

# EN FAMILIE BLIVER TIL

Om kostbehandling som optimeringsproces for familiens socialitet

ALEXANDRA B. RYBORG JØNSSON

Det er lørdag eftermiddag i april 2009. Uden for vinduerne spejler forårssolen sig i knopperne på træer og buske, og inde i stuen breder der sig en liflig duft af hjemmebag. Jeg er blevet placeret i designerstolen, og over for mig sidder Karsten med armen afslappet om sin kone Heidi i sofaen. Lillesøster Sif farver i en malebog, og storebror Torbjørn er inde på sit værelse med en kammerat. Jeg skriver i min notesbog, at det er som taget ud af slutningen på en amerikansk romantisk komedie, hvor det hele går op i en højere enhed, og alting løser sig til sidst, og næsten som om hun kunne læse mine tanker, udbryder Heidi: 'Ja, man kan nok godt fornemme, at vi er blevet sådan en rigtig familie.'

Denne artikel handler om familier, der har et eller flere børn med en adfærdsforstyrrelse, som de behandler med en særlig diæt, der har til hensigt at optimere børnenes funktionsniveau. Familiernes har før diæten mærket, hvordan de som konsekvens af barnets adfærdsforstyrrelse er blevet mistænkeliggjort og udstillet som „dårlige forældre“. Det har medført en stigende grad af social isolation, samtidig med at de har levet med frygt, usikkerhed, og hvad der ellers følger af at have et barn med et alvorligt handicap. Her træder kostbehandling med diæten ind som en social teknologi, der ved at optimere børnene også optimerer forældrenes renommé og socialitet.

Artiklens formål er at se på kostbehandling af adfærdsforstyrrelser uden at tage stilling til, hvorvidt behandlingen har nogen målbar fysiologisk effekt, men i stedet undersøge, om diæten kan ses som en partikulær, social form. I denne optik er kostbehandling en særlig social teknologi, der bruges mere eller mindre bevidst til at skabe en „rigtig“ familie, som Heidi udtrykker det. Familiernes motivation for at starte kostbehandling er ellers, at barnet skal helbredes eller i hvert fald få mindsket symptomerne på adfærdsforstyrrelsen. Jeg vil dog argumentere for en mere pragmatisk analyse, der fokuserer på, hvordan familierne selv – når der ikke sker en bedring i barnets tilstand – bruger

kostbehandling til at navigere i dagligdagens udfordringer med et handikappet barn. Forældrenes håb, overvejelser, refleksioner og handlinger giver et indblik i de sociale omstændigheder og praktiske konsekvenser ved kostbehandling, og det åbner for en analyse af kostbehandling som optimeringsproces for familiens socialitet.

Artiklen skriver sig ind i et stort og polariseret forskningsfelt, hvor effekten af kostbehandling mod adfærdsforstyrrelser diskuteres af tilhængere og modstandere (uddybes senere). Artiklens argument er, at kostbehandling kun kan forstås i en social og kulturel kontekst, og ved at bruge begreber som social teknologi og optimering ekspliciterer artiklen kulturelle forhold og praksisser, som familier uden adfærdsforstyrrede børn tager for givet.

Det er i den sammenhæng interessant at fokusere på, hvordan forældrene agerer i forhold til kostbehandling. Ifølge den franske filosof Michel Foucault er handlinger, der har til hensigt at forbedre egen livskvalitet, ofte knyttet til bestemte former for politisk magt og styring, der fungerer via subjektivitet snarere end via tvang og undertrykkelse. Han bruger betegnelsen „selvteknologi“ om sådanne handlinger og understreger dermed både det individualistiske og det instrumentelle ved denne måde at handle på (Foucault 1988). Ifølge Foucault tillader selvteknologi individer at opnå et ønsket stadie af glæde, fromhed, visdom, perfektion eller udødelighed, eksempelvis gennem gentagne kropslige handlinger, tanker og handlemåder (op.cit.18). I dette tilfælde er det dog ikke forældrene selv, men børnene, som er målet for teknologien. Børnene kan ikke selv kostbehandle, fordi det kræver viden at kunne bruge teknologien „rigtigt“ (Jöhncke et al. 2004: 388). I tråd hermed kan der argumenteres for, at kostbehandling er en form for social teknologi, hvis diæt kræver adgang til viden om, hvilke fødevarer der er henholdsvis „giftige“ og „helbredende“ for mennesker med adfærdsforstyrrelser. Begrebet „social teknologi“ stammer fra de danske antropologer Steffen Jöhncke, Mette Svendsen og Susan Whytes artikel „Løsningsmodeller. Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt“ (2004). Her forstås social teknologi som et analytisk begreb, der ansporer til at se forbindelsen mellem teknologiens rationaler og dens praktiske konsekvenser i sociale sammenhænge. Med social teknologi understreges, at der er tale om teknologier, der udøves i sociale relationer, og teknologi, der har til hensigt at forme det sociale. Jöhncke et al. skriver, at professionel kunnen er et væsentligt element i varetagelsen af sociale teknologier, og at varetagerne derfor kan påråbe sig „ekspertise“ (op.cit.388). Mens der i artiklen tales om professioner til varetagelse af sociale teknologier såsom pædagoger eller læger, forstås i denne sammenhæng den professionelle kunnen som viden om kostbehandling, som forældrene minutøst har læst sig frem til, taget kurser i og deltaget i erfaringsudveksling om med andre familier. Stort set alle

læger og andre fagpersoner i det biomedicinske system tager afstand fra diæten, der udelukker gluten, sukker, hvede og mælk, idet der ikke findes videnskabelig evidens for effekter, og der er derfor ingen professionelle inden for det etablerede sundhedssystem at trække på. I stedet bliver forældrene selv til eksperter.

Ved at anskue kostbehandling som social teknologi kan det synliggøres, hvordan forbindelsen mellem den tekniske optimering af diæten, moralske perspektiver i forventningerne til familierne og forældrene som sociale aktører bliver til. Sociale teknologier rummer en intentionalitet i retning af „det gode liv“ og kan ses som praktisk kunst, der sigter mod at skabe bestemte ændringer (op.cit.390). Artiklen vil vise, hvordan forældrene gennem tilberedning af mad får mulighed for at tage aktiv del i deres barns behandling. Jeg vil derfor argumentere for, at kostbehandling kan ses som en social teknologi, der rummer en intentionalitet om det perfekte familieliv. Heri ligger muligheden for at skabe meningsfulde relationer børn og forældre imellem og dermed optimere familien.

## Adfærdsforstyrrelse - en „rigtig“ diagnose?

I artiklen anvendes paraplybetegnelsen „adfærdsforstyrrelser“ for de lidelser, familiernes børn er diagnosticerede med: ADHD, Tourettes syndrom, infantil autisme, OCD og Aspergers syndrom. Ved brugen af „adfærdsforstyrrelser“ er det ikke hensigten at problematisere anvendelsen af diagnoser, det er blot et praktisk begreb for overskuelighedens skyld.

