

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>CASE A</b>	<b>2</b>
<hr/>	
<b>AD 1.</b>	<b>2</b>
TRAUMETEORIEN	2
FYSIOLOGISK STRESS-TEORI	3
<b>AD 2.</b>	<b>4</b>
MODSTAND	4
ILLNESS/DISEASE	4
<b>AD 3.</b>	<b>6</b>
BESKRIVELSE AF KLIENTEN	6
INTERVIEW	7
CONFLICT/DEFICIT	7
<b>AD 4.</b>	<b>8</b>
MOTIVATION – COMPLIANCE	8
NARRATIVER	8
KOGNITIV TERAPI	9
<b>CASE B</b>	<b>11</b>
<hr/>	
<b>AD 5.</b>	<b>11</b>
PERSONLIGE PRESDISPONERENDE FAKTORER	11
KONTEKSTUELLE RISIKOFAKTORER	12
VEDLIGEHOVDENDE FAKTORER	12
FORSTÆRKENDE FAKTORER	13
<b>AD 6.</b>	<b>13</b>
NORMALUDVIKLING	13
ANOREXIA NERVOSA?	13
ÆTIOLOGI	14
ÆTIOLOGISK PERSPEKTIV	15
<b>AD 7.</b>	<b>15</b>
OVERVEJELSER OG FORELØBIG FORMULERING	15
TILRETTELÆGGELSE	17
<b>AD 8.</b>	<b>18</b>
PSYKOEDUKATION	18
FORÆLDRETRÆNING	18
FAMILIETERAPI	19
BIBLIOGRAFI	21

---

## Case A

---

### Ad 1.

---

Traumatiske begivenheder kan ifølge Nolen-Hoeksema (1) blandt andet være at opleve uventet og pludselig død, ligesom dette kan have langvarige psykiske konsekvenser (1: 194). Klientens ophold i Afghanistan, kammeraternes død, og synet af deres lig, kan i denne optik ses som traumatiske hændelser. *Forsinkede traumereaktioner*, kan forklares ud fra et psykoanalytisk og fysiologisk perspektiv på traumer og stress.

#### Traumeteorien

I den psykoanalytiske traumeteori defineres traumer som ”*pludselig, uventet og voldsom påvirkning, som gennembryder barnets psykiske barriere*”... (3: 40). Der sker en ophobning af spænding, som jeg’et er hjælpeløs overfor. Dele af personens oplevelse af selv, hukommelse eller bevidsthed splittes fra hinanden, hvilket også for voksne, forklares med begrebet *dissociation* (2 & 3). Teorien indebærer, at der kan opstå en forskydning mellem et traume og traumereaktionen via en ”*automatisering af jeg’et*” (2: 120). Her udelukkes barske, måske livstruende realiteter. Klienten i casen har måske fastholdt et tabt objekt i en forhåbning om at fremtiden i Danmark, ville være frigørende og ideel, og ”*symptomerne opstår når denne ”postdisaster utopia” bliver erstattet af realiteten*” (2: 120). Klienten erkender måske først nu, at den idealiserede fremtid i Danmark, slet ikke er en mulig realitet.

*Nachträglichkeit*, forklarer også forsinkede traumereaktioner, og betegner det forhold, at ”*en betydning kan gøre sig gældende som et ”efterslæb”*...(3: 43). Her udløses symptomer og patologi først når *betydning* senere i et retrospektivt perspektiv knyttes til en traumatisk hændelse (3:43). Klienten tillægger måske først nu kammeraternes død særlig betydning - måske fordi han savner venner.

Den psykoanalytiske tilgang er kritiseret for at være for optaget af drifter, og psykens struktur, fænomener der er vanskelige at teste videnskabeligt (1: 147). Stress-teori har her en mere fysiologisk forklaring.

