

Spiseforstyrrelser, Forældreforstyrrelser eller Samfundsforstyrrelser?



Lad mig tage udgangspunkt i det til antologien knyttede modelprojekt, hvis titel er, " Hvor svært skal det være" og svare: Så svært som muligt. Det er i hvert fald det pessimistiske svar, jeg efter næsten 30 års beskæftigelse med forskellige områder indenfor folkesundhed, fristes til at give.

Et sådant synspunkt kræver selvfølgelig en uddybning – og det vil jeg så gøre ved hjælp af patientcases samt en tværfaglig belysning og diskussion af det noget diffuse begreb spiseforstyrrelser.

Det kan blive for sent

Mine første klienter med spiseforstyrrelser stammer helt tilbage fra 1970-erne. I begyndelsen var det især meget tynde piger med forskellige afskygninger af spisevægring, der dominerede billedet. Mange af pigerne ville gerne se ud som den supertynde fotomodel Twiggy – datidens ideal indenfor skønhedsområdet.

Når pigerne opsøgte mig i min konsultation, var de ifølge sagens natur motiverede for at modtage hjælp. Men det var ikke alle, der kunne hjælpes. Susanne var 22 år, da hun opsøgte mig. Jeg kan stadig huske, hvordan hendes knogler stak frem og lavede nogle små buler igennem hendes tøj. Hendes kønne, mørke øjne var store og bange. Susanne fortalte, hvordan hun året forinden havde taget en overdosis af sovepiller, men var blevet fundet og "pumpet ud". Hun "kunne bare ikke holde det hele ud længere", det havde været rædselsfuldt. Men noget der havde været næsten lige så rædselsfuldt var, at både hendes familie og de venner, hun havde tilbage, nu ikke bestilte andet end at fortælle hende, at hun skulle tage sig sammen og spise. Susanne kiggede på mig og spurgte, om jeg også ville prøve at tvinge hende til at spise – for det kunne jeg godt glemme: hun ville ikke være tyk!

Jeg svarede, at det hverken kunne eller ville jeg; men jeg sagde også, at hvis hun ikke tvang sig selv til at spise – uanset hvor meget psykisk modstand hun måtte have – så ville de fysisk-biokemiske konsekvenser hurtigt blive ubeskrivelig alvorlige.

Jeg sagde, at jeg gerne ville arbejde med hende og hjælpe, men at tidspunktet ikke var det rigtige lige nu. Jeg lovede hende, at hun ikke behøvede at være bange for at blive tyk. Til gengæld måtte hun love mig at gøre, hvad der skulle til for at OVERLEVE. Bagefter kunne vi så sammen gøre, hvad der skulle til for at LEVE!

Efter to samtaler indvilligede Susanne i at blive indlagt. Hun var ikke selv i stand til at spise den mængde næring, hendes krop behøvede i et forsøg på at afhjælpe flere års mangeltilstand forårsaget af kroniske slankekur og sult (Keys, A., et al. 1950). Susanne blev tvangsfodret – sondemadet.

Susanne døde, mens hun var i behandling på hospitalet. Susanne ønskede ikke døden, men det var blevet for sent at klare livet. Hvordan kunne det gå så galt?

Hvad kunne have været gjort for at forhindre det?

Og hvem skulle have gjort det?

Disse spørgsmål plagede Susannes forældre, som jeg efter Susannes ønske fik kontakt med sidst i hendes sygdomsforløb. Begge forældre havde behov for at få støtte samt råd og vejledning til at håndtere situationen bedst muligt.

Susannes opvækst var ikke præget af de store traumer – tværtimod, en velfungerende kernefamilie: Faderen, som var advokat, og moderen nu fuldtidsarbejdende som skolelærer var glade for hinanden og deres 3 børn, hvoraf Susanne var den yngste.

Susannes mor havde været hjemmegående, mens børnene var små, for derefter, da den yngste kom i teenagealderen, at vende tilbage til et fuldtidsjob som lærer. Kort sagt, en typisk dansk let travl middelklassefamilie, som elskede deres børn og prioriterede samvær.

