

SUNDHEDENS ANOREKSI – OG SYGDOMMENS

Susanne Lunn

Artiklen tager udgangspunkt i den forskellige betydning anoreksi tillægges afhængig af den konkrete historiske kontekst og synsvinkel. Hovedvægten ligger på en diskussion af de forskellige konsekvenser det har at anskue lidelsen ud fra henholdsvis en medicinsk-psykiatrisk og psykodynamisk tilgang. Begge perspektiver har hver deres begrænsninger, og der argumenteres for nødvendigheden af et dobbeltblik, der kan rumme anoreksiens paradokse bevægelse imod såvel liv som død.

Titlen på denne artikel »Sundhedens anoreksi og sygdommens« er en parafrase over titlen på den Psyke & Logos konference, der ligger til grund for dette temanummer af tidsskriftet. Men er det ikke noget værre sludder? Kan man overhovedet tale om sundhedens anoreksi? Jeg vil vende tilbage til spørgsmålet og i første omgang sige, at anoreksi kan anskues ud fra forskellige vinkler ligesom betydningen af anoreksi historisk har undergået store forandringer.

Anoreksi kommer af det græske ord an-orexis og betyder fravær af sult (an= uden, orexis = appetit). På dansk anvendes betegnelsen nervøs spisevægring. Denne betegnelse er mere dækkende, for de personer der har anoreksi er ofte smaddersultne, men vælger af viljemæssige grunde ikke at spise eller at indskrænke deres fødeindtagelse til et minimum. Motivet herfor kan være forskelligt og varierer med forskellige personer og forskellige historiske epoker.

Den mest kendte anorektiker der har levet er Catarina af Siena. Hun levede i det 14. århundrede (1347-80) og fastede ifølge sin egen og samtids forståelse af religiøse grunde. Hendes motiv for ikke at spise og for en lang række andre uhyrlige, selvpålagte plager var at sige nej til det verdslige liv og leve et liv i ideel renhed med Gud. Catarina dannede forbillede for en lang række religiøst begrundede anoreksier, som fulgte i hendes kølvand.

Udover disse *hellige* anoreksier, som de er blevet kaldt, har anoreksi også været økonomisk og politisk begrundet. Anoreksi som politisk protestvåben er kendt, iøvrigt næsten udelukkende praktiseret af mænd. Det

er ikke mange år siden (1981), at 10 mandlige IRA-fanger sultede sig ihjel, efter at have nægtet at tage føde til sig i i gennemsnit 62 dage (The Hunger Strike, 1981). Mindre kendt er den kommercielle anoreksi, som sultekunstnere praktiserede i begyndelsen af vores århundrede. Sultekunstneren var en artist, som optrådte med faste i al offentlighed. Der var tale om en forestilling, hvor publikum betalte penge for at se den person, som i ugevis ikke tog føde til sig. Her lå ingen moralske eller religiøse motiver til grund. At forsage brød var sultekunstnerens levebrød (Skårderud, 1992). Franz Kafka har skrevet en novelle, »En Sultekunstner«, som på en fin måde illustrerer en del af anoreksiens logik set gennem sultekunstnerens øjne.

Den anoreksi, vi ser i dag, kan antage forskellige former og grader, og afhængig heraf, forstås som henholdsvis sundhed og sygdom. At spise sundt = at spise lidt, grønt og fedtfattigt, flere timers ugentlig motion samt ophør med at ryge, er de tre enkeltfaktorer, der konkurrerer om første pladsen, når det drejer sig om sund eller livsforlængende adfærd. Når der ses bort fra ophør med rygning, kan den selv samme adfærd, motionering og begrænset fedtfattig indtagelse, være dødsens farlig. Og det er først og fremmest i denne farlige betydning, forstået som sygdom, at anoreksi i dag anvendes.