### **Fysiologisk stress-teori**

Når vi udsættes for stress, udløses der ifølge fysiologisk stress-teori en fysisk mekanisme, som forbereder kroppen på respons, kaldet "*fight-or-flight respons*" (1: 175). Når stressorer<sup>1</sup> er kroniske, og personen ikke kan flygte eller kæmpe, sker en vedvarende fysisk arousal. Klientens *uforudsigelige* mængder af arbejdspress og *ukontrollerbare* forhold i et krigshærgede område, kan være et udtryk for vedvarende stressorer (1: 173).

#### *General Adaption Syndrome:*

Hans Seyle (1979) har udviklet en fysiologisk stress-teori, som forklarer de fysiologiske forandringer, som et *generelt tilpasnings syndrom* (1: 175) - alle organismer udviser i respons til stress – og som består af tre faser:

1. Alarmfase hvor det nervesystemet aktiveres for at mobilisere kræfter til at møde en trussel.
2. Modstand, hvor organismen forsøger at cope med truslen ved at kæmpe mod eller flygte.
3. Hvis organismen ikke kan flygte eller kæmpe, sker en udmattelse. Kroppen befinder sig nu under det normale niveau af fysisk modstandskraft (1: 175).

For klienten kan der ud over de faktiske traumatiske oplevelser, som ikke er indlejret i denne teori, have været en periode, på næsten tre år, som har været kronisk stressende; fx at det at skulle reintegrere sig, fungere på arbejdsmarkedet igen etc. Forhold der kan ses som stressakkumulerende: "*Den traumatiserende hændelse [...] er snarere en vedvarende kumulativ proces, som fortsætter [...]*" (2: 106). Klienten kan (over flere år) have befundet sig i alarm- og modstandsfasen, men har først senest bevæget sig ind i en udmattelsesfase og under grænsen for normal modstandskraft. Hermed forstås en anden og mere fysiologisk forklaring på klientens forsinkede

---

<sup>1</sup> Stressorer er oplevede faretruende event der truer det psykiske og fysiske velbefindende (1, 173).

traumereaktion.

I psykoanalysen udløses en forsinket reaktion af *betydning*, mens der ud fra stressteori er fokus på akkumulerede hændelser. Den fysiologiske stress-teori tager udgangspunkt i stress, der er negative, uforudsigelige og ukontrollerbare. Disse kan sidestilles med psykoanalysens beskrivelse af traumer (jf. spg. 1).

## **Ad 2.**

---

I det professionelle møde, udviser klienten vrede. Han ønsker, i modsætning til specialisterne, en somatisk og ikke psykologisk forklaring på hans træthed.

### **Modstand**

I en psykoanalytisk optik kan uenighed forklares ved en subtil form for *modstand*, hvor tidlige faresituationer opretholdes ubevidst af klienten (3: 38). Her er det udslettelsesangsten der har skabt sygdommen, og er baggrund for patientens modstand; ”*ubevidst opfatter patienten det at blive rask som en aktualisering af de infantile faresituationer* (3, 39). Trætheden opstår som en tilpasning - at være rask er her for risikabelt for patienten. Uoverensstemmelser sker når specialister ikke har øje for denne mekanisme.

Teorien indfanger dog ikke i modsætning til den humanistiske sundhedsforskning (herefter HSF) samfundsmæssige og kulturelle mekanismer.

### **Illness/Disease**

HSF har til opgave at udvikle begreber og metoder til at forstå fænomener som sygdom og sundhed – herunder træthed (4: 38). Symptomet træthed placerer sig ifølge Peter Elsass (4) mellem den folkelige og den professionelle sygehistorie. Her er *illness-adfærdens* kamp mod *disease-opfattelserne*, udtrykt ved at træthed ikke kan indskrives i et diagnosesystem, på trods af patienternes ønske (4: 108). På den ene side er der den naturvidenskabelige *disease-forståelse* som udforsker sygdom i objektiv forstand, og på den anden side en folkelig hermeneutisk *Illness-opfattelse*, med en subjektiv sygehistorie (4: 112). Et magtforhold, hvor ingen af disse kan

eksistere uden hinanden ligesom de i en reciprok bevægelse er med til at konstituere hinandens betingelser (ibid). HSF ønsker at inddrage den subjektive oplevelse, illness-opfattelsen: *"Det hele liv i komplekse sammenhænge..."* (4: 37). Den enkelte er i et felt mellem psykologiske, sociale og kulturelle forhold.

