af informanterne i et behov for at straffe dem selv. Denne straf antog form af overdrevet træning, hårudtrækning, cutting og lignende selvskadende handlinger, som fungerede som fastholdende

faktorer i forhold til spiseforstyrrelsen. Behovet for straf, var ikke blot et resultat af informanternes negative selvbillede men også en følge af deres udtalte skam over sygdommen.

Informanternes skamfølelse var forbundet med overspisningerne og opkastningerne, som de anså som frastødende og en væsentlig faktor i informanternes motiver til ønsket om hemmeligholdelse af sygdommen. Informanterne anså bulimi som mere skamfuldt end f.eks. anoreksi, da de så anoreksi som mere kontrolleret og som et udtryk for mere selvdisciplin end bulimi. Flere af informanternes spiseforstyrrelser startede med anorektiske tendenser hvor manglen på mad over en længere periode førte til overspisninger og deraf følgende opkastninger. Dette har for flere af informanterne medført en følelse af tab af kontrol og manglende evne til at styre sit madindtag, hvilket øgede følelsen af skam.

Ønsket om at skjule deres bulimi medførte at informanternes sociale interaktioner besværliggjordes, idet informanternes energi og fokus i interaktionerne koncentrerede sig om at skjule sygdommen ved enten at undgå overspisninger eller at maskere overspisningerne og den eventuelle efterfølgende opkastning. Informanterne oplevede herfor deres færden på *frontstage* som anstrengende, idet de oplevede en frygt for afsløring af deres påtagede roller som raske og derved en afsløring af deres *faktiske sociale identitet*. Den øgede bevidsthed omkring deres *indtryksstyring* medførte for flere af informanterne perioder med isolation for at undgå de anstrengende sociale interaktioner.

Informanterne benyttede sig alle af forskellige strategier i forhold til deres ageren i sociale situationer, med særligt fokus på denne maskering af handlingerne afledt af deres spiseforstyrrelse. Disse strategier medførte at informanterne var meget bevidste omkring deres *indtryksstyring* når de befandt sig i sociale situationer og dette gav ofte anledning til at isolation blev anset som ønskværdigt. Flere af informanterne oplevede også, at anvende bevidst *indtryksstyring*, ikke blot for at maskere deres spiseforstyrrelser, men også da behovet for at dele deres sygdom med deres omgivelser opstod. Den øgede *indtryksstyring* var ofte mest udtalt i sociale situationer som indebar måltider, da informanterne her var tvunget til at forholde sig til deres problematikker vedrørende mad. Sociale situationer uden måltider var derfor foretrukket af informanterne, da de dermed kunne opretholde deres spiseforstyrrelses status som skjult, uden en væsentlig ændring af deres *indtryksstyring*.

Informanterne oplevede alle et ønske om at hemmeligholde deres bulimi men også at der opstod et ønske om at dele denne hemmelighed med nogen. Dette førte, for nogle informanter til, at de ændrede deres *indtryksstyring* således at deres udvalgte publikum fik muligheden for at opnå kendskab til deres sygdom.

For informanterne var *anerkendelsen* af deres sygdom fra personer i deres private sfære afgørende, hvilket bevirkede at en afsløring af deres sygdom overfor de mest signifikante relationer i denne sfære blev udskudt og den første afsløring fandt derfor sted overfor individer, som ansås som mindre

signifikante. Informanterne frygtede at blive udstødt som følge af deres afsløring af deres *faktiske sociale identitet*, hvilket forklarer hvorfor de valgte personer de ikke havde samme frygt for at miste. Ingen oplevede en mangel på *anerkendelse* i deres private sfærer, og dette belyser hvorledes denne frygt i højere grad var baseret på informanternes skam over sygdommen end den var baseret på en reel risiko for udstødelse. Flere af informanterne oplevede mangel på *anerkendelse* i den retslige sfære, idet deres sygdom blev affærdiget af sundhedsvæsenet; dette virkede som en verifikation af informanternes frygt for manglende *anerkendelse* i de øvrige sfærer, og derved motiverende for fortsat hemmeligholdelse af sygdommen.