I Danmark er adfærdsforstyrrelser anerkendte af det offentlige sundhedsvæsen, men det kan diskuteres, om diagnoserne er kulturbundne syndromer. Der findes patientforeninger for børn og familier med autisme i over 80 lande, hvilket om ikke andet vidner om, at i hvert fald diagnosekategorien er global (Daley 2002: 532). Alligevel findes der overraskende lidt litteratur, der sætter autisme i en kulturel kontekst (ibid.). Forskere har dog påvist, at autisme varierer, og at det er kulturelt bestemt, hvordan mentale og fysiske handicap håndteres, og hvilken indflydelse kulturen har på personen med handikappets identitet og socialitet (Whyte & Ingstad 1995; Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman 1995).

Både fagfolk og lægfolk diskuterer adfærdsdiagnoser. Inden for psykiatrien argumenteres blandt andet for, at der efter en psykopatologisk udforskning af ADHD-populationen ikke vil være patienter nok til, at man kan tale om en selvstændig diagnose. Det er snarere et spørgsmål om en tidligt debuterende skizofren spektrum-tilstand (Lindberg 2005). I tråd hermed kritiseres det diagnosesystem, der bruges til adfærdsforstyrrelser, ICD-10, fordi kriterierne for diagnosticering er dårligt defineret og ikke operationaliserbare (Mortensen 2009). En rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse viser, at diagnosti-

cering af ADHD, autisme og lignende lidelser stilles med meget forskellig hyppighed, fra 2 procent til 29 procent af en børneårgang, alt efter hvor i landet man befinder sig (SUM 2008). Samtidig er der diskursive kampe mellem forskellige vidensregimer, hvor nogle beskriver ADHD som et handicap, som skal medicineres for både individets og samfundet skyld, mens andre nægter at anerkende ADHD som et handicap, men hævder, at der er tale om en konstruktion skabt af lægemiddelindustrien med henblik på at tjene penge (Andersen 2009:10-24).

For familierne er det dog særligt den del af den offentlige retorik, der sætter børnenes adfærdsproblemer i sammenhæng med en familær dysfunktion, der opleves som stigmatiserende. Denne kritik har været fremført siden slutningen af 1980'erne (for eksempel Patterson et al. 1993; Sroufe 1989), og argumentet underbygges ved blandt andet at vise, at hyperaktivitet kan stamme fra omsorgssvigt, overstimulering og andre miljømæssige faktorer (Carlson, Jacobvitz & Sroufe 1995; Jacobvitz & Sroufe 1987). I nyere tid i Danmark gengav en dansk psykolog samme argument i et interview i dagbladet Politiken, hvor han citeres for at sige, at „langt de fleste børn ‘med ADHD’ blot har adfærdsproblemer, som er helt normale og bunder i forældrenes interne konfliktfyldte parforhold“ (Korsaa 2011a, 2011b). Kritikken foregår ikke kun i forskningsfora, men også i medierne.

Denne kontekstualisering er vigtig for at forstå det sociale rum, forældrene til adfærdsforstyrrede børn færdes i, når de er uden for hjemmet. Fælles for forældrene er, at de har et barn med en social uacceptabel, aggressiv eller udfordrende opførsel. Barnet er ofte stædigt, irritabelt og besværligt. Det starter slåskampe, lyver, stjæler og pjækker fra skolen (Nielsen i Broeng 2007:48-74). Forældrene oplever ofte konflikter med andre forældre, dømmende bemærkninger fra tilfældige forbipasserende og, jf. ovenstående diskussion, mistro til, om barnet mon virkelig er sygt, eller om det er forældrene, der er årsag til problemet.

Adfærdsforstyrrelser behandles i det offentlige sundhedssystem ved at forsøge at fremme barnets normale udvikling. Der arbejdes med pædagogiske tiltag og værktøjer, støttetimer og lignende, og børnene med ADHD kan medicineres, så hyperaktiviteten mindskes, og koncentrationsevnen forbedres. Selv om symptomerne kan dæmpes, anses adfærdsforstyrrelser som uhelbredelige og livsvarige (Broeng 2007:134). Familiernes interesse for kostbehandling skal forstås i dette lys.

## Kostbehandling og kernesunde familier

Kostbehandling af adfærdsforstyrrelser kan deles op i flere forskellige underdiæter: omega 3 og 6-fedtsyretilskudsdiæt (Richardson & Montgomery 2005), tilsætnings- og salicylsyrefridiæt (Feingold 1975), hyperallergiudelukkelsesdiæten

(Pelsser et al. 2011), fødevareroverfølsomhed (Ferguson 1992), jern- eller zinktilskudsdiæten (Konofal et al. 2008; Arnold et al. 2010) og endelig sukker- og aspartamfri diæten (Wolraich et al. 1994). Kernesund families kostbehandlingsprogram er en blanding af disse diæter, og familierne, jeg har fulgt, udelukker for eksempel også både sukker, aspartam, gluten, hvede og mælk og tager en række kosttilskud. Der findes imidlertid ikke videnskabeligt accepteret evidens for, at bestemte diæter kan helbrede adfærdsforstyrrelser (Cormier & Elder 2007; Millichap & Yee 2012). Det har ført til en opdeling mellem det biomedicinske sundhedssystem, hvor kostbehandling ikke anerkendes, og en række private sundhedsaktører, der har gjort kostbehandling til et kommercielt felt (se for eksempel neurozym.com, der blandt andet sælger fødevarerallergitest og kosttilskud). Dette modsætningsforhold skaber rum for ekspertgørelse af forældre, der med afsæt i egen (barnets) kropslige erfaring, fremstilles som specialister i behandling af adfærdsforstyrrelser. I USA har eksempelvis skuespiller og undertøjsmodel Jenny McCarthy holdt foredrag og skrevet bøger om sin søns autisme (McCarthy 2007).

I Danmark blev journalist Ninka-Bernadette Mauritson landskendt som ekspert i kostbehandling efter udgivelsen af bogen *Kernesund familie* (2007), der blev solgt i 90.000 eksemplarer. Bogens hovedpersoner er familien Mauritson, der ud over Ninka selv består af manden Morten samt børnene Bertram og Melvin. *Kernesund familie* indeholder temaer om alt fra børne- og familiemad over sukkernedtrapning, udrensning og naturmedicin til familiemotion med dertilhørende guides, tips, test og opskrifter. Desuden findes en vejledning i, hvordan forældre kan kostbehandle deres barn for en adfærdsforstyrrelse.