I disease-forståelsen forholder det sig anderledes: *"I den biomedicinske opfattelse af kroppen, spiller synlighed en meget stor rolle"* (4: 27), og sygehistorier med social og psykologisk vægt har mindre status (ibid).

Uoverensstemmelser kan bl.a. opstå fordi hovedparten af de trætte patienter ifølge Elsass (4: 97) *"er på jagt efter en diagnose, hvor trætheden i sig selv kan stå for pålydende; den må gerne have en organisk årsag, men den skal ikke psykologiseres"*. Her er det således at *"specielt patienter med kronisk træthed reagerer kraftigt mod at få en psykiatrisk diagnose"* (4: 110). På samme måde, afviser både klienten og hans kone, specialisternes forklaringer. Måske er de blot mødt ud fra en disease-forståelse, hvor specialisterne ikke har orienteret sig overfor den illness-dimension.

Ifølge HSF er klagebilledet er et sammensat kulturelt fænomen, udtrykt i en anerkendt adfærd: *"Kulturen taler gennem sygdommen"* (2: 258). Historisk har der været en tendens til at lede efter legemlige årsager til træthed, snarere end kulturelle årsager. Her kan symptomer som træthed være en reaktion mod den psykologisering patienten møder i samfundet (ibid). Klienten ønsker måske at fritages fra belastninger fra sin omverden, gennem først en diagnose og siden den ønskede førtidspension. Her forklares en *gevinst-model*, hvor symptomer forstås ud fra "cost-benefit" (4:120). Nolen-Hoeksema (1: 271) beskriver at man må skelne mellem somatoforme lidelser og *simulering*, hvor patienten forsøger at undgå en bestemt situation – f.eks. tilbagesendelse til krig eller arbejde.

### Ad 3.

---

Forsamtalen er en systematiseret samtale, hvor hypoteser omkring klienten, diagnoser, og behandlingsmuligheder klargøres. Assessment er en bredere screening til monitorering af egentlig behandlingsforløb (1: 102).

#### **Beskrivelse af klienten**

Flere forhold omkring klienten henleder opmærksomheden på diagnosen PTSD (posttraumatisk stress disorder) - DSM-IV-TR (1: 192). Klienten *genoplever den traumatiske* tid gennem detaljer fra dagligdagen. Flashback der er del af diagnosen kan ifølge Peter Elsass (2) godt være en forfølgelse af tanker omkring små dagligdags detaljer. Samtidig udviser klienten en *uengageret adfærd*, ved ikke at kunne tage sig sammen, ligesom han (via førtidspension) måske vil at *undgå* det arbejde der minder ham om traumatiske perioder. Hans træthed og vredesudbrud kan ses som udtryk for en *kronisk arousal*. Her opfyldes PTSD-diagnosen (DSM-IV-TR) umiddelbart (1: 192). Ikke alle, udsat for traumatiske hændelser, udvikler dog PTSD (2), hvorfor uddybende assessment bør inddrages. Her bliver det relevant at undersøge for *depression* (DSM-IV-TR), som er en af de komorbide lidelse, der kan opstå i forbindelse med PTSD (1: 193).

Diagnosen *depression* - DSM-IV-TR indebærer *emotionelle symptomer* – f.eks. klientens manglende interesse for aktiviteter. Ligeledes er *fysiske og adfærdsmæssige* symptomer del af diagnosen. Hans reaktionelle adfærd er introvert ved træthed, ligesom han ofte er i hjemmet. For at opnå diagnosen, må der endelig findes *kognitive symptomer* f.eks. ubeslutsomhed. Klienten har f.eks. svært ved at tage sig sammen. Spørgeskemaet ”Beck Depression Inventory” (1: 110), kan være med til at afdække om klienten er ved at udvikle en depression. Hans tidligere oplevede træthed, kan dog være udtryk for en længerevarende depressionstilstand (1). Ved blot at anvende BDI indfanges det ikke, at tilstanden kan være udtryk for andre psykiske forstyrrelser – f.eks. faren for en prægormid personlighedsforstyrrelse, eller skizofreni (ibid).