Ligesom *anerkendelse* var følelsen af identifikation ligeledes af stor betydning for informanterne. Denne identifikation blev oftest søgt i informanternes solidariske sfærer, og derved ikke blandt personer med signifikant betydning. Årsagen til at informanterne søgte denne identifikation er forskellig, men alle ønskede en ubetinget *anerkendelse* og forståelse, som de ikke fandt mulig at modtage i deres eksisterende private sfærer. Dette førte til at flere af informanterne søgte denne identifikation og *anerkendelse* i subgrupper, hvor deres adfærd ikke blev anset som afvigende men derimod i overensstemmelse med gruppens givne normsæt.

Nærværende speciale har via de seks informanter opnået stor indsigt i bulimikeres *indtryksstyrning* og *selvrepræsentation* under sociale interaktioner. Dette belyser tydeligt hvorledes livet med en skjult sygdom, som anses som tabubelagt, virker hæmmende for den lidendes sociale interageren og derved muligheder for et socialt liv på lige fod med alle andre. Informanternes fortællinger belyser også hvorledes denne øgede bevidsthed omkring *indtryksstyrningen*, ikke blot er et resultat af en frygt for afsløring og potentiel *stigmatisering* som følge af deres sygdom, men også i høj grad er et resultat af den lidendes skamfølelse og negative selvbillede.

## Litteraturliste

---

### Bøger

---

de Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research.* Sage Publications.

Bauman, Zygmunt (2006): *Flydende modernitet.* København. Hans Reitzels Forlag.

Bryman, Alan (2004): *Social Research Methods.* New York: Oxford University Press Inc.

Gilje, Nils og Grimen, Harald (2002): *Samfundsvidenskabernes forudsætninger.* København K: Hans Reitzels Forlag.

Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life.* Harmondsworth. Pergui Books.

Goffman, Erving (1963/2009): *STIGMA – Om afvigerens sociale identitet.* 2. Udgave. Samfundslitteratur.

Goffman, Erving (1992): *Vårt rollespill til daglig.* Oslo. Pax Forlag.

Goffman, Erving 2004: *Social samhandling og mikrosociologi.* København. Hans Reitzels Forlag.

Honneth, Axel 2009: *Behovet for anerkendelse.* Narayana Press, Gylling. 1. udgave, 4. oplag.

Jacobsen, Michael Hviid (2007): 'Adaptiv teori – den tredje vej til viden. En stående invitation til syntesesociologi' i Antoft, Rasmus et al. (red.) *Håndværk og horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode.* Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Jacobsen, Michael Hviid og Søren Kristiansen (2004): 'Social samhandling og mikrosociologi' i Goffman, Erving: *Social samhandling og mikrosociologi.* København. Hans Reitzels Forlag.

Kvale, Steinar og Svend Brinkman 2008: *Interview. Introduktion til et håndværk.* Hans Reitzels Forlag. 2. udgave, 1. oplag.

Langergaard, Luise Li; Barlebo Rasmussen, Søren og Sørensen, Asger, 2006: *Viden, videnskab og virkelighed.* 1. udgave: Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur. 1. udgave, 2. oplag.

Layder, Derek 1998: *Sociological practice: Linking Theory and Social Research.* London: Sage

Publications Ltd.

Lyman, Stanford M. og Marvin B. Scott 1989: *"A Sociology of the Absurd."* General hall, inc. 2. udgave.

Simmel, Georg 1998: *"Hvordan er samfundet muligt?."* København. Nordisk Forlag

## Tidsskrifter

---

Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund. Nr. 14: *"At spise – ikke kun et spørgsmål om mad.* 2011.

## Websider

---

www.dagenssundhed.dk

<http://dagenssundhed.dk/spiseforstyrrelser/bulimi/v%C3%A6rd-at-vide-om-bulimi>

(18.02.13 kl. 10.30)

www.denstoredanske:

[http://www.denstoredanske.dk/Krop,\\_psyke\\_og\\_sundhed/Sundhedsvidenskab/Psykiatri/cutting?highlight=cutting](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Psykiatri/cutting?highlight=cutting)

(02.08.13 kl. 21.00)

www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 1:

<http://www.lmsspiseforstyrrelser.dk/diagnoserne/bulimi/>

(05.03.13 kl. 19.00)

www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 2+3:

<http://www.lmsspiseforstyrrelser.dk/diagnoserne/bulimi/sundhedsstyrelsens-beskrivelse-af-bulimi/>

(05.03.13 kl. 19.00)

www.lmsspiseforstyrrelser.dk, 4:

<http://www.lmsspiseforstyrrelser.dk/personlige-fortaellinger/fortaellingspiseforstyrrelser/>

(15.06.13 kl. 07.30)



www.sst.dk, 1:

<http://www.sst.dk/publ/materialer/spiseforstyrrelser/fakta/fakta.html>

(07.03.13 kl. 17.00)

www.sst.dk, 2:

<http://www.sst.dk/publ/publ2000/spiseforstyrrelser/bulimia.html>

(12.03.13 kl. 12.30)

www.sst.dk, 3:

<http://www.sst.dk/publ/materialer/spiseforstyrrelser/fakta/fakta.html#Anchor2>

(22.03.13 kl. 10.30)

www.sst.dk, 4:

<http://www.sst.dk/publ/publ2000/spiseforstyrrelser/bulimia.html>

(20.03.13 kl. 11.00)

www.sundhed.dk,1:

[www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/spiseforstyrrelser/bulimia-nervosa/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/spiseforstyrrelser/bulimia-nervosa/)

(31.03.13 kl. 12.15)

www.sundhed.dk,2:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/trikotillomani/>

(02.08.13 kl. 21.30)

www.sundhedsguiden.dk:

[http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/spiseforstyrrelser-/bulimia-\(bulimia-nervosa-nerv-oslash%3bs-spiseanfaldstilb-oslash%3bjelighed\)/](http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/spiseforstyrrelser-/bulimia-(bulimia-nervosa-nerv-oslash%3bs-spiseanfaldstilb-oslash%3bjelighed)/)

(02.08.13 kl. 21.30)

## Bilag

---

### 1.1. Interviewguide

---

Da fokus i specialet er på informanternes egne fortællinger, er der valgt åbne interviews for dermed at få et indblik i de fortællinger, der er tilskrevet størst betydning for den enkelte informant. Dog vil der under interviewet blive gjort opmærksom på at det specifikt er de situationer hvor informanten har valgt at indgå i sociale interaktioner under deres periode med bulimi som der særligt ønskes information om. Så vidt det er muligt, lader jeg den enkelte informant fortælle sin historie og følger eventuelt op med specifikke spørgsmål vedrørende specifikke situationer, hvor vedkommende har indgået i sociale relationer.

I interviewet starter jeg med at spørge ind til informantens alder og sygdomshistorie. Dette gøres for at give mulighed for at fortælle om de aspekter af deres sygdom som de finder mest væsentlige. Efter dette stiller jeg interviewspørgsmålene som er udformet på baggrund af forskningsspørgsmålene, som beskrives i det følgende afsnit.

#### 1.1.1. Forskningsspørgsmål

---

Indledningsvis vil jeg, som led i en tematisering, formulere en række forskningsspørgsmål som definerer hvad formålet med interviewene er. Formålet med disse spørgsmål er at give en klar indikation af det specifikke formål med interviewene og få klarlagt præcis hvad der ønskes viden omkring (Kvale 2009: 125). Disse forskningsspørgsmål vil herefter lede til formuleringen af de faktiske interviewspørgsmål, der vil anvendes under interviewene. Der vil derved være tale om to forskellige interviewguider med hvert sit formål, dog vil de samlet give et billede af hvilken viden der ønskes opnået gennem interviewene (Kvale 2009: 152).

Forskningsspørgsmålene udspringer af orienterende begreber i form af de udvalgte teoretiske begreber, som beskrives i afsnit 3.

*Hvad er informantens erfaring med stigmatisering som følge af sygdommen bulimi?*

Dette spørgsmål ønskes besvaret for at opnå indsigt i informantens personlige erfaring med stigmatisering, herunder hvorvidt de har valgt at holde deres sygdom skjult for omverden. Der ønskes også indsigt i hvorvidt informanten oplever frygt for stigmatisering som følge af deres sygdom og hvorvidt en eventuel frygt har forårsaget ændringer i deres sociale adfærd. Derudover ønskes det

klarlagt hvorvidt informanten på noget tidspunkt har oplevet et ønske om, at befinde sig i et fællesskab hvor deres sygdom ikke anses som afvigende men som en del af normen.