Siden det kliniske billede blev beskrevet stort set samtidig i Frankrig og England i slutningen af forrige århundrede med de karakteristiske træk: alvorligt vægttab, ophør af menstruation, og ingen organisk patologi siden suppleret med de to træk, et forstyrret kropsbillede og en fanatisk jagt på slankhed – er anoreksi blevet betragtet som en sygdom indenfor den medicinske videnskab (Berrios et al. 1995). Bulimidiagnosen er siden kommet til (så sent som i 1980), og de betragtes begge i dag som psykiatriske diagnoser, hvortil der er knyttet faste diagnosekriterier. (Jvf. de to diagnosesystemer DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) og ICD 10 (WHO, 1992)).

I det følgende vil anoreksi blive anskuet ud fra forskellige vinkler – en medicinsk-psykiatrisk og en psykodynamisk – med hovedvægt på sidstnævnte. Jeg vil ikke komme nærmere ind på anoreksi som et massefænomen, som en metafor for den sundhedsdyrkende adfærd og jagt på den veltrænede, tynde og perfekte krop, som vi i dag er vidne til og en del af. (Interessererede henvises til Bordo, 1993). Når der tales om anoreksi, er det anoreksi som en sundhedstruende og farlig adfærd, hvor ønsket om at spise sundt, slanke sig og forbruge kalorier har udviklet sig til en besættelse, der beslaglægger størstedelen af de berørtes tankevirksomhed og adfærd.

Psykatrihistorie

Historisk set har det medicinsk-psykiatriske sygdomsbegreb domineret både forståelsen og behandlingen af psykiske lidelser siden psykiatriens fødsel som et selvstændigt lægeligt speciale indenfor den medicinske videnskab i begyndelsen af 1800-tallet. Den begyndende forbedring af en uddifferentieret gruppe af afvigere uhyrlige forhold i familien eller på opbevaringsanstalter af forskellig observans med bl.a. Pinéls befrielse af de indespærrede fra deres lænker i Bicêtre (mændene) og la Salpêtrière (kvinderne) (1793-1795) blev ikke blot et symbol på *humaniseringen* af samfundets behandling af de sindssyge. Det blev tillige starten på den opfattelse, at den sindssygelige form for afvigelse adskilte sig fra andre former for afvigelse ved, at det her drejede sig om *sygdom* og *syge* mennesker – om *patienter* (Shorter, 1997).

Opfattelsen af psykisk lidelse som sygdom og det dermed forbundne *medicinsk – psykiatriske sygdomsbegreb* har ikke været enerådende siden da, men det har været det dominerende i store dele af verden – (dog i forskellig omfang forskellige steder og til forskellige tider. Således har f.eks. den psykodynamiske tradition stået langt stærkere i Norge end i Danmark). Det indebærer, i lighed med det somatiske sygdomsbegreb, at de psykiske symptomer forstås som:

- noget nyt tilkommende
- noget klart afgrænset/afgrænsetligt
- noget kvalitativt forskelligt (fra personens normale/hitdige måde at være og fungere på).

Denne sygdomsforståelse har ikke været uden problemer i psykiatrien. Nogle psykiatriske diagnoser, eksempelvis hele gruppen af personlighedsforstyrrelser, kan således slet ikke indpasses i denne model, da de per definition ikke er klart afgrænselige og forskellige fra personens habituelle måde at være på. Ligeledes opererer man i dag med den såkaldte spektrum-opfattelse, der tager højde for det problem, at der altid er patienter, der falder udenfor de snævre diagnostiske kriterier, men ikke desto mindre har en rem af huden eller er beslægtet med en given diagnose. Jvf. eksempelvis det skizofrene spektrum og den manio-depressive formkreds. Dagens psykiatri, således som den afspejler sig i WHO's diagnosesystem ICD 10, består da også af en række diagnostiske hovedkategorier, som hviler på et forskelligt inddelingsgrundlag (Parnas et al., 1994).

Hvis vi vender os imod anoreksien, har specielt denne lidelse voldt problemer for den psykiatriske klassifikation. Anoreksi har stort set vandret igennem alle psykiatriens diagnoser. Den er blevet beskrevet som en særlig form for psykose (både som en særlig form for den manio-depressive psykose og for skizofreni). Den er blevet beskrevet som en hysterisk lidelse, som en tvangsneurose, som en fobi og i de senere år som en

grænsepsykotisk eller en borderlinetilstand. Den er også blevet sammenlignet med de addiktive tilstande og de seksuelle perversioner (Lunn, 1990).