Mulige somatoforme lidelser<sup>2</sup>, må afdækkes, og der kunne spørge ind til historisk klageforløb. Fordøjelsesproblemer, seksuelt relaterede problemer samt neurologiske problemer er forbundet med en mulig ”*somatization disorder*”(1:275). Stressfulde livsbegivenheder og PTSD relateres til denne lidelse (ibid)

### **Interview**

Via et *semi-struktureret interview*, samles information, som skal være med til at afgrænse diagnoser og behandlingshypoteser (1). Da klienten ikke føler sig taget alvorligt, bør man tidligt og helt åbent orientere sig overfor *illness-dimensionen*. Siden mere struktureret spørge til *symptomer*, og om der er sket noget for *nyligt* i klientens liv, som kunne have udløst uoverkommelig træthed. Det kan samtidig være vigtigt at undersøge om klienten *tidligere* har haft psykologiske problemer – måske forefindes der en *psykologisk militærrapport*, som kan fortælle noget om den psykiske anamnese, ligesom der må undersøges for præmorbide forhold omkring personligheden (1: 104). Hvorvidt der i familien er *anlæg* for bestemte lidelser, er ligesom spørgsmål til det *sociale netværk* og re-integrationen i Danmark, en del af forsamtalet. Hans *jeg-styrke* i forhold til håndtering af dagligdagssituationer må også udredes (1 & 4). Endelig er det i forhold til senere behandling relevant at spørge til *misbrug* og *selvmordstanker*.

### **Conflict/Deficit**

Under forsamtalet bør man løbende gøre sig et indtryk af klienten. Ved en *conflict-problematik* er der ifølge Hougaard (3: 20 & 5: 53) tale om en veludviklet forsvarsstruktur, hvor psykiske kræfter modstiller sig hinanden og går i konflikt. Her er sygehistorien bred med mange forklaringer. Terapien her bør være *eksplorativ* (ibid)

I en *deficit-problematik*, er der tale om psykiske kræfter, som er kapslet i et deficit og som klienten ikke har sprog for. Det tidlige mor-barn forhold er ikke etableret på en måde skaber homeostase (ibid). En manglende begrebsverden kan måske her forklare, at træthed er klientens eneste holdepunkt idet den beskytter mod et endnu større kaos. Dette peger i retning af en *støttende*, anerkendende og tydelig terapiform (3 & 5).

---

<sup>2</sup> psykiske forstyrrelser, uden påviselig organisk sygdom (1).

Problematikken må undersøges nærmere i forundersøgelse (assessment). En *projectiv-test* (1: 112) som f.eks. *"Rorschach Inkblot Test"*, kunne måske give indsigt i modstand mod den psykiske anamnese og en mulig projicering af bekymringer og konflikter. Ulempen er, at klienten muligvis vil modstille sig en sådan abstrakt metode. Kernbergs strukturelle interview er en anden metode, der kan afdække, om klienten er præget af skizofrene tegn som identitets-disintegration, primitive forsvarsmekanismer og mistet realitetstestning (5: 53).

Samlet fremhæves det at klientens sygehistorie, modstand og muligheden for en PTSD-diagnose og depression, vil danne den primære baggrund for behandlingsforslag. Muligheden for deficit-problematik inddrages kort.

#### **Ad 4.**

---

På baggrund af ad.3 har jeg valgt en eklektisk tilgang til behandlingen.