Når en mor følger sit kald og sin livsvej, er der ingen grænser for de forandringer og mirakler, hun kan skabe. Nu er det din tur (kernesundfamilie.dk).

I bogen følger vi familiens egen vej i kostbehandling, hvor de udelukker tilsætningsstoffer, gluten, mælk og sukker og samtidig begynder at tage kosttilskud og motionere. Vi læser, hvordan kostbehandlingen medvirker til, at sønnen Bertrams autistiske træk aftager (Mauritson 2007). Mauritsons argument for kostbehandling er, at børnene i virkeligheden ikke har en adfærdsforstyrrelse, men er fødevarerallergikere, og at det er tilsætningsstoffer, gluten, sukker og hvede, der får dem til at „reagere“, så de fejlagtigt diagnosticeres med eksempelvis autisme. „At reagere“ er en betegnelse, der ofte bliver brugt af forældrene, og med det menes, at barnet bliver hyperaktivt, trækker sig ind i sig selv, får tics eller lignende symptomer.

*Kernesund familie* fik stor opmærksomhed af landsdækkende og lokale medier, og mediedækningen toppede, da Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen i maj

2008 udsendte en pressemeddelelse, hvori de advarede mod bogen og diætens „skadelige råd“, der risikerer at give „fejlnærede børn“ (Sundhedsstyrelsen 2008). Også andre sundhedsaktører har kritiseret diæten, blandt andet professor og tidligere formand for ernæringsrådet Arne Astrup (Thorup 2008; Aagaard 2009). Mauritson afviser anklagerne om uvidenskabelighed ved at henvise til videnskabelige undersøgelser, der fastholder, at adfærdsforstyrrelser *kan* kostbehandles. Ifølge disse undersøgelser er det især proteinerne fra gluten og kasein fra mælkeprodukter, som skaber problemer for de børn, der ikke kan nedbryde proteinerne i tarmsystemet, hvilket medfører, at de får adfærdsforstyrrende stoffer i blodbanen. Disse stoffer påvirker hjernen og er årsagen til symptomerne på adfærdsforstyrrelserne (Mauritson 2007). Undersøgelserne afvises imidlertid af Sundhedsstyrelsen, da der er tale om forsøg på rotte og celleniveau, der ikke kan overføres til mennesker (Thorup 2008).

## Vejen ind

Analysen er empirisk forankret i materiale fra et antropologisk feltarbejde på Sjælland i 2008-2009 udført i forbindelse med min specialeafhandling. Gennem et lille år fulgte jeg otte sjællandske familier, der havde et eller flere børn med en adfærdsforstyrrelse. De er alle anonymiseret her i artiklen. Familierne kender hinanden fra en på det tidspunkt nystartet og ganske lille forening for familier, der bruger kostbehandling i et forsøg på at behandle deres barns handicap. Alle bruger kostbehandling i håb om en fremtid, hvor barnet er raskt, men har dog vidt forskellige tilgange til diæten (Ryborg 2011). Nogle har fået tilbudt Ritalin mod barnets symptomer af det offentlige sundhedsvæsen, men familierne, jeg har fulgt, tager afstand fra medicinering.

Mit første forsøg på kontakt til foreningen blev afvist. Det var i perioden, hvor Kernesund familie blev stærkt kritiseret i medierne, og de ønskede ikke flere udefrakommende, potentielle kritikere. Den negative opmærksomhed har gjort, at de fleste familier ikke ønsker at delagtiggøre omverdenen i deres valg af behandling, fordi de frygter at blive associeret med kvaksalveri.

Jeg forsikrede derfor foreningen om, at jeg ikke var ude på at udstille familierne eller i færd med at lave en journalistisk undercoveropgave. Jeg var der for at forstå, hvad et barn med adfærdsforstyrrelse gør ved familien, og hvorfor man vælger kostbehandling, når nu det ikke virker. Svaret var „det virker altså“, men også en lille åbning i form af en invitation til foreningens generalforsamling. Der fik jeg rekrutteret 19 familier, hvoraf mere end halvdelen sprang fra undervejs. De havde simpelthen ikke overskud til at medvirke. „Mine“ otte familier, som jeg er kommet til at kende og holde af, besøgte jeg så ofte, de kunne overkomme, over

en periode på et lille år fra vores første møde. Tit var jeg der fra tidlig eftermiddag til sen aften og hjalp til med madlavning og børnepasning. Sådan indsamlede jeg empiri til at give et indblik i, hvordan kostbehandlingen påvirker og udfordrer sociale rammer, hvad kostbehandlingen motiveres af, og hvordan den opfattes i en hverdagsoptik (Hastrup 2004:408).

## Far, mor og (adfærdsforstyrret) barn

Den der familiefølelse, den har aldrig rigtig været der (Jannie, mor til tvillingedrenge på 6 år med ADHD).

At få sit barn diagnosticeret med en adfærdsforstyrrelse griber ind i forældrenes forestillinger og drømme om barnets fremtid. For forældre til børn med eksempelvis autisme er barnets sygdom og sociale vanskeligheder så altoverskyggende, at alle relationer – på arbejdet, familiemæssige, venskabelige og romantiske – påvirkes (Wolfe 2012). Det har ikke kun konsekvenser for barnet, men også for forældrenes selvfølelse og familiens socialitet (Broeng 2007:131-40).

Min brug af begrebet socialitet er inspireret af den tyske sociolog Georg Simmel. Ifølge ham bindes samfundet sammen af de sociale bånd eller netværker, mennesker knytter til hinanden. Gennem deres indbyrdes relationer påvirker individerne hinanden og bliver dermed samfundsvæsener, der indgår som en del af en socialitet (Simmel 1998:24). I Simmels antagelse er socialitet alle typer af sociale relationer, hvor mennesker oplever en eller anden form for samvær, og/eller hvor de handler i forhold til hinanden (Hammershøj 2003:207). Grundlæggende betyder socialitet måder at være sammen på, og i bredere forstand handler det om de menneskelige grundbetingelser, der kommer af at være et enestående individ og samtidig del af et fællesskab (Sjørølev 2007:13). I denne sammenhæng er socialitet relevant for at beskrive, hvordan familien afskæres fra og på ny får mulighed for at indgå i sociale relationer både indbyrdes og i det omgivende samfund. Jeg åbner endvidere op for en bredere forståelse af socialitet, idet jeg vil se på socialitet i et optimeringsperspektiv og foreslå, at det at have velfungerende sociale relationer vedrører familiernes velbefindende og renommé.