*Hvordan har informantens behov for anerkendelse påvirket de sociale interaktioner vedkommende har indgået i?*

*Har informanten oplevet mangel på anerkendelse som følge af deres sygdom og i så fald hvordan?*

Disse spørgsmål ønskes besvaret for at opnå indsigt i informantens oplevelse af anerkendelse i de forskellige sfærer, samt hvordan dette har påvirket informantens sociale interaktioner. Det ønskes klarlagt hvorvidt informanterne har oplevet at deres selvtillid, selvværd og selvagtelse har været påvirket af den anerkendelse de enten har fået eller måtte undvære fra deres omgivelser.

*Hvad er informanternes erfaringer omkring passering i sociale interaktioner?*

*Har informanten oplevet at tilpasse deres adfærd for at skjule deres sygdom i et ønske om at passe ind?*

Disse spørgsmål ønskes besvaret for at opnå en større forståelse omkring informanternes håndteringsstrategier i de sociale situationer de vælger at indgå i. Da sygdommen som oftest er skjult, kan det tænkes at informanterne har oplevet at føle sig nødsaget til at skjule deres sygdom i sociale situationer og derved har erfaring med at *passé* som rask. Derudover ønsker jeg at afdække hvorvidt en eventuel erfaring med *passing* bunder i et ønske om at *passé* ind eller eventuelt en frygt for afsløring af deres sygdom.

*Føler informanten at visse sociale scener er lettere at befinde sig på, med hensyn til deres sygdom?*

Dette spørgsmål ønskes besvaret for at tydeliggøre hvorvidt der for informanten er forskel på hvilke typer af sociale situationer de befinder sig i. Det kan tænkes at visse sociale situationer føles mere anspændte og hvor informanten måske føler at de i højere grad befinder sig på en scene. Derimod kan andre sociale scener være mere behagelige for informanten at befinde sig på. Dette kunne være situationer hvor risikoen for afsløring af sygdommen er væsentlig mindre eller hvor sygdommen allerede er kendt.

*Hvad er informantens erfaring om scenskænk i forbindelse med sociale interaktioner?*

*Har informanten oplevet selvvalgt isolation som følge af deres sygdom?*

Disse spørgsmål ønskes besvaret, for at opnå kendskab til informantens oplevelse af de sociale interaktioner som vedkommende har valgt at indgå i eller valgt at isolere sig fra. Formålet er at

afdække, hvorvidt informanterne har oplevet frygt for at indgå i sociale situationer og eventuelt har isoleret sig herfra.

Disse forskningsspørgsmål, dannet på baggrund af de orienterende begreber, besvares via interviewspørgsmål, som er formuleret i et mere dagligdagsprog og eventuelt med flere spørgsmål til at indfange hvert forskningsspørgsmål.

### 1.1.2. Interviewspørgsmål

---

Disse spørgsmål er udformet på baggrund af forskningsspørgsmålene, som er funderet i de orienterende begreber der anvendes i specialet. Derudover vil spørgsmålene tilstræbes at være formuleret således at de ikke kan misforstås af informanten. Dette gøres ved at formulere korte og enkle spørgsmål hvor meningen fremgår tydeligt. Spørgsmålene vil være forskellige af karakter for at opnå et dynamisk og inspirerende interview. Dette kunne være en blanding af forskellige typer af spørgsmål, såsom indledende spørgsmål, som er relativt åbne spørgsmål, der lægger op til en fortælling. Fokus under interviewene vil netop være den enkeltes historie og derfor vil størstedelen af spørgsmålene være af indledende karakter. Formålet er at få indblik i den enkelte informants fortælling og det opnås bedst ved ikke at stille for mange specifikke spørgsmål, da det ville lægge linjen for hvad man forventer af interviewsituationen.

De indledende spørgsmål vil i interviewsituationen blive understøttet af opfølgende og sonderende spørgsmål, som har til formål at få informanten til at uddybe eller præcisere et svar. Dette kunne f.eks. være hvis informanten har brugt flere usædvanlige ord, der indikerer stærke følelser; i en sådan situation vil jeg give informanten plads til at uddybe, enten ved at virke ansporende eller blot ved via tavshed at give informanten plads til fortællingen. De sonderende spørgsmål anvendes når jeg ønsker en uddybning af et svar fra informanten. Her vil jeg spørge ind til en uddybning eller nærmere forklaring, og derved anspore informanten til at uddybe sin fortælling (Kvale 2009: 154-157).