#### **Motivation – compliance**

Tidligt i forløbet må den modstand klienten udviser, vendes til motivation for dialog og behandling. Ved *"compliance"* (4: 48) forstås at: *"en god behandling først vil forekomme, når der er substantiel overensstemmelse mellem behandlerens og patientens oplevelse..."* (4: 48). Der må skabes det Elsass kalder en *"healing-relation"* (4: 27) via et empatisk og støttende møde med patienten (ibid). Et andet begreb er det psykoanalytiske overføringsfænomen kaldet *"den terapeutiske alliance"* (3: 27), som er en udvikling af *"patientens venlige tilknytning til og evne til at samarbejde med terapeuten om analysen"* (ibid). En *"sund"* relation mellem klienten og psykologen bør have en særlig plads i behandlingen.

#### **Narrativer**

En fænomenologisk interesse for patientoplevelsen kan indfange, at det er klientens oplevelse af helhed, der destrueres ved sygdom (4: 56). Der må altså etableres en form for lighed og balance mellem den subjektive oplevelse og en patologisk orientering (4). I en narrativ tilgang bliver konsultationen ifølge Elsass en skabende handling, der skal bidrage til at klienten danner en ny og mere samlet



historiestruktur<sup>3</sup>: ”den fælles konstruktion af historien virker lindrende hvis, den giver sammenhæng og forståelse..”. Når klienten opnår en sammenhængende forklaring, ”vil symptomerne sædvanligvis blive uddrevet” (4: 95) Målet er ifølge Elsass (4: 92) større autonomi hvor forandring og meningsfuld eksistens bliver mulig. Her kan det tænkes at klientens træthedshistorie er udtryk for en ”god historie”, snarere end en ”sand historie”(4: 93). Her med øje for den ”stigmatisering der er forbundet med at få påført en psykologisk problematik..(4,102). I praksis bliver det ikke afgørende om klientens historie er sand, men om konstruktionen er med til at skabe helhed og kraft (4). Ved at lede efter den ”sande historie”, er der ligeledes fare for re-traumatisering (2).

### **Kognitiv terapi**

Hvis man efter assessment er kommet tættere på en PTSD- og/eller depressionsdiagnose, vil en kognitiv terapi være en oplagt mulighed (3). Den kognitive terapi er bl.a. indsigtsgivende, psykoedukationel og fokuserer på aktuelle problemstillinger (3: 147). Målet for den kognitive terapi er, at klienten opnår viden om symptomer – f.eks. naturlige traumereaktioner, indsigt i sin egen psykologi samt opnår færdigheder til at ændre ved negative mønstre (ibid). Processen skal lære klienten at analysere og adskille komponenter af maladaptive tanke- og handlemønstre, for derved at se problemet som adskilt fra sig selv og overskueligt at ændre på. De negative automatiske tanker udfordres og konfronteres, og klienten støttes i at finde alternative fortolkninger og handlemuligheder via strukturerede og praktiske øvelser (3).

Denne interventionsform har sin styrke i forhold til psykoedukation samt en orientering mod klientens dagligdag. Således er kognitiv terapi også forebyggende mod tilbagefald (1).

Den kognitive psykoterapi bevæger sig på symptom-niveau frem for et dybereliggende årsagsniveau, med en antagelse om, at bevidst ”rationel” selvindsigt er mulig. Hvis der som tidligere antydtes eksisterer en deficit-problematik, kan der ikke indledes en indsigtsgivende rejse. Manne kunne supplere de 12 timers forundersøgelse og behandling nævnt oven for med en mere langsigtet

---

<sup>3</sup> Det at få dele til at indgå i en helhed der har begyndelse, midte og afslutning (4, 92).

psykodynamisk terapiform som f.eks. Kernbergs expressive terapi, der tager højde for både *conflict* og *deficit* problematikker (5: 53). Her fokuseres ikke blot på patientens tanker og følelser men også på empatisk bekræftelse og styrkelse af klientens jeg (Ibid).

---

## Case B

---

### Ad 5.

---

Udviklingen af vanskeligheder styres ifølge Alan Carr (6: 77) af et samspil mellem psykologiske, biologiske og sociale faktorer. Psykopatologi består fra et udviklingsperspektiv i ”*afvigelser fra den normale udvikling, som er af en sådan karakter at de medfører negative konsekvenser for den videre udvikling*” (7: 31). Sonjas vanskeligheder skal i denne sammenhæng anskues probabilitistisk ud fra et samspil af faktorer i modsætning til determineret af enkeltstående begivenheder (6 & 7: 31).