Denne omflakkende tilværelse kan fortolkes på forskellig vis. Den kan ses som udtryk for videnskabens stadige udvikling og vidensvækst, og dermed som en stadig mere præcis beskrivelse og forståelse af anoreksi. Den kan også ses som udtryk for, at anoreksi vanskeligt lader sig kategorisere som en specifik nosologisk enhed i traditionel forstand, som anoreksiens grand old lady Hilde Buch gjorde det. Ifølge Bruch var patientens personlighedsorganisation, arten af hendes konflikter, sygdommens ætiologi og den rigtige behandling givet i og med diagnosen (Bruch, 1973).

De moderne diagnosesystemer er langt mere nøjsomme, idet de begrænser sig til et deskriptivt symptomniveau, der alene udsiger, hvorvidt en særlig gruppe af karakteristika er til stede eller ej.

Af speciel interesse i denne sammenhæng er, at anoreksi, på trods af sin omflakkende tilværelse, gennemgående er blevet opfattet som en psykologisk eller psykosomatisk lidelse med vægt på det psykiske, idet de somatiske symptomer er blevet anset som sekundære i forhold til den psykologiske problematik.

En speciel variant af den psykologiske forståelse af psykisk lidelse er den psykodynamiske tilgang. Denne model anskuer ikke den givne tilstand som en sygdom, som den medicinsk-psykiatriske tilgang gør det, men som en livsytring, hvor det afgørende ikke er at kategorisere denne ytring som sund eller syg. Det afgørende er, at den opfattes som principielt forståelig og meningsfuld. Der er heller ikke nødvendigvis tale om nyttilkomne afgrænsede fænomener, der er kvalitativt forskellige fra den pågældendes habitualpsyke, men om udviklingsforstyrrelser eller exacerbationer af allerede tilstedeværende personlighedstræk, der giver den givne tilstand et individuelt præg.

En psykodynamisk tilgang

Vi er hermed fremme ved den psykodynamiske tilgang. At anskue en lidelse ud fra en bestemt tilgang eller vinkel (i dette tilfælde en psykodynamisk tilgang) har betydning på en række punkter. Det har betydning for, hvordan man forstår:

1. Baggrunden for lidelsen.
2. Hvordan selve lidelsen og symptomerne forstås.
3. Forholdet mellem beslægtede lidelser, i dette tilfælde anoreksi og bulimi.
4. Behandlingen.
5. Hvad man ser, og hvad man ikke ser.

Hermed menes, at ethvert perspektiv har fordele og begrænsninger, det øger opmærksomheden overfor bestemte aspekter på bekostning af andre.

I det følgende vil specielt baggrunden for lidelsen og forståelsen af symptomerne blive omtalt. Spørgsmålet om behandling vil blive taget op i forbindelse med det psykodynamiske perspektivs begrænsninger.

Vedrørende forholdet mellem anoreksi og bulimi henvises til Lunn (1988).

Baggrund:

Når man skal forstå baggrunden for udviklingen af anoreksi kan man skelne imellem: udløsende faktorer, vedligeholdende faktorer og personlighedsudviklingen i barndommen. Når man arbejder ud fra en psykodynamisk synsvinkel med spiseforstyrrelser, er det især personlighedsudviklingen i barndommen og de udløsende faktorer, man beskæftiger sig med. De vedligeholdende forhold får ikke den samme opmærksomhed, og måske ikke den opmærksomhed, som de fortjener. Da de imidlertid er af stor betydning, skal de kort nævnes her. Det drejer sig f.eks. om bestemte holdninger til krop, vægt og udseende i et miljø, der er af afgørende betydning for den pågældende person. Det kan også dreje sig om fejlslagen behandling eller om familiens reaktion på spiseforstyrrelsen, således at der udvikler sig et destruktivt interaktionsmønster imellem pigen og hendes nærmeste. Endelig, og ikke mindst, udgør symptomerne en vedligeholdende faktor.

