

ANOREXIA NERVOSA

Susanne Lunn

Artiklen tager udgangspunkt i de vanskeligheder, der har været med at løse anoreksiens gåde. Disse sættes i forbindelse med opfattelsen af anoreksi som en specifik sygdom, hvor patientens personlighedsorganisation, sygdommens ætiologi og den rigtige behandling er givet i og med diagnosen. Heroverfor argumenteres der for en opfattelse af anoreksi som en særlig forsvarsreaktion. Denne opfattelse indicerer, at selve diagnosen kun i begrænset omfang siger noget om den pågældende patients personlighed. Den gør det således muligt at rumme såvel de fælles personlighedstræk som de indbyrdes forskelle, anoreksipatienter udviser. De fælles personlighedstræk gennemgås og sammenfattes i begrebet jeg-svaghed. Afslutningsvis diskuteres anoreksipatienters egnethed til psykoanalytisk orienteret psykoterapi. Der lægges vægt på, at det ikke er muligt at tale om behandlingen af anoreksipatienter. I hvert enkelt tilfælde må der foretages en vurdering af den givne personlighed og symptomernes omfang og styrke.

Anorexia nervosa (nervøs spisevægring) er en lidelse der først og fremmest rammer unge kvinder i alderen 12-18 år i den industrialiserede del af verden. Det diskuteres i fagkredse, hvorvidt lidelsen er i stigning. Efter omtalen i offentligheden at dømme kunne man næsten få indtryk af, at der var tale om en epidemisk sygdom. Det er der ikke. Anoreksi er stadig en sjælden sygdom. Epidemiologiske populationsundersøgelser angiver en incidens, der spænder fra 0.45 - 4.06 pr. 100.000 indbyggere (Szmukler, 1985).

Karakteristisk for lidelsen er, at symptomerne er af såvel psykisk som somatisk art. De psykiske symptomer er centreret om kroppens størrelse og vægt, mad og spisning. Den typiske anoreksipatient lider ikke af anoreksi i dette ords etymologiske betydning (fravær af sult), men af en panisk angst for at tage på og en monoman optagethed af at slanke sig, der beslaglægger hovedparten af den pågældendes adfærd og energi. Af somatiske symptomer ses først og fremmest et betydeligt vægttab samt amenorrhoe, der enten kan indtræde før vægttabets indsættelse (Thomä, 1961) eller som en konsekvens af dette. Hertil kommer en række rene somatiske følgesymptomer af den ekstremt afmagrede tilstand, bl.a.: øget kropsbehåring, blåfarvning af hænder og fødder samt en række symptomer, der leder tanken hen på dvaletilstanden hos dyr, der går i hi (Tolstrup & Brinch, 1986): nedsat stofskifte, lav legemstemperatur, langsom hjerterytme med videre.

Det for tilstanden karakteristiske samspil mellem psyke og soma kan udvikle sig fatalt og medføre døden. Resultaterne fra forskellige follow-up

undersøgelser adskiller sig indbyrdes med en dødelighed, der varierer fra 0-22% af de undersøgte patienter (Herzog et al, 1988).

Anorexia nervosa har siden det kliniske billede første gang blev beskrevet stort set samtidig af den engelske læge Gull og af den franske læge Lasèque i henholdsvis 1873 og 1874 tiltrukket og fascineret forskere og klinikere. En del af denne fascination kan forklares ud fra anoreksiens paradoksale og komplekse karakter, som stiller spørgsmålstegn ved mange af vores gængse begreber og forestillinger. Anoreksipatienten udfordrer vores opfattelse af forholdet mellem krop og sjæl; hun vender forholdet mellem liv og død på hovedet ved at forsøge at overleve med livstruende midler, og hun udfordrer vores diagnostiske børnelærdom. Det har på trods af adskillige forsøg ikke været muligt at kategorisere den anorektiske lidelse som en entydig somatisk eller psykisk lidelse. Det har gjort forståelsen af den særlig følsom over for de herskende psykologiske retningers vekslen og forskellige forskeres teoretiske og empiriske udgangspunkt. Dette afspejler sig i anoreksiens omflakkende tilværelse såvel i diagnostisk som behandlingsmæssig henseende. Det diskuteres fortsat, hvorvidt den skal forstås som en psykisk, en psykosomatisk (Sperling, 1983) eller en somatopsykisk betinget tilstand (Bassøe, 1988). Inden for psykiatrien har den stort set vandret igennem alle de mulige diagnoser. Den er blevet kategoriseret som en hysterisk lidelse, som en tvangsneurose, som en fobi, som en særlig form for den manio-depressive lidelse, som skizofreni (Sours, 1980) og i de senere år som en grænsepsykotisk tilstand (Masterson, 1978). Den er blevet sammenlignet med de addiktive lidelser (Ploog et al, 1987), og som et sidste skud på stammen ansues den som en særlig kvindelig pendant til de seksuelle perversioner, der overvejende forekommer hos mænd (Coles, 1988).