Hvad havde de gjort galt?

Hvorfor var det lige Susanne, der fik en spiseforstyrrelse? "Der var jo ikke noget i vejen med de to andre".

Var det Susanne, der var noget i vejen med?

Hvis vi prøver at parre nogle af Susannes personlighedskarakteristika med de eksisterende forklaringsmodeller indenfor spiseforstyrrelsen, anorexi – så var Susanne da nok lidt mere sårbar end de andre, lidt mere usikker, lidt mere selvkritisk, perfektionistisk, pligtopfyldende og klart mere fokuseret på sin krop og frygten for at blive for tyk. Noget mere selvcentreret var hun også – eller måske var det noget, hun var blevet i forløbet? Selve den sygelige adfærd fremprovokerer sygdomsfastholdende egenskaber.

Da Susanne kom i puberteten, havde hun "lidt hvalpefedt" og begyndte at "passe på". Hun blev interesseret i tøj, i at se smart ud, i at kunne passe tøjet, men sådan har de jo alle det – sagde Susannes mor - man må jo indpasse sig de herskende skønhedskriterier for at blive accepteret i gruppen. Og jo, det var også lige på det tidspunkt, at Susannes mor begyndte at få næsten lige så travlt, som faderen.... var det, det, der var forkert???

Var der ingen, der havde tid til at se og høre de små tegn - på det rigtige tidspunkt? – og var det i det hele taget tegn på noget særligt? Var Susannes liv ikke ligesom enhver teenagers liv, fyldt med usikkerhed, forfængelighed og et skrøbeligt selvværd?

Fra coping til mestring

Nogen gange kan det være svært at finde DEN sygdomsforårsagende faktor. Oftest eksisterer den slet ikke. For det meste er der nogle risikofaktorer, man kan være opmærksom på., f.eks.:

Personen bliver mere og mere selvoptaget,

Indadvendt,

Isolerer sig,

Måske taber i vægt,

Kun nipper til maden,

Måske sjældnere og sjældnere spiser normalt sammen med andre,

Forlader lokalet lige efter måltidsindtagelsen,

Hyppige humørskift o.s.v.

Ofte er nogle af disse faktorer fremherskende i bestemte perioder af den unges liv, men om dette samspil på det pågældende tidspunkt ender i en selvdestruktiv adfærd resulterende i et egentligt sygdomsforløb afhænger igen af en række forskellige både ydre og indre faktorer. På dette tidspunkt kan selv almindelige stressende hændelser (slankekur, kærestesorg etc.) blive en udløsende faktor – for nogle.

Her er den unges egen fysiske og psykiske styrke og overskud på det pågældende tidspunkt, kombineret med muligheden for en kontinuerlig voksenkontakt af afgørende betydning for at kunne modstå og bearbejde det øgede samfundsmæssige pres børn og unge alt for tidligt udsættes for, både hvad angår værdipåvirkninger, skønhedsidealiser, krav og valgmuligheder,

samt presset til at forbruge og være voksen – kort sagt glemme sig selv og sine behov til fordel for overtagelse af samfundsbestemte behov og værdinormer. Stress og manglende tid til refleksioner, eftertanke og samtale – både i familien og i skolen gør det svært for børn at fastholde og udvikle deres egen identitet.

Det bliver svært at udvikle et stærkt og harmonisk jeg, og de modsætningsfyldte pres og påvirkninger fra grupper og et forjaget konkurrence-, præstations- og forbrugersamfund bliver svære at gennemskue og modstå. På denne måde kan forhold i både primær- og sekundærsocialiseringen samt individets egen modstandskraft og specielt modsætningsforholdet mellem de 3 sfærer blive afgørende for individets dispositionsgrad for sygdomsudvikling.

Vi lever i et samfund og har accepteret et system, hvor der er tid til at forbruge, men ikke tid til at leve.