#### Risikofaktorer

Risiko-faktorer er en prædisponering for udvikling af psykiske problemer (6:41).

#### Personlige prædisponerende faktorer

Af personlige risikofaktorer<sup>4</sup>, henviser Alan Carr (6: 44) bl.a. til temperamentets betydning. Her inddeles temperamentet i tre overordnede grupper; ”*nemt temperament*”, ”*langsomme startere*” og ”*svært temperament*” (6: 44). Den sidste gruppe, undgår typisk nye situationer, og reagerer negativt på forandringer. De oplever flere konflikter og foretager afvigende, risikable aktiviteter ligesom de ifølge Carr: ”... *were found to be at a risk for developing psychological difficulties*” (ibid). Sonja kunne have et svært temperament. Hendes adfærd er udadreagerende, og hun har eksternaliserede problemer som tyveri, misbrug og vrede ligesom hun fremstilles situationsnervøs. Adfærden kunne også tyde på *lav intelligens*<sup>5</sup>, ligesom den kunne pege på *lav selvtillid* og *svækket indre locus of control* (6: 45). Endelig er det muligt, at Sonja er genetisk prædisponeret for udvikling af spiseforstyrrelse og misbrug (6: 41).

---

<sup>4</sup> Prædisponering for udvikling af psykologiske vanskeligheder (6: 40)

<sup>5</sup> Hun forekommer psykisk intelligent. Kan måles ved IQtest (6: 44).

I en *transaktionel model*<sup>6</sup> (8: 43) giver et barns egenskaber anledning til reaktioner hos forældrene. Reaktioner som i en transaktion kan være med til yderligere at forstærke vanskeligheder.

### **Kontekstuelle risikofaktorer**

#### *Tilknytning;*

Tilknytning er en anden men *kontekstuel risikofaktor*, som har betydning for vanskeligheder (6: 56). Teorien er udviklet af Bowlby (1944) med en antagelse om, at den utrygge tilknytning senere i livet kan føre til relationelle problemer og manglende moraladfærd (6: 378). Moderens udsættelse for vold i hjemmet samt misbrug skærper denne mulighed.

#### *Familiære problemer:*

Børn der vokser op med desorganiserede familier har større kontekstuel betinget risiko for at udvikle psykisk sygdom (6:61). Faderens *misbrug*, den *økonomiske situation* hvor studerende skal forpleje 5 børn samt *skilsmisse* kan have skabt et usikkert opvækstmiljø uden den nødvendige støtte, omsorg og autoritet (6). Resultater viser f.eks., at 20 % af skilsmissebørn to år efter skilsmissen viser klinisk signifikante følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer (6: 63). Kronisk livsstress forbundet med *vold* i hjemmet, har ligeledes betydning for udviklingen af psykopatologi (ibid).

### **Vedligeholdende faktorer**

Vanskeligheder kan blive vedvarende hvis de fastholdes. Måske har Sonja ud over skolearbejde og omstilling til teenageårene skulle tage sig af funktioner i hjemmet, som hun ikke har kunne *magte* (hendes pligter kan dog være kulturelt betingede i en katolsk familie). *Uoverensstemmelserne* omkring opdragelse, som det ses i casen kan være med til at opretholde vanskeligheder, ligesom moderens *overbevisning* om pigens nærtagenhed, kan virke selvforstærkende (6&8).

---

<sup>6</sup> En forening af stadie og systemteori (8:43).

### **Forstærkende faktorer**

En personlig *forstærkende faktor* være Sonjas forsvarsmekanismer, som ifølge Carr (6:47) ”*regulate(s) the negative emotional state that accompany conflict*”. På adfærdsniveauet udviser dette sig bl.a. gennem vrede, normbrydende adfærd og der ses en forvrængning af forestillinger i forbindelse med oplevelsen af familiens forhold til hendes undulat. Devaluering af selvet, sker gennem hendes kontrol af kroppen (ibid).