De familier, jeg har fulgt, deler håb, overvejelser, refleksioner og forestillinger om, hvad et „rigtigt“ familieliv indebærer. Deres forståelser af familie relaterer sig især til den socialitet, der knytter sig til at have børn: både at blive en del af de sociale fællesskaber og samværsformer, som børn giver adgang til, og det at blive forældre sammen og dermed indgå i en ny form for relation til sin partner. De samme ønsker og ideer om familieliv kan ses i den danske antropolog Tine Tjørnhøj-Thomsens studie af ufrivilligt barnløse, der italesætter det at have

børn som adgangsgivende for en række socialitetsformer, som familien deltager i (Tjørnhøj-Thomsen 1999). De ufrivilligt barnløse forbinder det eftertragtede familieliv med hverdagsaktiviteter såsom at lege i snevejr, deltage i forældremøder, tage på skovtur og andre trivielle hverdagsting (op.cit.68). Drømmen om den velfungerende familie kan desuden spores overalt: selvhjælpsbøger, hjemmesider for forældre, debatindlæg og medieindslag med familieekspertes (se for eksempel magasinet Vores Børn, Go Morgen Danmarks faste familierådgiver Lola Jensen, www.baby.dk m.m.). Jeg vil derfor argumentere for, at der er tale om en generel diskurs i samfundet, som eksempelvis Maria, hvis ældste søn blev diagnosticeret med infantil autisme, da han var 3 år, taler sig ind i:

[...] Jeg har altid troet, jeg ville være sådan en familie, der bagte snobrød med børnene og tog på kanoture, altså, det gør jeg jo også med Andreas, men vi er ligesom ikke sammen om det som alle andre. Den ene [forælder] må altid blive hjemme med Jonas (Maria, mor til Jonas med infantil autisme).

Maria giver udtryk for en bestemt forestilling om, hvad et familieliv indebærer, og er ked af, at familien ikke kan være sammen om aktiviteter, som andre familier er. Jannie lader til at dele denne forståelse:

Den der drøm om, at nu skal vi bare ha' det enormt hyggeligt og rart, og det blev bare ALDRIG nogen sinde rart ... Altså, det er først efter, at vi har lavet kostforandringer, først det sidste halve år, hvor jeg begynder at sige, o.k., nu begynder det at være rart, nu er vi en familie (Jannie, mor til tvillinger med ADHD).

Om andre familier uden adfærdsforstyrrede børn lever idylliske og problemfrie tilværelser, er tvivlsomt, men det er ikke pointen her. I stedet er det *ideen* om, hvad familien kunne have været, hvis ikke barnet havde haft et handicap:

Jamen, det var da en drøm, der brast. Det var det helt sikkert. Det har bare aldrig været hyggeligt og rart hjemme hos os. Og da jeg fandt ud af, at Mathilde var Asperger [havde Aspergers syndrom], jeg tror ... jeg satte mig bare hjem, og så tudede jeg i tre dage, tror jeg. Det var ligesom ikke sådan, det skulle være (Karen, mor til Mathilde, 10 år, med Aspergers syndrom).

Diagnosen har altså ikke kun konsekvenser for barnet, men også for forældrenes selvfølelse og familiens sammenhold.

Alt det, jeg havde forestillet mig, vi havde sådan en joke i mødregruppen, altså, han var den eneste dreng, ik', og så havde vi sådan en joke med, at han var en rigtig casanova. Men så pludselig må man bare tænke det hele om, Nicklas, han kommer jo måske aldrig til at have en kæreste (Lotte, mor til Nicklas, 4 år og infantil autist).



Et andet aspekt af kostbehandlingen er de økonomiske udgifter. Selve diæten kan lyde simpel, men kræver „en livsstilsomlægning for hele familien“, som Maria, der er mor til Jonas med infantil autisme, udtrykker det. Al mad skal laves fra bunden for at undgå de ingredienser, børnene ikke kan tåle. Når børnene skal til børnefødselsdag eller andre begivenheder, der involverer slikposer, kage og andet „forbudt“, skal der laves „madpakke“ med sunde alternativer som mandelmuffins og frugtslik. Samtidig skal alle råvarer være økologiske, helst biodynamiske, og det er både dyrt og tidskrævende at handle, da de færreste supermarkeder har alt, hvad der skal bruges. Familierne har også en stor udgift til de krævede kosttilskud. Karen, der er alenemor til Mathilde med Aspergers syndrom og hendes søster Louise, anslår, at hun bruger cirka 1000 kroner om måneden på olier og vitaminer. De empiriske eksempler peger i retning af, at familierne lever med de praktiske og økonomiske udfordringer ved kostbehandlingen i håb om et rask barn, men også mere eller mindre bevidst, fordi familiens socialitet optimeres, hvilket jeg vil beskrive i det følgende.

## Optimering af familien

Når jeg i denne artikel argumenterer for kostbehandling som noget, der optimerer familien, har jeg ladet mig inspirere af den britiske sociolog Nikolas Rose, der sætter medicinske forbedringsteknologier i fokus inden for sundhedsområdet ved at påvise, hvordan teknikker og teknologier ikke kun er afgrænset til at behandle sygdom, men også bruges til optimering (Rose 2007). Han argumenterer for, at vi er blevet til forbrugere, hvis behov ikke kun er styret af behandlingsmæssige nødvendigheder, men også en evig søgen efter at optimere kroppen og selvet (op.cit.20). At bruge optimering som begreb uden for matematikkens verden er en tendens, der tydeligt ses inden for sundhed. Kroppen og sindet skal forbedres og udvikles til at kunne og være det bedst mulige. Kostbehandling falder inden for optimeringstendensen for de familier, jeg har fulgt, fordi det ikke blot er et spørgsmål om at følge en bestemt behandling, men snarere bliver et personligt projekt for forældrene. Det bliver særligt interessant, når mange af forældrene i et fortroligt øjeblik røber, at de faktisk ikke kan se den store forskel på barnet før og efter. Når de alligevel kan berette om, hvor meget bedre familien har fået det, efter de er startet i kostbehandling og vover at deltage i sociale arrangementer, selvom barnet eksempelvis stadig kan optræde aggressivt, er det mit argument, at det skyldes, at kostbehandlingen som teknisk optimering sættes i en social kontekst og derved får karakter af en social teknologi. En pointe, som kan illustreres empirisk med udgangspunkt i Jannies fortælling om hendes og drengenes erfaringer med kostbehandling.

## Jannie og tvillingerne

Jeg kunne ikke gøre noget. Bare se på og enten fylde dem med Ritalin [medicin mod ADHD] eller lade dem udvikle sig til små voldspsykopater. Men nu ved jeg, hvordan jeg skal takle det, jeg kan sgu selv gøre noget. Jeg kan give mine drenge et helt normalt liv.