Personlighedsudviklingen i barndommen

Personlighedsudviklingen i barndommen er bestemt af den specifikke interaktion, der udvikler sig imellem det givne barn med dets biologiske og psykologiske udrustning og dets nære omgivelser. Forskellige forskere vil vægte det biologiske udgangspunkt og det psykologiske samspil forskelligt, og man må også formode, at biologien og psykologien spiller en forskellig rolle og følgerig bør gives forskellig vægt hos forskellige personer. Det afgørende i denne sammenhæng er den betydning personlighedsudviklingen og dermed barndommen og den tidlige opvækst tillægges, når man arbejder ud fra et psykodynamisk eller psykologisk udgangspunkt.

Indenfor normalpsykologien vil de fleste være enige i, at barndommen og samspillet mellem børn og forældre har afgørende betydning for barnets udvikling og trivsel. Det springende punkt er, hvorvidt udviklingsperspektivet inddrages i forståelsen af psykisk sygdom eller ej. Det gør det, når man arbejder ud fra et psykodynamisk og psykologisk perspektiv, hvilket i dette tilfælde indebærer, at *spiseforstyrrelser forstås som udviklingsforstyrrelser*.

Det næste spørgsmål bliver, om man kan sætte fingeren på noget specielt i udviklingen. Det er et spørgsmål, det er meget vanskeligt at besvare, fordi den samme faktor kan have forskellig betydning og forskellig virkning hos forskellige personer, ligesom forskellige veje kan føre til det samme resultat. Det bliver ikke mindre kompliceret af, at der er store forskelle på de personer, som udvikler en spiseforstyrrelse. Ganske vist vil der ofte være store fælles træk, især når det drejer sig om meget afmagrede anoreksipatienter. Her vil man så at sige ikke kunne se personen overhovedet for anoreksien, men efterhånden som pigen tager på i vægt, vil hendes særlige personlighed træde frem.

Ikke desto mindre har psykologiske beskrivelser og forskning peget på en række hyppigt forekommende karakteristika og oplevelsesmåder hos personer, der udvikler spiseforstyrrelser.

1. Først og fremmest er det karakteristisk, at mange af de unge piger/kvinder som udvikler en spiseforstyrrelse, umiddelbart virker sunde og raske og veltilpassede på en lang række områder. Det forekommer derfor helt uforståeligt og absurdt for omgivelserne, at de i den grad forspilder deres liv og deres mange muligheder og ikke mindst udsætter sig selv for så stor en fare. Det er ikke ualmindeligt at høre forældre sige: »Vi begriber det ikke, havde det så været hendes søster, men hende, der altid har været så nem«.
2. Man ser tillige ofte en tidlig udvikling og fremmelighed socialt og intellektuelt, som kan bidrage til billedet af den nemme, veltilpassede og kompetente pige. Dette kan yderligere forstærkes af den beroligende, hjælpende og trøstende kraft, hun ofte kan være for sine nærmeste. Set indefra oplever pigen sig imidlertid ofte som alt andet end kompetent.
3. Der ses således ofte en følelse af ikke at være hel og ikke at være i stand til at få omgivelserne til at se en, som man føler, man er. Som en patient udtrykte det: »Folks indtryk af mig er ligesom at lytte til et bånd, hvor du lyder helt anderledes, end du gør for dig selv« (Geist, 1989).
Hvor hun udefra kan forekomme fremmelig og kompetent, kan hun indefra opleve sig selv som lille og usikker og præget af en lammende følelse af ikke at slå til, af ikke at kunne klare sig alene og ikke at kunne manifestere sig.
4. Beslægtet med denne usikkerhed er en manglende fornemmelse af sig selv kropsligt og psykologisk. Der er ofte tale om en rådvildhed med hensyn til hvem hun selv er, med hensyn til egne ønsker og behov, og hvad der foregår indeni hende selv. Til gengæld ses ofte en særlig sensitivitet overfor vigtige andre personers udtalte ønsker og behov.