Kombinationen af manglende tid, stress, præstationskrav og mediernes pres til at overtage nogle skønheds- og forbrugsværdier, der er ekstremt menneskefjendske, er i sig selv nok til at forårsage mistrivsel og gøre de fleste både børn og voksne syge.

Der er forskellige måder at håndtere (cope med) denne situation på. Afhængig af hvor vi er, hvem vi er, hvad vi er omgivet af, vil det give sig forskellige udtryk.

Helt generelt har jeg gennem de sidste år kunnet konstatere, at den kombination af faktorer, der overvejende hos piger, giver sig udtryk i selvdestruktivitet - den feminine udtryksmåde, stadig hos de fleste drenge bliver til udadrettet adfærd i form af destruktivitet/kriminalitet/vold . Begge reaktionsmønstre er menneskelige udtryksformer, der blandt andet kan dække over sorg, vrede, protest og ... afmagt. Det skal bemærkes, at der er en lille voksende del af drengene, der nu "vælger" den feminine udtryksform – drejer det sig mon om "de pæne drenge"?

Begge grupper af unge føler ekstrem afmagt og tager så magten tilbage – "sagen i egne hænder" – på forskellig vis, fordi der ikke var noget/nogen til på det "rigtige" tidspunkt at se tegnene og intervenere/guide dem til en anden vej. Ofte kunne og burde disse "nogen" være forældrene; men ligeså ofte kunne og burde det have været ANDRE voksne, der desværre lukkede øjnene i situationen, eller måske blot ikke havde viden til at forstå det, de så.

Spiseforstyrrelser kan forårsages og udløses af mange forskellige kombinationer af faktorer. Indtænker man ikke dette i løsningsstrategien, kan både forebyggelse og behandling blive utrolig rigidt og ineffektivt. Simpelt hen fordi man kommer til at stille de forkerte spørgsmål.

Prisen for fred

Janni var 7 år, da hun debuterede med en spiseforstyrrelse.

Hendes forældre var gennem de sidste par måneder blevet mere og mere urolige over, at det var så svært at få Janni til at spise. Hun havde altid været spinkel, og nu hvor man nærmest skulle bruge 1½ time til at overtale hende til at spise blot nogle bidder, så det helt galt ud. Jeg startede med et par samtaler med Jannis forældre og fik derigennem et alment indblik i deres familiesituation.

Jannis forældre var unge, travle, ambitiøse og karrierebevidste. Måske netop på grund af deres travle hverdag var de meget bevidste om at bruge "kvalitetstid" "især i weekenden".

De var økonomisk velstillede med 2 børn. Janni på 7 år og hendes lillesøster Maria på 2 år. Selv mente de, at de nok var travle, men ikke "overstressede". De deltes om opgaverne i hjemmet, og om morgenen satte Jannis far Janni af i skolen, inden han selv kørte videre på arbejde. Maria tog moderen sig af og afleverede i vuggestuen.

Når alle kom hjem sent om eftermiddagen, kunne der godt opstå diskussioner og scener med gråd fra overtrætte børn, men for det meste " fungerede " det.

For et halvt år siden havde forældrene overvejet separation. De havde skændtes en del, mest om almindeligheder og så det, at Birte syntes, at Søren var meget irriteret, når han kom hjem. Søren sagde, at det jo heller ikke var særlig sjovt at komme hjem til en kone, der altid var træt. Men de var blevet klar over, at "separation nok heller ikke var løsningen".

Efter at par timers konsultation med Janni, viste det sig, at forældrenes hyppige småskænderier havde bekymret Janni, mere end de voksne troede. Janni fortalte, at det eneste tidspunkt hendes forældre ikke var "uvenner" på, var når de sad og spiste. Begge forældre var enige om, at Janni skulle spise noget mere, og de roste hende, når hun tog en bid mad.

Janni havde opdaget, at maden kunne forene familien. Ved måltidet skændes forældrene ikke – de var forenede i bekymring.