Da jeg møder Jannie første gang, sidder vi på Café Sommersko i det indre København. Hun har fra starten meldt ud, at hun ikke magter at have mig på besøg derhjemme, og cafeen ligger tæt på jobcenteret, hvor hun skal møde senere. Jannie er på det tidspunkt 32 år, fraskilt og mor til William og Lucas, tvillinger på 7 år. Allerede da hun var gravid med drengene, havde hun på fornemmelsen, at der var noget galt. Drengene viste sig også at have store adfærdsmæssige problemer, de dannede ingen relationer til andre børn, og da de startede i børnehave, optrådte de ofte voldeligt over for de andre børn. Efter en episode, hvor drengene overfaldt et andet barn, der endte på skadestuen, blev de flyttet til en specialinstitution, og hele Jannies liv ramlede sammen. Hun og manden gik fra hinanden, hun mistede sit job, og drengene så ud til at være dømt til et liv med problemer. Men så opdagede hun bogen *Kernesund familie*, og den talte lige ind i hendes forståelsesunivers. Jannie er tidligere anorektiker og levede økologisk, vegetarisk og sukkerfrit, allerede inden hun startede kostbehandlingen af drengene. Hun har derfor ikke oplevet kostomlægningen som noget stort spring, som hun siger:

Altså, jeg ser bare røde lamper, når jeg hører ordet ritalin ik'? Og jeg ved jo, hvad sukker og gluten kan gøre ved mig.

Før kostbehandlingen startede, følte Jannie sig magtesløs og drømte om at gøre de ting, andre familier gør, som for eksempel at gå på museer, tage på ferie eller cykle ture i skoven. Drengenes adfærdsforstyrrelse gjorde, at Jannie følte, at drømmen var uden for rækkevidde. Det er den i princippet endnu, da drengene stadig lider af hyperaktivitet og opmærksomhedsbesvær, men drengene har ifølge Jannie gjort store fremskridt.

Efter de første 14 dage havde vi resultater. Drengene begyndte at få sociale relationer, de har stadig mange konflikter, men volden blev mindre, de begyndte at kunne sætte ord på deres følelser og tanker.

Om det er diætens skyld, det øgede fokus, tilfældigheder eller andet, skal ikke diskuteres her, for i denne henseende er det Jannies oplevelse af, at drengene er blevet optimeret, der er vigtig.

Da jeg møder Jannie næste gang – denne gang på Kaffeplantagen på Skt. Hans Torv i København, for der kan man få en cafe latte lavet på sojamælk, som

er „tilladt“ på diæten, har hun og drengene været til hendes mors fødselsdag i weekenden. Jannie oplever, at selv hendes nære netværk er skeptiske over for kostbehandling, og hun er irriteret på både sin mor og søster, da vi taler sammen, fordi de ikke respekterer drengenes diæt:

Hun [Jannies mor] havde lavet en lagkage, sådan en gammeldags med flødeskum og syltetøj. Det var jo for at fejre [dagen] med drengene eller gøre dem glade. Lucas fik sådan et stykke her (viser et lille stykke med hænderne), og en halv time efter kom reaktionen. Han gik helt amok, slog og sparkede, så vi var nødt til at ta' hjem.

Lucas' reaktion bekræfter Jannie i, at drengene faktisk får det bedre af kostbehandlingen. Og selvom der opstår konflikter i relationen til andre familiemedlemmer, er drengenes fremskridt det hele værd, fortæller hun. Sidste gang vi ses, tre kvart år efter vores første møde, følger Jannie og drengene stadig kostbehandlingen og har svingende resultater. Men de har været i sommerhus og besøgt Legoland, sådan noget, som Jannie „altid har drømt om for mig og drengene“. Jeg vil derfor argumentere for, at kostbehandling kan ses som en teknisk optimering af børnene, og som i denne sociale kontekst skaber mulighed for, at Jannie kan udleve sin forestilling om det gode familieliv.

## De dårlige forældre

Opfattelser af, hvad der udgør afvigelser og social acceptabel opførsel, varierer socialt og kulturelt (Whyte & Ingstad 1995; Jenkins 1998), og i henhold hertil skal barnets sociale vanskeligheder ses i en dansk kontekst, hvor børn forventes at udvise empati, bruge forestillingsevnen i leg og være i stand til at kommunikere sprogligt i treårsalderen (Broeng 2007:61). Børn i Danmark forventes desuden at gøre, hvad deres forældre beder dem om, det meste af tiden, at sidde stille og ikke råbe, hvorfor adfærdsforstyrrede børn kan fremstå som uopdragne og deres forældre som dårlige forældre.

Man går der i Føtex, og så pludselig er hun bare helt oppe at køre ... Hun skriger og lægger sig på gulvet og råber 'fuck dig, mor' og 'bitch' og 'luder', og hvad hun ellers kan finde på, fordi hun vil have et eller andet ... Det er simpelthen forfærdeligt, man kan jo godt fornemme, at folk kigger, og man ved bare, de tænker, at sådan plejer piger på 10 år ikke at være, hun må være en dårlig mor (Karen, mor til Mathilde med Aspergers syndrom).

Forældrene i min undersøgelse tager ofte afstand til „andre“ forældre, underforstået dem, der ikke har et barn med adfærdsforstyrrelse. Karens citat ovenfor

illustrerer, hvordan familierne ofte føler sig udstillet og set ned på, blandt andet fordi adfærdsforstyrrelserne er „usynlige“ handicap. I nogle tilfælde skal man være fagperson for at spotte, at der er noget galt med barnet, hvis man ikke lige er der under et udbrud, som jeg oplevede.

Jeg sidder med Maria ved køkkenbordet og taler. Vi drikker kaffe, den yngste dreng Andreas spiller Wii, og Jonas sidder stille og roligt ved computeren. Maria er ved at forklare mig, hvor hun handler alle de specialvarer, som diæten kræver, da et hyl fra Andreas pludselig flænger luften. I det samme ser jeg Jonas være ved at hive Wii-stikket ud af væggen og ligne en, der skal til at kaste maskinen i hovedet på sin lillebror. Maria er straks henne ved dem og griber fat i Jonas, hun holder ham nede med hele kroppen, han skrider, hyler, sparker, og det er meget voldsomt. Jeg er dybt chokeret, Jonas virker som et vildt dyr, og Maria holder ham så hårdt fast, at det ser ud til at gøre ondt. Det er meget ubehageligt at overvære. En halv time senere, da Jonas er faldet ned igen, forklarer Maria, at hans raserianfald er mindsket meget, og at det her bare var, fordi han også ville prøve Wii, og Andreas ville spille færdig først. Jeg skriver senere om aftenen, at hvis det var et meget lille raserianfald, er jeg glad for, at jeg ikke har overværet et af de slemme! (Feltnote, 23. marts 2009).