Lidt populært sagt kunne man sige, at pigen i sin udvikling har rettet sin opmærksomhed det forkerte sted hen, idet hun har orienteret sig imod en ydre verden, hvis reaktioner på hende ikke har styrket hendes oplevelse af sig selv.

5. Til sidst skal nævnes vanskeligheden ved at berolige sig selv, herunder vanskeligheden ved at tolerere affekt, først og fremmest negativ effekt som egen aggression og fjendtlighed og
6. angsten for ikke at kunne styre sig.

I begge tilfælde drejer det sig om vanskeligheder med at regulere sit eget indre følelsesliv. Både i anoreksi og i bulimi ser vi en angst for ikke at kunne styre sig, for at blive oversvømmet af impulser, for at spise sig til 100 kg. Måden at håndtere denne angst og dette indre spændingspres på er at kontrollere kroppen gennem faste, tvangspræget motionering m.v. Der ses således et reaktionsmønster domineret af handlen, hvor opmærksomheden rettes mod målelige præstationer, portioner og kalorier frem for mod et kaotisk indre.

De her nævnte karakteristika kan sammenfattes på forskellig måde. Gennemgående er den manglende oplevelse af et fast forankret ståsted, hvor en selv og verden opleves ud fra. Denne usikkerhed i selv- og personlighedsudviklingen er et sårbart udgangspunkt for den videre udvikling og kan disponere for spiseforstyrrelser.

Udløsende faktorer – puberteten

De udløsende faktorer kan være af meget forskellig karakter: det kan dreje sig om seksuel debut, om en lettere grænseoverskridende bemærkning, typisk fra en mandlig voksen om pigens kropslige udvikling, som tolkes på en speciel måde af den unge pige, og det kan være tab af forskellig karakter: skolens afslutning, et venskabs opløsning eller et udlandsophold. De udløsende faktorer vil typisk være relaterede til ungdomsperioden og puberteten, som er den livsperiode, hvori de fleste spiseforstyrrelser debuterer. Det kan derfor være vigtigt at opholde sig lidt ved den.

Ungdomsperioden hører til en af det almindelig livs kriser. Det er en periode, hvor barndommens resultater i forhold til den enkeltes personlighedsudvikling og styrke skal stå sin prøve. Først og fremmest medfører puberteten omfattende kropsændringer, som den unge skal tilpasse sig. Specielt for piger efterfølges vækstsputten af en forøgelse af kroppens fedtmængde, et faktum, som et meget stort antal piger i vores kultur har det yderst ambivalent med. En harmonisk udvikling forudsætter, at pigen kan tilpasse sig dette faktum, d.v.s. at det billede hun har af sig selv og sin krop, og som hun hidtil har identificeret sig med, kan tåle udvikling og forandring. Samtidig med de biologiske og kropslige foran-

dringer stiller omgivelserne nye og større intellektuelle og sociale krav, og centrale temaer som seksualitet, separation og uafhængighed står på dagsordenen.

Parallelt hermed og som en integreret del af disse forandringer undergår *gruppen* store ændringer. Med gruppen tænkes her på klassen, kammeraterne, vennerne. Der er en opløsning i kendte mønstre og strukturer, drenge og piger relaterer sig til hinanden på nye måder, nogle udvikler sig fysisk med stormskridt, andre meget langsomt, position og status forrykkes og nye subgrupper etableres.

Puberteten er således en udfordring på flere planer, kropsligt, psykologisk og socialt. Den indvarsler udvikling og forandring, dens karakter af overgang gør den usikker og ubestemt, samtidig med at den markerer det kendte og dermed det sikres afslutning.

Den pige, der udvikler en spiseforstyrrelse, og der fokuseres her især på anoreksi, føler sig ikke parat til, eller har ikke ressourcer til at møde den udfordring og de forandringer og nye krav, som ungdomsperioden stiller.

Eller rettere, hun møder den på sin specielle måde: ved at undgå den. Ved at sætte sin krops udvikling i stå i helt bogstavelig forstand. Ved at isolere sig fra sine kammerater og ved at sætte sin energi ind på at vinde over sig selv og sin krop: løbe stadig længere, spise stadig mindre, tabe sig stadig mere.