Når Janni kun spiste lidt, blev forældrene bekymrede. Fokus for problemerne blev flyttet fra forældrerelationerne til Janni.

Med spisevægringens indtog kom der bekymring, omsorg og enighed blandt forældrene som " belønning ".

Den adfærd, Janni delvis ubevidst havde udviklet, gav tilsyneladende fred og omsorg. Forældrene blev nærværende og var ikke konstant småskændende og uenige.

Men Janni kunne ikke selv bryde den copingsadfærd, hun havde udviklet. Den tog overhånd. Overlevelsesstrategien kunne være blevet til en livstruende adfærd, hvis der ikke i tide var grebet ind. Det blev der.

Det optimale er, at de voksne ressourcemæssigt magter at forholde sig til og løse deres egne problemer.

Det er forbundet med menneskelige omkostninger, når børn påtager sig voksenansvar og opgaver - her for at redde harmonien i familielivet.

I løbet af blot ti konsultationer med samtaler og støtte til henholdsvis Janni, hendes forældre og et par møder, hvor de var sammen, blev forløbet stoppet og vendt, og i dag er familien en velfungerende og glad familie, som stadig prioriterer kvalitetstid, men er klar over, at dette også er betinget af tid som kvantitet.

Familien havde selv indsigt og ressourcer til at søge hjælp på det rigtige tidspunkt, og behøvede ikke at vente på et langt sagsforløb, som i sig selv forværrer og forhæler sygdomsprocessen.

Hurtige sagsbehandlinger afhænger blandt andet af updated lovgivningsmæssige rammer kombineret med opkvalificerede, kompetente, fleksible og samarbejdsvillige sagsbehandlere, - eventuelt PPR-personale og behandlere.

Mad som terapi

Bulemikeren Britta kommer fra det man i terapeutsprog kalder en resourcesvag familie.

Faderen har i næsten hele Brittas liv haft et alkoholmisbrug og moderen har i perioder været fraflyttet familien og har levet sammen med andre mænd og fået et barn med en af samleverne. Forholdene har været præget af skænderier og lettere vold. Britta har på skift boet hos faderen eller moderen afhængig af, hvor der på det pågældende tidspunkt var mest ro. Faderen er på bistandshjælp og moderen er hyppigt arbejdsløs.

På et punkt er familien dog ikke resourcesvag: Begge forældre elsker deres datter højt. De

har også mange positive følelser overfor hinanden, men mange års misbrug og en social-økonomisk belastet situation gør et samliv umuligt. Forældrene formår kun lige at holde sig selv "oven vande", mens 15-årige Britta og hendes halvbror må klare mange problemer og praktiske ting selv.

Britta har på et tidspunkt været fjernet fra forældrene – på ungdomspension. Der begyndte Brittias madmisbrug for alvor. Sorgen blev i bogstavelig forstand druknet på bunden af sagosuppen – og pædagogerne hjalp til. Britta ønskede ikke at være på ungdomspensionen. Hun ville hellere have været hjemme, men det var der blot ikke ressourcer til. På ungdomspensionen udviklede Britta et motto: Det er OK at spise – det er ikke OK at græde.

I løbet af institutionsopholdet var Britta blevet 20 kilo overvægtig med deraf følgende ekstra lavt selvværd og depression.

Det er desværre ganske almindeligt, at klienterne på institutioner får et par ekstra problemer oven i den bunke, de i forvejen har, og som har gjort, de er anbragt der.

Et af disse "ekstra problemer" er alvorlig overvægt og (lettere) mad/spiseforstyrrelser samt deraf følgende depression.

Institutionspersonalet føler, at mad kan bruges som terapeutisk omsorgsmiddel. Det kan det også i et begrænset omfang i en bestemt periode – men det kan især misbruges – og bliver det ganske udbredt. Det er endnu et fåtal af institutioner, der har indset alvoren af problemet, og selv har investeret i - eller har krævet støtte af kommunerne til - en nødvendig opkvalificering af personalets viden.