Anoreksi - en defensiv forsvarsreaktion

På baggrund af egne testpsykologiske og behandlingsmæssige erfaringer med anoreksipatienter er det min opfattelse, at de ovenfor nævnte vanskeligheder med at løse anoreksiens gåde hænger sammen med, at anoreksi ikke kan forstås som en sygdomsentitet i den forstand, som anoreksiforskningens grand old lady Hilde Bruch forstod den (Bruch, 1973). Ifølge Bruch var anoreksi en specifik sygdom, hvor patientens personlighedsorganisation, arten af hendes konflikter, sygdommens ætiologi og den rigtige behandling var givet i og med diagnosen. I modsætning hertil synes det mere frugtbart og i større overensstemmelse med den brogede kliniske hverdag at forstå anoreksi som et særligt reaktionsmønster eller som en særlig defensiv forsvarsreaktion. Dette synspunkt indikerer, at selve diagnosen kun i begrænset omfang siger noget om den pågældende patients personlighed. I sit mindre enhedsprægede syn gør denne opfattelse det således muligt både at rumme

- de fælles personlighedstræk på den ene side og
- de store indbyrdes forskelle såvel med hensyn til personlighed, dennes organisering og dermed diagnostisk placering på den anden, - som anoreksi-patienter synes at udvise.

Fælles træk hos anoreksi-patienter

Hvad angår de fælles træk er følgende karakteristisk for de fleste anoreksi-patienter såvel ifølge den omfattende litteratur på området som ifølge egne erfaringer:

1. Deres personlighed er umoden også i de tilfælde, hvor de aldersmæssigt er langt oppe i 20'erne.
2. Deres relationer til andre er præget af ambivalens og distance, og de er socialt isolerede i varierende omfang.
3. De er perfektionistiske og asketiske også på områder, som ikke vedrører fødeindtagelse.
4. Deres attitude såvel over for dem selv som over for andre er hyperkritisk.
5. Deres tænkning er rigid og præget af dikotomier uden nuancer: det er alt eller intet, almagt eller afmagt, ondt eller godt.
6. Deres frustrationstærskel er lav.
7. De er uegalt udviklede. På nogle områder forekommer de forbavsende voksne og veltilpassede, ja næsten overtilpassede, på andre er de at sammenligne med et 2-3 årigt barn i separations- individuationsfasen (Mahler et al, 1988), der svinger imellem at proklamere sin uafhængighed og at hænge i sin moders skørter. Der er endvidere en påfaldende diskrepans imellem deres intellektuelle og følelsesmæssige udvikling, hvilket manifesterer sig i et hyper-intellektualiserende forsvar på den ene side og en manglende evne til at registrere følelsesmæssige tilstande og kvaliteter hos sig selv på den anden.
8. Deres realitetstestning er læderet i varierende omfang. Dette viser sig i deres oplevelse af deres krops størrelse og i deres manglende sygdomsindsigt og dermed manglende motivation for at blive behandlet. For den anorektiske patient er anoreksien en løsning, ikke et problem, der skal afhjælpes (Boris, 1984).
9. Umiddelbart forekommer de selvsikre og selvtilstrækkelige og signalerer en følelse af almægtighed: »Jeg har ikke brug for nogen«, »Jeg kan, hvad jeg vil, selv biologien kan jeg besejre«. Ved nærmere bekendtskab viser de sig at være præget af en lammende følelse af ineffektivitet, hjælpeløshed, angst og usikkerhed på egen identitet. Sidstnævnte manifesterer sig bl.a. sprogligt i en hyppig brug af pronomenet »man« fremfor jeg.