Forskningsspørgsmålet "*Hvad er informantens erfaring med stigmatisering som følge af sygdommen bulimi?*" besvares ved nedenstående interviewspørgsmål:

- Er der nogen der kender til din sygdom? – hvis ja stilles disse spørgsmål:
  - Har du selv valgt at fortælle nogen om din sygdom, i så fald hvorfor valgte du at fortælle om det?
  - Har du haft positive oplevelser med at fortælle om din sygdom?
  - Har du haft negative oplevelser med at fortælle om din sygdom?
- Har du oplevet en frygt for at nogen skulle opdage din sygdom?

- Har du oplevet frygt for at nogen skulle dømme dig på grund af din sygdom?

*Hvordan har informantens behov for anerkendelse påvirket de sociale interaktioner vedkommende har indgået i?*

- Er det vigtigt for dig at føle dig tryk i de sociale situationer du befinder dig i?
- Er det nemmere for dig at befinde dig blandt personer der kender til din sygdom?

*Har informanten oplevet mangel på anerkendelse som følge af deres sygdom og i så fald hvordan?*

- Har du oplevet at føle at du ikke blev anerkendt på grund af din sygdom?
- Betyder andres holdning til din sygdom noget for dig?
- Påvirker frygten for hvad andre tænker om din sygdom hvordan du opfører dig?

*Hvad er informanternes erfaring omkring passing i sociale interaktioner?*

- Har du nogensinde følt at du skulle skjule din sygdom overfor andre?
- Har du været i situationer hvor du valgte at fortælle om din sygdom?
- Har du en bestemt måde du hemmeligholder din sygdom på overfor andre?

*Har informanten oplevet at tilpasse deres adfærd for at skjule deres sygdom i et ønske om at passe ind?*

- Har du oplevet at føle du skulle ændre den måde du opfører dig på blandt andre som følge af din sygdom?

*Føler informanten at visse sociale scener er lettere at befinde sig på, med hensyn til deres sygdom?*

- Er der sociale situationer hvor du føler dig mere tilpas end andre?
- Er det lettere for dig at være sammen med andre når de kender til din sygdom?

*Hvad er informantens erfaring om scenskæk i forbindelse med sociale interaktioner?*

- Har du oplevet at være nervøs når du befinder sig i selskab med andre?

*Har informanten oplevet selvvalgt isolation som følge af deres sygdom?*

- Har du valgt at blive hjemme fra sociale arrangementer på grund af din sygdom?

## 1.2. Beskrivelse af interviewene

---

Alle informanterne fik lov at bestemme hvor deres interview skulle foregå for at sikre at det ville finde sted i omgivelser, der for informanten ville anses som trygge. Tre af informanterne; Anne(31,7), Mette(25,3) og Amalie(18,4) valgte at interviewet skulle foregå i eget hjem. Mille(27,4) ønskede at interviewet skulle foregå i et grupperum på det universitet, hvor hun studerer, og de to resterende informanter Else(50,4) og Lotte(34,10) valgte at interviewet skulle foregå på deres arbejdsplads.

Interviewet med Anne(31,7) foregik i hendes eget hjem, og da jeg ankom til hendes lejlighed virkede hun en anelse anspændt ved situationen. Jeg valgte at vente med at påbegynde interviewet og brugte god tid på at tale med hende om andre ting og skabe en positiv og afslappet stemning inden interviewets start. I starten af interviewet gav hun udtryk for at hun fandt det vanskeligt at diktafonen var tændt, og hun svarede undvigende på spørgsmål af mere privat karakter. Hun åbnede dog mere op i løbet af interviewet men havde stadig vanskeligt ved at tale om hendes spiseforstyrrelse. Hun fortalte i løbet af interviewet at hun stadig kastede op i bestemte situationer men at hun anså sig selv som værende rask. Netop da jeg havde en forventning om at emnet ville være sværere for en aktiv bulimiker, havde jeg valgt kun at interviewe forhenværende bulimikere og dette valg blev bekræftet i interviewet med Anne. Hun var mere nervøs og utryk ved situationen end de øvrige informanter hvilket formentlig skyldtes hendes fortsat aktive sygdom. Efterfølgende brugte vi lang tid på at tale om interviewet og andre ikke-relaterede emner for at sikre hende en god fornemmelse med at have deltaget. Hun sagde kort før vores afsked at hun havde opnået større indsigt i sig selv og var glad for at hun havde deltaget. Dette tyder på at interviewet, for Anne, havde båret præg af en terapeutisk samtale på trods af at dette ikke var hensigten. Derudover gjorde hun det klart at min egen fortid som bulimiker var afgørende for hendes deltagelse i interviewet. Hun fortalte at hun ikke havde overvejet at deltage, hvis ikke jeg selv havde lidt af sygdommen.