Skal mad indgå som terapeutisk behandling eller problemløser (og det gør det bevidst eller ubevidst ALLE steder) kræves et kendskab til både klientens psykiske og fysiske situation samt en grundlæggende viden om madens psykiske og biokemiske muligheder og umuligheder relateret til den pågældende klient. I sidste ende vil det betyde besparelser både hvad angår økonomi og menneskelige omkostninger. I Brittias tilfælde resulterede overvægten i, at næste trin i den selvdestruktive proces blev valgt: Opkastninger. Ingen opdagede noget – andet end at, da de første 10 kilo var tabt, roste man Britta for, at hun så "meget bedre ud"! – Og så gik det stærkt!

Da jeg blev blandet ind i forløbet, havde Britta en typisk bulimi, som hun ikke selv kunne komme ud af, og man overvejede, om Britta skulle indlægges.

Jeg udarbejdede et tværfagligt, individuelt tilpasset behandlingstilbud og et økonomisk overslag på et forløb på et år med støtte og terapi til både Janni og hendes familie, hvor målet var, at både det Britta og hendes mor ønskede kunne blive muligt – nemlig at i hvert fald en del af familien blev genforenet. Heri blev skitseret nødvendigheden af, at moderen fik støtte til at komme til kræfter (ferie og opbygning) sammen med sin lille søn, og derefter en bolig, der kunne rumme begge hendes børn. Derefter havde hun mulighed for at gå i fast arbejde og havde også ønsket derom.

Jeg understregede, at blot at behandle Britta uden at hjælpe familien ville være spild af kommunens penge og især menneskelige ressourcer. Når Britta blev rask, skulle hun ikke tilbage til den belastende situation et institutionsophold altid vil være. Brittias sagsbehandler vurderede, at der ikke indefor systemet var mulighed for at hjælpe på den skitserede måde, men at Britta nu var så dårlig (4 måneders sagsbehandling uden nogen hjælp), at hun kunne karakteriseres som "bulemiker" og "syg" og derfor indlægges og behandles.

Behandlingen vil i bedste fald strække sig over 1 år. Britta vil blive fjernet fra sine sociale relationer og skolen, og vil efter afsluttet behandling blive sendt tilbage til samme belastende

situation, som hun kom fra.
Britta og hendes mor er ulykkelige; men ser ingen udvej.

Behandlingen vil koste over 10 gange så meget, som det i 1. forslag skitserede, men det vil betales fra "en anden kasse".

Jeg håber, Britta bliver rask og glad, og hun kan klare en fremtid efter 1 års behandling – trods alt.

Fra adfærd til sygdom

Første skridt i forståelsen af spiseforstyrrelser er erkendelsen af, at det drejer sig om en proces.

En proces, der som ofte starter med en tilsyneladende hensigtsmæssig adfærd – en copingstrategi – i en for individet presset situation. (Santini, 1989)

Udover et forsøg på at håndtere situationen er adfærden også et ubevidst forsøg på kommunikation, et råb om hjælp og en protest.

Alt for ofte er der ingen, der opfatter kommunikationsforsøget, før vi kan gå ind og måle og veje forskellige størrelser (vægttab, elektrolytubalance, hormonubalancer, knogleafkalkning, øget bindevævsdannelse., organskader, tandskader, abnorm hårdannelse, hjerneskader o.s.v.), som så gør os i stand til at kategorisere og stille en diagnose - nu er adfærden og den efterhånden meget sygelige proces blevet en sygdom, vi – afhængig af faglig orientering – kan gå ind og behandle på forskellige mere eller mindre effektive måder.

Psykologerne har fokuseret på patienters interpersonelle karakteristika (den pæne, stille, ambitiøse, perfektionistiske unge pige) samt forældrereaktionen og forældres psykologiske profiler (fraværende fædre med deraf (?) følgende dominerende mødre, ustabile, kaotiske, misbrugere og incestuøse personligheder).