Ved genlæsning af feltnoten erindrer jeg, hvordan jeg i mødet med familien tænkte, at man ikke rigtig kunne mærke på Jonas, at han er autist. I situationen er min reaktion på Marias håndtering af konflikten, at jeg synes, hun er for hård. Retrospektivt ser jeg, at jeg ubevidst skriver mig ind i rækken af fordomsfulde fremmede, der dømmer forældrenes evne til at tage vare på børnene uden at kende hele historien (efterfølgende fortalte Maria, at hun på et familiekursus har lært „holde fast“-tricket, der skal gøre Jonas tryk ved at mærke hendes krop). Jeg synes også, hans udbrud er voldsomt og bliver lidt bange, og selvom det ikke er sjovt at indrømme, er jeg smerteligt bevidst om, at det har kunnet aflæses på mit kropssprog. Jeg, antropologen, som ellers er „på familiens side“. Episoden er illustrativ for, hvad det er, forældrene til adfærdsforstyrrede børn bliver mødt med i dagligdagen.

## De gode forældre

‘Vi mener jo, at det at være gode forældre ikke er noget, man automatisk bliver, det er noget, man skal arbejde for hele livet.’ Sådan siger Lotte til mig, mens vi vasker op efter aftensmaden. Jeg er på opfølgende besøg året efter feltarbejdet, og da jeg er højgravid på det tidspunkt, drejer det meste af samtalen sig naturligt om det at blive mor. Lotte og Frank har under middagen givet udtryk for deres forståelse af, hvordan ‘man’ bliver en god forælder (fra feltnote 4. maj 2010).

Overskrifternes binære skel mellem gode og dårlige forældre er tilsigtet. I mit materiale trækker forældrene en meget skarp linje mellem at være „god“ frem for „dårlig“ uden nogen mellemvej. Det er en kategorisering, forældrene bruger om sig selv og andre som et led i at genskabe familien gennem kostbehandling. Kostbehandling synliggør de værdier og ideologier om forældreskabet, der er på spil, hvor opofrelse og det at ville „gøre alt for sit barn“ er essentielt. For forældrene er kostbehandling den „rigtige“ og gode måde at forholde sig til barnet på, og familier, der ikke kostbehandler deres adfærdsforstyrrede børn, er dermed „forkerte“ og dårlige. Det betyder, at kostbehandlingen bliver moralsk befæstet og indebærer en disciplinering af hele familien.

Forældre tænker fra tid til anden over, om de har nogen „skyld“ i barnets sygdom. ADHD er arveligt, og eksempelvis Jannie har også selv ADHD og mener derfor, at det er på grund af hende, at drengene er blevet syge. Samtidig er det at være forælder til et barn med en adfærdsforstyrrelse et stort psykisk pres, og de fleste føler fra tid til anden, at de ikke kan magte barnet (Broeng 2007). Kostbehandlingen tilbyder en løsningsmodel, der giver Jannie mulighed for at hjælpe drengene ud af den sygdom, hun har „givet“ dem. På samme tid gør kostbehandlingen børnenes adfærdsforstyrrelser mere håndgribelige ved at sidestille dem med en allergi, der kan helbredes. Ved at anskue kostbehandling som social teknologi synliggøres, hvordan forbindelsen mellem den tekniske optimering i diæten, moralske perspektiver i forventningerne til familierne og forældrene som sociale aktører bliver til.

Der er da nogle, som kalder os hellige, og det er da sårende. Jeg kan bare ikke forstå, hvordan man som mor ikke vil sit barns bedste. Når man nu kan gøre noget ved det, men bare ikke gider, fordi det er besværligt, det forstår jeg simpelthen ikke (Lotte, mor til Nicklas, 4 år, infantil autist).

Et lignende forhold mellem forælderrollen og mad ses i Japan, hvor forestillingen om den gode mor udtrykkes gennem børnenes madpakker, hvor tiden og umagen, de har lagt i madpakken, bliver proportionel med, hvor gode mødre de er (Allison 1997:296). Forholdet mellem optimeringen af barnet og optimeringen af familien og dens renomme hænger således uløseligt sammen, som vi skal se i det næste afsnit.

## Ekspertfamilien

Heidi og Karsten er forældre til Torbjørn på 9 år, der lider af Tourettes syndrom, og hans lillesøster Sif på 4 år. Jeg møder Heidi første gang en råkold decemberdag i indre by, hvor vi er til stiftende møde i foreningen for familier, der kostbehandler.

Hun er der egentlig mest for at snuse, Karsten er hjemme og passe børnene. De har købt bogen *Kernesund familie* og er meget optimistiske i forhold til at helbrede Torbjørn.

Et par måneder senere sidder jeg for første gang i deres stue, det er mørkt udenfor, og jeg har lovet, at det er et ganske kort interview, for Torbjørn skal til fodboldturnering i Jylland næste dag, så hele familien skal tidligt op. Karsten har lavet kaffe til os, Torbjørn leger på sit værelse, og Sif sidder og tegner og afbryder med jævne mellemrum. Imens fortæller Heidi, at hun er træt af altid at blive udstillet. Med antropologen Erving Goffmans ord kan man betegne dette som et eksempel på stigmatisering, idet hun oplever at føle sig kulturelt uacceptabel og mindreværdig i forhold til de „normale“ familier (Goffman 2009 [1963]:41, 43). Stigmatisering er en social proces, hvor individets sociale identitet ødelægges som et resultat af omgivelsernes reaktioner og kategoriseringer (op.cit. 45). Goffman opererer med tre former for stigma, men i denne sammenhæng er det vigtigst at se på de kategoriseringsprocesser og sociale konstruktioner, der opstår i samspillet mellem familierne og omverdenen. Torbjørns socialt uacceptable opførsel satte, før de begyndte kostbehandlingen, hans mor og far i en pinlig og mindreværdig situation over for de andre forældre:

Jeg orkede bare ikke at komme til alle de der arrangementer – nu skal klassen grille sammen-agtigt. Torbjørn får altid voldsomme tics, når vi er ude, især lydene bliver kraftigere [Torbjørn siger den samme ‘aahhh’-lyd igen og igen, hvilket er et normalt symptom ved Tourettes syndrom]. Alle prøver at være søde, men det virker enormt nedladende.

De andre forældre ved naturligvis, at Torbjørn er syg, men selve sygdommen er stadig stigmatiserende. Heidis oplevelse er, at hun bliver kategoriseret som en svag mor til et stakkels barn, som det er synd for, og dermed indtræder hun og familien nederst i det usynlige sociale hierarki – en plads, hverken hun eller Karsten har lyst til at have. Heidi fortæller, at hun ikke ønsker de andres medlidenhed, hun kan ikke holde ud, at folk skal synes, det er synd for hende. I starten var hendes taktik at forklare alle tilstedeværende, hvorfor Torbjørn for eksempel har brug for at gå afsides for at „tics’e“, så han kan være i ro bagefter. Men efterhånden var det blevet noget af en byrde altid at skulle forklare sig, og Heidi og hendes mand valgte flere og flere sociale arrangementer fra.