Forståelsen af lidelsen/symptomet.

Set i et psykodynamisk perspektiv kan de anorektiske symptomer ikke alene forstås som uønskede og sygelige handlinger, det først og fremmest gælder om at bringe til ophør. Ud fra dette perspektiv forstås symptomerne *også* som forsøg fra pigens side på at holde sammen på sig selv og beskytte sig selv overfor ydre krav, som ikke kan honoreres, og indre affekter og spændinger, som ikke kan neutraliseres og reguleres på anden vis. De anorektiske symptomerne forstås således som en desperat kamp for at holde sig selv i live i psykologisk forstand – en kamp, der paradoksalt nok føres med livstruende midler.

Denne forståelse af anoreksi som en kamp på liv og død afspejler et forsøg på at forstå og leve sig ind i den anorektiske piges virkelighed og opfattelse af verden. Og når man arbejder med piger med anoreksi, får man vitterlig indtryk af, at der er umådelig stærke kræfter på spil, som de anorektiske symptomer er et livsvigtigt forsøg på at dæmme op overfor og holde i skak. Fremfor det kæmpeproblem, som anoreksien repræsenterer, udefra set, forekommer den indefra set at være en redning og beskyttelse, som den anorektiske pige fører en desperat kamp for holde fast i. Det er det, der er baggrunden for, at anoreksi undertiden beskrives som en løsning på et problem eller på en række problemer, fremfor et problem, der skal afhjælpes (Lunn, 1995).

Det skal i denne sammenhæng nævnes, at et af de store problemer ved anoreksi, og en af de ting, der gør anoreksi så vanskelig at behandle er, at symptomet er så effektivt og succesfuldt. Med det menes, at de anorektiske symptomer typisk ledsages af en følelse af at have kontrol over sit liv, en følelse af at kunne udrette noget, at have en selvbestemmelse og en frihed. Samtidig beslaglægger de al tanke- og følelsesmæssig aktivitet, der rækker ud over selve anoreksien med dens enkle og overskuelige krav om ikke at spise og ikke at tage på. Når man sulter, hvilket er kendt fra både klimatisk/økonomisk begrundede og politisk/racistisk påtvungne hungertilstande, kan man stort set ikke tænke på andet end mad og gøre andet end at aflede sig selv fra den nagende følelse af sult. Som en tidligere anoreksipatient udtrykte det: »Jeg savner undertiden min anoreksi. Dengang var livet så simpelt. Det drejede sig kun om at tælle kalorier. Nu står jeg og stritter med alle disse ubehagelige følelser, krav og valg«.

Det anorektiske symptom kan således sammenlignes med en svamp, der opsuger alt andet end det monotone krav om at tabe sig stadig mere, spise stadig mindre, løbe stadig længere.

Denne gevinst ved at sulte har Hamsun beskrevet i romanen *Sult*: »Jeg havde ingen smerte, min sult havde stumpet den av; i dens sted følte jeg mig behagelig tom, uberørt av alting omkring mig og glad over at være uset av alle«. (Citeret fra Skårderud, 1997).

Begrænsninger ved det psykodynamiske perspektiv

Anoreksi er som bekendt ikke alene et psykisk symptom, men også et fysisk symptom, eller mere præcist et psykisk symptom med klare somatiske følger. Man kan se på en patient, at hun har anoreksi, og anoreksi er livsfarligt. Dette har konsekvenser for behandlingen. Historisk har det typisk haft den konsekvens, at behandlingen har overfokuseret på det somatiske aspekt og på dødsrisikoen ved anoreksi. Men lige så snart det er sagt, må det modsatte siges. For det er netop typisk ved anoreksibehandling, at den splittelse imellem det somatiske og det psykiske, som selve symptomet er udtryk for, gentager sig i behandlingen. Det vil sige, at man enten ser en overfokusering på det somatiske med den konsekvens, at behandlingen primært orienterer sig mod at få patienten op i vægt eller den modsatte tendens, nemlig at man primært fokuserer på den funktion og betydning, det anorektiske symptom har haft i den pågældende patients liv og historie. Der er i behandlingen af anoreksipatienter en tendens til enten at over- eller underfokuserer på deres symptomer.