Lægerne har kigget på den række af fysiologiske og biokemiske karakteristika, der er en følge af adfærden.

Ud fra disse sygdomsopfattelser har man så iværksat behandlingsregimer, som omfatter forskellige afskygninger af krops- og psykoterapi, medicinsk og ernæringsrelateret behandling. En hel nødvendig del af en behandling, når patienterne først er kommet så langt ud. Men desværre har der været en tendens til at forveksle årsag og virkning. At man er nød til at behandle klienterne både psykologisk og medicinsk bør ikke foranledige os til at tro, at svaret er psykologisk eller medicinsk.

Der har altid været dominerende mødre og "fraværende" fædre. Misbrug og incest er ikke nye fænomener. Usikre, sårbare, pligttopfyldende og ambitiøse teenagere har der altid været. Forekomst af spisevægring og overspisning er heller ikke nye fænomener, men der har aldrig været den eksploderende udbredthed af diverse nuancer af spiseforstyrrelser hos børn og unge i bestemte kulturer før i historien. Med andre ord: Udvikling (og for øvrigt også tolkning og behandling) af sygdomssymptomer vil i varierende grad være relateret til en bestemt kultur-historisk periode samt socialpsykologisk sammenhæng. Inddrager vi tidspunkt, kultur samt de historiske og social-psykologiske omstændigheder i forståelsen af spiseforstyrrelsernes årsagssammenhæng, er der flere børne- og ungdomsfjendske samt sygdomsfremkaldende faktorer, der træder frem.

Her følger en skematisk oversigt af nogle områder, der, når de sammenkobles, alene kan forklare en stor del af spiseforstyrrelsernes opkomst – her og nu.

Vi har skabt et forjaget og stresset samfund.

Et samfund hvor den teknologiske udvikling og informationsflowet er umuligt at forholde sig til.

Et samfund hvor der ikke er tid til at have børn, ej heller til at være barn.

Et konkurrence- og forbrugersamfund hvor kun den, der kan forbruge og smide væk, har værdi. (get it, get it now, get it at any cost and then get another – newer-one.)

Et samfund hvis moral og værdier er baseret på det tilsyneladende og iøjnefaldende. Hvis skønhedsværdier kun kan opnås ved at øve vold på vor krop og psyke.

Historisk erfaringer siger os, at menneskeheden ikke lærer af sine fejltagelser – tværtimod. Vi gentager dem – om end lettere maskeret. Kvinder har i generationer accepteret at øve vold på sig selv og deres døtre i ønsket om at opfylde de "herskende" skønhedsværdier og fremme muligheden for at "blive afsat" – at "blive scoret".

Det hvad enten det gælder indsnøring og afskæring af tæer for at få så små fødder som muligt. Omskæring og sammensyning. Korsetbrug, for at få så tynd en talje og flad en barm som muligt. Eller for dem der har råd, nu kirurgiske indgreb for at få så stor en barm som mulig, en bestemt type mund eller nogle ændrede hofter. Vi har sultet os til døde, spist os til døde. Flertallet af kvinder har gennem historien ikke blot accepteret, men ligefrem opmuntret til selvutilitation.

Selvom spiseforstyrrelser ikke er en ren kvindelidelse, så må det kønsspecifikke element medinddrages, såfremt en effektiv behandling og forebyggelse ønskes. Vi kan ikke vokse op i et samfund, hvor flertallet indordner sig skønhedsværdier affødt af sultemodeller som Twiggy eller fitnessbulemikere som Fonda, hvor medierne svømmer over med "gode" råd til, hvordan vi kan opnå det "uopnåelige", - uden at vi bliver påvirket og tage skade og det gælder ikke blot de sårbare børn med de fortvivlede forældre - det gælder os alle.

Vi lever i et spiseforstyrret og kropsfjendtligt samfund. Maden fylder utroligt meget i vores liv. Vi kan bruge mad til at dække og skjule behov, der ikke tilfredsstilles på anden vis. Vi kan dulme sorg, vrede og afmagt. Vi kan vælge at ignorere kroppens og sjælens signaler og bedøve os med mad.