Nu har de efterhånden kostbehandlet i snart tre måneder, og de synes, at Torbjørn har det meget bedre, hans tics er færre, og han er knap så sensibel over for lyd. Kostbehandlings optimering af Torbjørn afspejler sig i familien. Pludselig oplever familien sig fremstillet som en succesfamilie, dem, der har overskuddet og „lever så sundt“, som Karsten har hørt nogen sige om dem. Børnenes optimering

har skabt et nyt fundament for familien og en mulighed for at ændre det indtryk, der gives udadtil, fra at være „dårlige forældre, der ikke opdrager deres børn“, til at være „gode forældre, der gør en ekstra indsats“.

Heidi fortæller også, at Torbjørns børnelæge er blevet meget interesseret i kostbehandling og „vil høre alt om, hvordan vi [familien] gør“. Heidi får nu pludselig en ekspertrolle over for Torbjørns læge, og denne transformation rækker langt ind i Heidis sociale relationer:

Jeg kan jo kun sige, at det [kostbehandlingsdiæten] helt sikkert også vil hjælpe dem [...] alle i familien har fået det meget bedre, vi er gladere og sundere (Heidi, mor til Torbjørn, 9 år med Tourettes syndrom).

Heidi fortæller, at arbejdskolleger og forældre til Torbjørns klassekammerater er begyndt at spørge interesseret efter at have hørt, at Heidi hjælper børnelægen med sin viden. Heidi er ikke kun ekspert i kostbehandling, hun har også fået en ny høj status, da hun kender vejen til en gladere og sundere familie.

I løbet af de næste par måneder kostbehandler familien stadig og er meget tilfredse med resultatet. De synes, at de alle oplever at få mere energi, være gladere og oplever ikke mindst, at Torbjørn har en roligere adfærd. Som artiklens indledende citat viser, er familiens forestilling om sig selv som en samlet enhed stadig intakt, og kostbehandlingen lader til at have optimeret deres relationer. Men der kommer knaster i glæden. Ved mit sidste besøg overvejer de at prøve noget andet, for kostbehandlingen er meget tidskrævende, og familien er igen begyndt at takke nej til at deltage i sociale arrangementer.

## Optimering eller distancering

I casen med Torbjørn og hans familie oplever familien først, at kostbehandlingen åbner for nye relationer, men siden hen også, at kostbehandlingen udelukker familien fra et socialt fællesskab. Ved at trække på referencer fra antropologien kan vi måske forstå denne dobbelthed. Antropologiske studier viser, at det er forbundet med symbolsk værdi at dele mad, og at en gruppes sammenhørighed styrkes derved. At spise og drikke sammen i en familie er eksempelvis blevet analyseret som en aktivitet, der bringer de individuelle familiemedlemmer sammen i et dagligt ritual. Marjorie DeVault (1991) beskriver, hvordan familiemedlemmers hverdagsliv i danske og canadiske familier leves adskilt fra hinanden i løbet af dagen. Muligheden for at samles er ofte begrænset på grund af skole, job og forskellige aktiviteter i fritiden, og derfor kan middagstidspunktet også ændres fra dag til dag, så alle familiemedlemmer kan deltage. Under måltidet betragtes det at tale om, hvordan dagen er forløbet for den enkelte, som et vigtigt aspekt

af måltidet. Familien bliver derigennem genskabt, og de interne relationer bekræftes på daglig basis ved familiens måltider (op.cit.48-51). DeVaults analyse er vedkommende og rammende for mange danske familier, men for familierne, der kostbehandler, er det endnu vigtigere at samles omkring dette ritual, fordi maden efter familiens overbevisning er vejen til det syge barns helbredelse, og derfor er det centrale i familiens sociale liv.

I tråd hermed har Simmel argumenteret for vigtigheden af måltidet som social organisation. Simmel skriver, at et civiliseret måltid er karakteriseret ved forbud og regler, som når vi i Danmark aldrig starter med osten, men derimod følger en bestemt rækkefølge, fra fisk til kød og slutter med ost (Schwartz 2003). Disse forbud og regler hæver det at spise fra det fysiologisk primitive til en social begivenhed. Mennesker uden noget tilfælles kan gennem det at dele mad skabe en følelse af samhørighed (Simmel 1998:135-36). Den britiske antropolog Mary Douglas argumenterer for, at mad og drikke bliver brugt som markører, der udtrykker de sociale relationers struktur, både internt i familien og i mødet med mennesker uden for familien (Douglas 1999:255). Denne pointe er særlig relevant for familierne i kostbehandling, der grundet diæten næsten aldrig må spise, hvad der bliver serveret ved sociale begivenheder uden for hjemmet. I stedet skal de medbringe egen mad, og familierne takker tit nej til invitationer, „fordi det er for besværligt“, som Heidi, forklarer og uddyber:

For det første gider man ikke skulle stå og forklare, nej, det er, fordi Torbjørn ikke kan tåle det [slikket], og så skal folk altid fortælle, hvor synd det er for ham, at han ikke må få det, de andre får. Og det er heller ikke altid, jeg har tid til at lave mad hjemmefra [...] nogle folk respekterer det bare ikke, de tror, vi er tossede eller sådan noget, og det er da sårende. Så gider man jo ikke blive ved [med at se dem].

Her ser vi en dobbelthed i de sociale aspekter af kostbehandlingen, der på den ene side optimerer familien ved at styrke familiens renommé og give dem lyst til atter at deltage i sociale arrangementer, men på den anden side samtidig distancerer dem fra andre og derved begrænser deres muligheder for social interaktion. Samtidig er kostbehandlingen medvirkende til at styrke sammenholdet i familien – forældre og søskende følger diæten i sympati med den syge bror eller søster og synliggør derved familiens sammenhold. Det peger i retning af, at kostbehandlingen kun *til dels* kan optimere familien og mest i forhold til familiens interne relationer.