Interviewet med Mille(27,4) fandt sted i et grupperum på det universitet, hvor Mille studerer. Som ved Anne(31,7) virkede Mille i starten en anelse anspændt og jeg valgte også her at vente med at starte selve interviewet. Jeg oplevede dog, at Mille hurtigt blev tryk ved situationen og interviewet bar derfor ikke præg af hendes oprindelige anspændthed. Mille fortalte efter interviewet at hun så sin spiseforstyrrelse som en del af fortiden, og at hun ikke oplevede problemer med at tale om det. Dette havde også gjort sig gældende da Mille stadig led af spiseforstyrrelsen hvor hun ikke forsøgte at hemmeligholde sin sygdom. Milles åbenhed gjorde at hun tilsyneladende havde let ved at fortælle om hendes forløb og den oprindelige anspændthed, skyldtes nærmere Milles sociale problemer som hun stadig kæmper med.

Interviewet med Mette(25,3) fandt sted i hendes eget hjem og allerede fra starten var stemningen god og afslappet. Interviewet gik derfor hurtigere i gang end ved Anne og Mille, idet det ikke virkede nødvendigt for Mette med en lang indledende snak. Hun virkede tryk ved interviewsituationen fra start og kom hurtigt ind på de mere private fortællinger - uden at dette virkede til at påvirke hende. Efter interviewet foregik der, som ved de øvrige informanter, en debriefing hvor interviewsituationen blev talt igennem, men Mette virkede ikke til at have behov for dette. Derfor var det af kortere varighed end ved de to forrige informanter.

Interviewet med Else(50,4) fandt sted på hendes arbejdsplads og her var stemningen også god og afslappet fra starten. Hun var meget afklaret omkring sin spiseforstyrrelse og den indledende snak for selve interviewet bar mere præg af en faglig snak om spiseforstyrrelser, i kraft af Elses erhverv som psykoterapeut. Dette medførte også at Else var mere reflekterende under interviewet og meget bevidst omkring sine bevæggrunde og efterfølgende rationaliseringer af hendes følelsesmæssige reaktioner i forhold til spiseforstyrrelsen. Efter selve interviewet virkede Else også meget afslappet og hendes debriefing foregik også kort, idet hun ikke virkede til at have behov for denne. Vi talte dog efterfølgende længe men igen bar denne samtale præg af Elses faglige interesse i spiseforstyrrelser.

Interviewet med Amalie(18,4) fandt sted på det bofællesskab hvor hun bor. Hun var fra starten meget afslappet og interviewet kunne derfor gå relativt hurtigt i gang. Hun kom hurtigt ind på emner, der kunne anses som svære at tale om uden at dette virkede vanskeligt for hende. Efter interviewet fortalte hun hvor glad hun var for at hun kunne hjælpe og at det havde været meget givende for hende at føle hun bidrog til at skabe øget fokus på emnet.

Interviewet med Lotte(34,10) fandt sted i et mødelokale på hendes arbejdsplads. Hun havde ved første kontakt takket nej til at deltage i et interview og begrundede dette med mangel på tid. Hun ombestemte sig dog senere og valgte at deltage alligevel. På grund af dette havde jeg en forventning om, at emnet ville være vanskeligt for hende at tale om, så jeg valgte at bruge god tid inden selve interviewet på, at skabe en god og positiv stemning for interviewet. Hun åbnede hurtigt op og virkede ikke til at have svært ved at dele de personlige detaljer omkring hendes sygdomsforløb men fortalte også at hun så hendes sygdom som et afsluttet kapitel og derfor sjældent talte om det. Da interviewet var afsluttet talte vi videre og her kom hun også ind på private detaljer omkring hendes privatliv og vi talte længe før vi tog afsked. Dette føler jeg var bidragende til at hun efterfølgende havde en god fornemmelse af at have delt hendes historie på trods af at hun sjældent talte om denne.