Mad kan fortrænge følelser og afhængig af vor egen genetiske, psykisk-fysiske disposition og den aktuelle socio-kulturelle omstændighed, kan vi vælge en flugt fra virkeligheden gennem mad, stoffer eller alkohol. ("Pæne" piger drikker ikke – og de tager heller ikke stoffer). Vi kan selvfølgelig også vælge at gøre noget ved virkeligheden, i stedet for blot at acceptere rollen som offer, forbruger eller behandler. (1)

Note til nederst på nærværende side:

(1) Både som ekspert og behandler har mange af os bidraget med hovsaløsninger og advarselpædagogik som: Du må ikke mobbe, ryge, drikke, tage stoffer og ej heller få en spiseforstyrrelse. Sundhedskampanjer, advarsler og "oplysende" informationshæfter udgør i dag sammen med et væld af problembeskrivende bøger og ph.d.-projekter essensen i den fejlagtige problemløsningsmodel.

For de klienter, der ender ud i et madmisbrug med alt hvad dertil hører af psykiske og biokemiske karakteristika samt social deroute, er der om muligt endnu dårligere behandlings- og rehabiliteringstilbud end for samfundets øvrige misbrugere.

For problemet mad som misbrug findes ingen tilfredsstillende behandling, og hvad enten man er overspiser eller bulemiker, bliver man behandlet som havende et vægtproblem, der kan løses via diætisk støtte eller havende en spiseforstyrrelse som man må i årelang terapi og behandling for. En meget forsimplet behandlingsmodel – fordi de "rigtige" spørgsmål forårsaget af en dybere og mere kompleks forståelsesmodel endnu ikke er stillet, hvis man vil

forstå misbrugets social/psykologi og biokemi.

En katastrofal træghed i systemet hvad angår behandleruddannelse og samarbejde er en del af forklaringen. Vi står på samme primitive stadie hvad angår forebyggelse og behandling af madmisbrug, som vi stod i, da vi opfattede antabus som svaret på alkoholismens dilemma.

Spiseforstyrrelser dækker over en hel række af lidelser, som kan være forårsaget af forskellige kombinationer af faktorer – og som bør behandles ligeså individuelt tilpasset som de forskelligheder, der har været medforårsagende til deres opståen.

Hvis faglige eller politisk-økonomiske begrænsninger gør det umuligt at rumme denne kompleksitet, bør det ikke være klienterne, der skal indpasse sig systemet, men behandlerne og systemet, der skal opkvalificeres til at kunne rumme virkeligheden.

Af Ernæringsfysiolog, psykoterapeut, kultursociolog, mag.art. Rachel Santini – www.diff.dk

Artiklen har været bragt i bogen "Hvor svært skal det være?" fra Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenter, CVU Fyn, 2003.

Gengivet med tilladelse.

APPENDIX

Referencer:

Curran-Celentano, J., Erdman, J.W., Nelson, R.A., et al (1985). Alterations in vitamin A and thyroid hormon status in anorexia nervosa and associated disorders. *Am J Clin Nutr*, 42, 1183

Kendler KS., MacLean C., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L. The Genetic Epidemiology of Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1627-37

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., et al (1950) *The Biology of Human starvation*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Mira, M., Stewart, P.M., Abraham, S.F. (1989). Vitamin and trace elements status of women with disordered eating. *Am J. Clin Nutr*, 50, 940.

Santini, R. (1989) Noter fra offentlig forelæsning: Hvilke perspektiver kan kultursociologien tilføre medicinen. Københavns Universitet, 18. maj 1989.

Steinbrückner, B.E. Barnert, J., Wienbeck, M. (1996). A Hitherto Unknown pattern of Pathologic Gastrointestinal mortality – A Cause of Repaired Vomiting. *Hepato - Gastroenterology*, 43, 747.