De nævnte observerbare karakteristika kan begrebsmæssigt ses som udtryk for en større eller mindre fundamental jeg-svaghed. Ud fra en psykodynamisk indfaldsvinkel er det velkendt, at det er Jeg'ets opgave at sikre tilpasningen til omgivelserne ved at balancere imellem, integrere og syntetisere de forskellige og modsatrettede krav og interesser fra omgivelserne, fra Id'et og fra Overjeg'et. I puberteten, hvor størstedelen af spiseforstyrrelser debuterer, bliver Jeg'ets styrke, fleksibilitets- og funktionsniveau sat på en hård prøve. Det er en periode hvor tidligere problemer og konflikter reaktiveres, og hvor omfattende forandringer af såvel biologisk som intrapsykisk og socialpsykologisk karakter finder sted. Samtidig med at kroppens fysiognomi forandrer sig, et øget driftspres og større intellektuelle og sociale krav sætter ind, står centrale temaer som seksualitet, separation og uafhængighed på dagsordenen. Den anorektiske patient er – på baggrund af processer i det tidligere udviklingsforløb, som det i denne sammenhæng bliver for omfattende at komme ind på – kun delvist i stand til at tilpasse sig den af puberteten indvarslede ændring af den fysiske, psykologiske og sociale realitet. Fra et fænomenologisk synspunkt kan man sige, at den anorektiske pige lægger en del af sin udvikling på is. Fra et psykoanalytisk strukturelt synspunkt er der tale om en personlighed, hvor grænserne imellem Id, Jeg og Overjeg er utilstrækkeligt differentierede til at muliggøre en neutralisering eller fortrængning af primitive angst- og spændingstilstande. Jeg'et bliver så at sige overbelastet. For ikke at drukne og for at få orden i kaos søger det tilflugt til en primitiv og beslaglæggende forsvarsreaktion – det anorektiske forsvar. Dette forsvar indebærer en splittelse af Jeg'et (Wilson, 1983), hvor tilpasningen til en del af den forandrede realitet opgives ved at benægte dens eksistens. Herved bliver universet mindre, mere overskueligt og først og fremmest til at kontrollere.

Den ovenfor præsenterede opfattelse af anoreksi som en primitiv forsvarsreaktion over for en overvældende og kompleks realitet, som den givne person ikke formår at hamle op med, er meget generel og bred. Den giver herved som tidligere nævnt mulighed for at rumme den brogede kliniske hverdag. For anoreksipatienter udviser ikke kun en række fællestræk. De er også meget forskellige. I de enkelte tilfælde vil der være stor forskel på den specifikke personlighedsorganisation og på, hvor stor en del af Jeg'ets funktion de anorektiske symptomer beslaglægger. Dette viser sig bl.a. i det faktum, at anoreksipatienter ud fra en diagnostisk synsvinkel synes at dække et bredt spektrum strækkende sig fra neurose til psykose. Hertil kommer, at anoreksipatienter fungerer meget forskelligt på forskellige tidspunkter, hvilket har afgørende betydning for, hvilken behandling der kan iværksættes.

Behandlingsmæssige overvejelser

Hvis vi vender os mod spørgsmålet om behandling, vil vi se det samme ka-

leidoskopiske billede, som indledningsvis blev omtalt i forbindelse med lidelsens diagnostiske placering. Anoreksi har været genstand for et utal af behandlingsformer, såvel rent somatiske som somatisk psykiatriske og psykoterapeutiske – med stadig større vægt på de sidstnævnte. Psykoterapi, som vi her skal begrænse os til, er rettet imod meget forskellige aspekter ved lidelsen og dens genese. Adfærdsterapien fokuserer på selve symptomet, vægttabet og spisemønstret, den systemiske familierapi på kommunikationen og interaktionen i familien og den psykoanalytisk orienterede individualterapi på personligheds- og forsvarsstrukturen og symptomets funktion, betydning og individualpsykologiske baggrund. Hvilken form for terapi der iværksættes i det givne tilfælde, afhænger af såvel den enkelte behandler som den enkelte patient.

Mit eget udgangspunkt er psykoanalytisk orienteret, og jeg skal afslutningsvis drøfte anoreksipatienters egnethed til psykoanalytisk psykoterapi.