Søgeord: adfærdsforstyrrelser, familie, mad, social teknologi, socialitet, optimering



## Litteratur

- Allison, Anne  
1997 Japanese Mothers and Obentos. The Lunch-Box as Ideological State Apparatus. In: C.M. Counihan & P.V. Esterik (eds): Food and Culture. A Reader. Pp. 296-314. New York & London: Routledge.
- Andersen, Maja  
2009 Former for ability. Hvilke betydninger tillægges en ADHD-diagnose i forhold til selvforståelse, intersubjektive og institutionelle positioner? Ph.d.-afhandling, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.
- Arnold, Eugene, Sandra Pinkham & Nicholas Votolato  
2000 Does Zinc Moderate Essential Fatty Acid and Amphetamine Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? J Child Adolsc Psychopharmacol. 10: 111-17.
- Broeng, Susanne  
2007 Kan troldeborn elskes? At leve og arbejde med børn, der har psykiske udviklingsforstyrrelser. København: Frydenlund.
- Carlson, Elizabeth, Deborah Jacobvitz & L. Allan Sroufe  
1995 A Developmental Investigation of Inattentiveness and Hyperactivity. Child Development 66:37-54.
- Cormier, Eileen & Jennifer Harrison Elder  
2007 Diet and Child Behavior Problems. Fact or Fiction? Pediatric Nursing 33(2):138-43.
- Daley, Tamara C.  
2002 The Need for Cross-cultural Research on the Pervasive Development Disorders. Transcultural Psychiatry 39(4):531-50.
- Desjarlais, Robert, Leon Eisenberg, Byron Good & Arthur Kleinman  
1995 World Mental Health. Problems and Priorities in Low-income Countries. New York: Oxford University Press.
- DeVault, Marjorie  
1991 Feeding the Family. The Social Organization of Caring as Gendered Work. Chicago: University of Chicago Press.
- Douglas, Mary  
1999 Deciphering a Meal. In: M. Douglas: Implicit Meaning. New York & London: Routledge.
- Feingold, Ben  
1975 Why Your Child is Hyperactive. New York: Random House.
- Ferguson, Alexander  
1992 Definitions and Diagnosis of Food Intolerance and Food Allergy. Consensus and Controversy. Journal of Pediatrics 121:7-11.
- Foucault, Michel  
1988 Technologies of the Self. In: L.H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (eds): Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault. Pp. 16-49. Amherst: The University of Massachusetts Press.

- Goffman, Erving  
2009 [1963] Stigma. Om afvigerens sociale identitet. København: Samfundslitteratur.
- Hammershøj, Lars Geer  
2003 Selvdannelse og socialitet. Forsøg på en konstruktivistisk orienteret socialanalytisk samtidsanalyse. Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut, Københavns Universitet.
- Hastrup, Kirsten  
2004 Refleksion. Vidensbegreber og videnskab. I: K. Hastrup (red.): Viden om verden. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jacobvitz, Deborah & L. Allan Sroufe  
1987 The Early Caregiver-child Relationship and Attention-deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten. A Prospective Study. *Child Development* 58: 1496-1504.
- Jenkins, Richard  
1998 Questioning of Competence. Culture, Classification and Intellectual Duability. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jöhncke, Steffen, Mette Nordahl Svendsen & Susan Whyte  
2004 Løsningsmodeller. Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. I: K. Hastrup (red.): Viden om verden. København: Hans Reitzels Forlag.
- Konofal, Eric, Michel Lecendreux & Juliette Deron  
2008 Effects of Iron Supplementation on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. *Pediatric Neurology* 38:20-26.
- Korsaa, Finn  
2011a ADHD-boblen. *Kronik, Berlingske Tidende* 15. september.  
2011b ADHD-boblen brister, den dag forældre tager ansvar. Interview i *Politiken* 3. oktober.
- Mauritson, Ninka-Bernadette  
2007 Kernesund familie. Sådan. København: Politikens Forlag.
- McCarthy, Jenny  
2007 Louder than Words. A Mother's Journey in Healing Autism. San Francisco: Thorndike Press.
- Millichap, J. Gordon & Michelle Yee  
2012 The Diet Factor in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. Online acces 10.1542/peds.:2011-199.
- Mortensen, Karen Vibeke  
2009 Børn og diagnose. *Psykolog Nyt* 19:20-23.
- Patterson, Christopher & Joseph Newman  
1993 Reflectivity and Learning from Aversive Events. Toward a Psychological Mechanism for the Syndromes of Disinhibition. *Psychological Review* 100: 716-36.
- Pelsser, Lidy, Klaas Frankena & Jan Toorman  
2011 Effects of a Restricted Elimination Diet on the Behavior of Children with Attention-Deficit Hyperactive Disorder (INCA Study). A Randomized Controlled Trial. *Lancet* 377:494-503.

- Richardson, Alexandra & Pool Montgomery  
2005 The Oxford-Durham Study. A Randomized Controlled Trial of Dietary Supplementation with Fatty Acids in Children with Developmental Coordination Disorder. *Pediatrics* 115:1360-6.
- Rose, Nicolas  
2007 *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-first Century.* Princeton: Princeton University Press.
- Ryborg, Alexandra Brandt  
2011 Madmagi – at spise sig ud af en adfærdsforstyrrelse. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund* 14:87-105.
- Schwartz, Jonathan  
2003 Du må ikke begynde med osten! Integration og identitet anskuet gennem socialforskning. *Jordens Folk* 2:4-8.
- Simmel, Georg  
1998 *Hvordan er samfundet muligt? Udvalgte sociologiske skrifter.* København: Gyldendal.
- Sjørlev, Inger  
2007 Ritual, performance og socialitet. En introduktion. I: I. Sjørlev (red.): *Scener for samvær.* Side 9-3. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Sroufe, L. Allan  
1989 Pathways to Adaptation and Maladaptation. Psychopathology as Developmental Deviation. In: D. Cicchetti (ed.): *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* 1. Pp. 13-40. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SUM  
2008 Henvisningsprojektet i børne- og ungepsykiatrien. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Sundhed.dk  
2014 <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/psyke-hos-boern/sygdomme/oevrige-sygdomme/adfaerdsforstyrrelser-hos-boern/> (Lokaliseret 1.2.2014).
- Sundhedsstyrelsen  
2008 Om ”Kernesund familie”. [http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Ernaering/Spaedboernsernaering/Kernesund\\_familie.aspx](http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Ernaering/Spaedboernsernaering/Kernesund_familie.aspx).
- Thorup, Mette-Line  
2008 Kan sundhed være syg? Information. Hentet 9.4.2011 på <http://www.information.dk/159303>.
- Tjørnhøj-Thomsen, Tine  
1999 Tilblivelseshistorier. Barnløshed, slægtskab og forplantningsteknologi i Danmark. Ph.d.-afhandling, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.  
2009 Hjem uden børn. *Tidsskriftet Antropologi* 59/60:67-86.
- Whyte, Susan & Benedict Ingstad  
1995 *Disability and Culture.* Berkeley: University of California Press.
- Wolfe, Juliette  
2013 *Parents Speak. An Ethnographic Study of Autism Parents.* Columbia: Columbia University.

Wolraich, Mark, Scott Lindgren, Phyllis Stumbo, Lewis Stengik, Mark Appelbaum & Mary Kiritsy  
1994 Effects of Diets High in Sucrose or Aspartame on the Behavior and Cognitive Performance of Children. *Pediatric Neurology* 38(1):20-26.

Aagaard, Jens  
2009 Børn bliver sundhedsjunkier. *Søndagsavisen* 29. marts: 11.