Psykoterapeutisk orienterede forskere og klinikere har specielt været optaget af at forstå den enkelte patient og hendes bevæggrunde til at sulte sig og har lagt mindre vægt på den somatiske del af behandlingen med fare for ikke at være tilstrækkelig opmærksomme på lidelsens potentielt

livstruende karakter. Medicinsk orienterede forskere og klinikere har primært fokuseret på vægttabet og forsøg på at genoprette dette med risiko for, at patienten »spiste sig ud af afdelingen« for blot at gentage sin kamp imod mad, krop, vægt og spisning, såsnart hun var udskrevet fra afdelingen. Begge tilgange har i deres rene form sprunget det helt centrale spørgsmål ved anoreksi over: Hvordan overvindes den modsætning, som den anorektiske patient oplever imellem sig selv og sin krop eller anderledes formuleret, hvordan integreres kroppen i en alderssvarende udgave i pigens selvbillede og identitet.

Lad mig resumere og konkludere: Set i et psykodynamisk perspektiv er anoreksi en særlig defensiv strategi overfor pubertetens udfordringer – en strategi, der indefra set ikke opleves som syg og dødbringende, men som forsøg på at leve, holde, redde og beskytte sig selv – som livsnødvendig. Udefra set er der til gengæld tale om sygdom – endda en meget farlig sygdom, som radikalt ændrer den pågældende og forandrer hendes liv fra en almindelig sports- og skolepige til sengeliggende hospitalsindlagt patient, hvor den ene muselmandslignende patient vanskeligt lader sig skelne fra den anden.

Min konklusion er således, at både et medicinsk – psykiatrisk og psykodynamisk sygdomsbegreb har sin plads og berettigelse i forståelsen og behandlingen af anoreksi og at ingen af disse perspektiver kan stå alene. *Anoreksiens paradoks: at overleve med livstruende midler – et paradoks, som udtrykker en bevægelse mod såvel liv som død (jvf. Mirdal, 1999) – fordrer en integration og et samarbejde imellem forskellige perspektiver og arbejdsmåder og berettiger måske alligevel til denne artikels titel, selv når anoreksien har antaget en form, hvor enhver snak om sundhedsfremmende adfærd forstummer.*

LITTERATUR

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. APA, Washington, D.C.
- BERRIOS, G, PORTER, R. (1995): *A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*. London: The Athlone Press.
- BORDO, S. (1993): *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- BRUCH, H. (1973): *Eating disorders – obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- GEIST, R.A. (1989) Self psychological reflections on the origin of eating disorders. I: J.R. BEMPORAD, D.B. HERZOG (Eds.): *Psychoanalysis and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- KAFKA, F. (1984): *Dommen og andre fortællinger*. Viborg: Nørhaven Bogtrykkeri A/S.
- LUNN, S. (1988): Forholdet mellem anorexia nervosa og bulimi. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 42: 399-403.

- LUNN, S. (1990): Individual psychotherapeutic treatment of Anorexia Nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplementum*, 361: 23-28.
- LUNN, S (1995): Anorexia nervosa – en oversigt. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, 73: 1115-22.
- MIRDAL, G. (1999): Mellem sundhed og sygdom: refleksioner over somatisering. *Psyke og Logos*, 20.
- PARNAS, J., HEMMINGSEN, R. (1994): Sygdomsopfattelse og referencerammer. I: R. Hemmingsen et al. (Eds.): *Klinisk psykiatri*, København: Munksgaard.
- SHORTER, E. (1997): *A history of psychiatry*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- SKÅRDERUD, F. (1992): *Sultekunstnerne, kultur, krop og kontrol*. Danmark: Tiderne Skifter.
- SKÅRDERUD, F. (1997) I: S. Karterud. *Selvpsykologi – udviklingen etter Kohut*. Oslo: Norsk Gyldendal.
- The hunger strike* (1981): <http://larkspirit.com/hungerstrikes/1981.html>.
- WHO (1992): *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.