Det første jeg ønsker at præcisere er, at ligegyldigt hvilket paradigme man arbejder ud fra, må terapien tilpasses den givne patient. Som tidligere omtalt udviser anoreksipatienter en række fælles træk, men de er også meget forskellige og fungerer forskelligt på forskellige tidspunkter. Det gør det vanskeligt at tale om *behandlingen* af anoreksipatienter. Det gør det til lige vanskeligt generelt at tale om deres egnethed til den ene eller anden form for terapi. Når talen er om psykoanalytisk psykoterapi, vil man således se, at nogle patienter på et givet tidspunkt vil kunne profitere af denne terapiform, på andre slet ikke. Der er perioder i lidelsens forløb, hvor personen er at sammenligne med en druknende i havsnød, der med de anorektiske symptomer som våben kæmper en desperat kamp for at overleve og holde hovedet oven vande. I sådanne perioder beslaglægger anoreksien en så stor del af personens liv, at der simpelthen ikke er de psykologiske forudsætninger til stede for at etablere en terapeutisk alliance.

Er patienten motiveret for behandling, og er såvel de fysiske som psykologiske forudsætninger til stede for at etablere en terapeutisk alliance, må terapien og hermed de anvendte interventionsformer tilpasses den givne persons personlighedsstruktur. Psykoanalytisk psykoterapi opfattes traditionelt som afdækkende i den forstand, at terapeuten igennem tolkning af overføringen forsøger at afdække skjult betydning. Den klassiske psykoanalyse repræsenteret ved bl.a. Waller, Kaufmann og Deutsch (1940) forstod således anoreksi som udtryk for skjulte graviditetsønsker. En rent afdækkende psykoterapi vil imidlertid ofte skyde langt over målet. Som den norske psykolog og psykoanalytiker Bjørn Killingmo har udtrykt det, vil det være at sammenligne med at patienten banker på døren og terapeuten svarer ud gennem vinduet på anden sal, hvorved terapeuten bliver emotionelt utilgængelig for patienten (Killingmo, 1989). Hos de fleste anoreksipatienter foreligger der ikke en fortrængt færdig etableret betydning, der blot venter på at blive tolket. Det drejer sig snarere om en mere eller mindre omfattende udviklingsforstyrrelse, hvor symptomerne udtrykker Jeg'ets

manglende evne til at håndtere indre spændingstilstande, der direkte og uverbaleret omsættes og forsøges håndteret ved overdreven fysisk aktivitet og manglende fødeindtagelse. Det er således karakteristisk, at enhver frustration, enhver forstyrrelse i den følelsesmæssige balance, resulterer i en intensivering/respektive reaktivering af de anorektiske symptomer. At tabe sig er således koden på alle problemer. Af dette følger to ting:

1. Et afgørende mål for terapien er at styrke Jeg'et og dets frustrationstærkelser og dermed dets evne til at mediere imellem de af anoreksipatienten oplevede spændingstilstande og iværksættelsen af handling.
2. Det drejer sig ikke alene om at afdække skjult betydning, men om overhovedet at konstituere betydning. Anoreksipatienter forsøger igennem deres symptomer at blive fri for et kaotisk og udifferentieret indre spændingspres, der ikke har specifikke afgrænsede sproglige kvaliteter som vrede, sorg, følelsen af svigt, forskellige former for lyst og behov og lignende. Etableringen af sådanne følelses- og behovskvaliteter og styrkelsen af Jeg'ets evne til at rumme dem, nødvendiggør en supplering af tolkning med mere støttende interventionsformer.

Det her nævnte indebærer ikke en ændring af terapeutens grundlæggende neutrale terapeutiske holdning. Terapeuten skal ikke tilfredsstille personens behov, men skal igennem sine kommentarer og empatiske holdning reducere personens angst og hjælpe denne til at identificere egne følelser og oplevelser og derved gøre sig synlig som individ såvel over for sig selv som andre.

Det er lettere sagt end gjort. Psykoterapeutisk behandling af anoreksipatienter er en yderst vanskelig og langvarig opgave. Og netop den tekniske neutralitet er ofte i fare ved behandlingen af disse patienter. Enten fordi det kan være nødvendigt at gribe aktivt og strukturerende ind i patientens liv, hvis dennes vægt bliver faretruende, eller pga. terapeutens modoverføring, som med disse patienter kan være svær at håndtere.

Anoreksipatienter og deres familier er ofte kørt fast i et mønster, hvor anoreksipatientens »belle indifference« modsvares af forældrenes følelsesmæssige oprør. I bestemte faser af en psykoterapi vil man kunne registrere de samme tendenser. Tilsyneladende er anoreksipatienten følelsesmæssig indifferent. Til gengæld er terapeuten i stigende grad bekymret, angst, vred eller andet. Kunsten består i at se og rumme den følelsesmæssige dynamik, der udspiller sig, frem for umiddelbart at reagere på patientens: »jeg vil ikke spise«, med et »du skal«. Kun herved får patienten mulighed for langsomt at vende opmærksomheden mod sig selv og påbegynde den svære opgave at erstatte acting out med verbal kommunikation.

Sammenfatning

- Anoreksi er ikke en specifik sygdom i Bruch's forstand, hvor patientens personlighedsorganisation, arten af hendes konflikter, sygdommens ætiologi og den rigtige behandling er givet i og med diagnosen. Der er snarere tale om en særlig forsvarsstruktur, hvor personen ved hjælp af benægten lægger en del af sin udvikling på is og udsætter/respektive opgiver at forholde sig til den ændrede såvel ydre som indre realitet, puberteten indvarsler.
- Anoreksipatienter udviser en række fællestræk, der kan sammenfattes i begrebet jeg-svaghed. Psykogenetisk er der tale om en udviklingsforstyrrelse af varierende omfang, hvor personens manglende evne til at registrere og differentiere indre følelses- og behovstilstande og dermed sig selv som et afgrænset individ, er central.
- Anoreksipatienter udviser ikke blot en række fælles træk. De er også meget forskellige, hvilket bl.a. manifesterer sig i det brede diagnostiske spektrum de dækker. Af dette følger, at det ikke er muligt at tale om behandlingen af anoreksipatienter. I hvert enkelt tilfælde må der foretages en vurdering af den givne personlighed og symptomernes omfang og styrke.
- Psykoanalytisk orienteret psykoterapi må, afhængigt af den givne patient, tilpasse og modificere sin teknik. Tolkning må suppleres med interventionsformer, der frem for at afdække mening sigter imod at konstituere en sådan. Principielt indebærer dette imidlertid ikke en opgivelse af den grundlæggende neutrale terapeutiske holdning, hvor vanskelig den end kan være at opretholde over for disse patienter.

LITTERATUR

- BASSØE, H. H. Årsaksforhold og behandling. I L. Opstedt & B. Skjelbred (Red.), *Hvordan hjælpe og forstå mennesker med anoreksi/bulimi*. Bergen: Anorexia/bulimia Foreningen, 1988.
- BORIS, H. N. On the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1984; 65: 435-42.
- BRUCH, H. *Eating disorders - obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, 1973.
- COLES, P. Aspects of perversion in anorexic/bulimic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1988; 3: 137-47.
- HERZOG, D.B., KELLER, M.B. & LAVORI, P.W. Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988; 176: 131-43.
- KILLINGMO, B. Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1989; 70: 65-79.
- MAHLER, S. M., PINE, F. & BERGMAN, A. *Barnets psykiske fødsel*. København: Hans Reitzels forlag, 1988.
- MASTERTSON, J. F. The borderline adolescent: An object relations view. *Adolescent Psychiatry*, 1978; 6: 344-59.
- PLOOG, D. W. & PIRKE, K. M. Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1987; 17: 843-59.

- SOURS, J. A. *A starving to death in a sea of objects*. New York: Jason Aronson, 1980.
- SPERLING, M. A. A Reevaluation of classification, concepts and treatment. In C. P. Wilson (Ed.), *Fear of being fat*. New York/London: Jason Aronson, 1983.
- SZMUKLER, G. I. The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 1985; 19: 143-53.
- THOMÄ: *Anorexia nervosa - Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, 1961.
- TOLSTRUP, K. & BRINCH, M. *Spisevægring og vægtangst, om anorexia nervosa og bulimi*. København: Munksgaard, 1986.
- WALLER, J. V., KAUFMAN, M. R. & DEUTSCH, F. Anorexia Nervosa: a psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 1940; 1: 3-16.
- WILSON, C. P. The fear of being fat in female psychology. In C. P. Wilson (Ed.), *Fear of being fat*. New York/London: Jason Aronson, 1983.