Samlet kan der peges på, at pigers psykiske vanskeligheder typisk opstår i ungdomsårene, mens drenges opstår i barndommen (6: 1050) ligesom der er taget højde for en multifaktoriel tilgang til Sonjas udvikling af vanskeligheder.

### **Ad 6.**

---

I et klinisk psykologisk perspektiv, bør der tages hensyn til normaludviklingen forbundet med ungdomsårene, ligesom det er relevant at se på en ætiologi for spiseforstyrrelser (8).

### **Normaludvikling**

Udviklingsopgaver der er forbundet med ungdomsårene er ifølge Alan Carr (6) bl.a. tilpasning til *biologiske forandringer i puberteten, skyldfølelse, stolthed og besvær med at regulere vrede* (6: 23). I sig selv kan teenageårene betragtes som normafvigende, ligesom det vil være naturligt Sonja optaget af sit udsende (1). En spiseforstyrrelse er patologisk, og ikke inden for rammerne af normaludvikling (6). Dog kan overgangen til ungdomsårene ifølge Carr (6:841) ”precipitate the onset of a eating disorder...” Her kan en fremskyndende faktor for Sonjas udvikling af en spiseforstyrrelse også begrundes i, at man *venter* med behandling.

### **Anorexia Nervosa?**

Da Sonja har været indlagt, og hendes kropsvægt er lav er det muligt, at hun har fået konstateret og fortsat har anorexia nervosa – DSM-IV-TR (6: 799). Hendes forbrug af chokolade, kombineret med tegn på opkast, taler imidlertid for bullimi – DSM-IV-TR. En kombineret spiseforstyrrelse er mulig: ”*the distinction (..) made between*

*anorexia nervosa og bullimia (...) does not take full account of variations in eating problems...*" (6: 798). Da Sonja propper sig med chokolade kunne noget tyde på anorexia nervosa sub-typen "*the binge purge type*" DSM-IV-TR (6: 798). En yderligere assessment er nødvendig for udredning.

### **Ætiologi**

Neden for gennemgås en *biologisk* og en *interpersonel* ætiologisk tilgang til spiseforstyrrelser (6).

#### ***Biologiske teorier***

I genetiske teorier mener man, at spiseforstyrrelser skyldes biologiske predisponering: "... *genetic predisposing factors contribute moderately to the aetiology of eating disorders*"(6: 805). Triggere i omgivelserne, er dog udløsende for spiseforstyrrelsen (ibid). En anden biologisk forklaring er en dysregulering af neurotransmitterstoffet serotonin (6: 806). Denne kædes sammen med affektregulering og misbrug, som ses i Sonjas anamnese,

Ovenstående teorier, kan kritiseres for reduktionistisk at kæde patologi til biologiske forhold. Neden for gennemgås derfor en systemisk ætiologi.

#### ***Systemisk familie teori***

I systemteori forudsættes det at helheden af et system er større end summen af de enkelte dele. Familien anskues som "complex system, which work to maintain the status quo or *homeostasis*" (1; 62). Her er helhedens betingelser afgjort af interpersonelle interaktioner. Ideen er, at "*menneskets psykiske problemer ikke bør bedømmes isoleret, men i lyset af personens relationer...*"(3: 201). Familien ses som et *system* i en bestemt udviklingsfase, hvor spiseforstyrrelsen kan siges at have en *potentiel funktion* mod opretholdelse af ligevægt (3). Gennem spiseforstyrrelsen undgår familien at håndtere de ændrede roller, rutiner der følger med nye udviklingsfaser f.eks. perioden efter skilsmissen, inddragelse af en ny ven eller overgangen til ung.

System teorier har peget på, at spiseforstyrrelser opstår hos piger som er opvokset i "*enmeshed families*" (1: 63). Disse familier er bl.a. karakteriseret ved

uigennemskuelighed og kontrol af familiemedlemmer. Det kan ikke udelukkes, at en voldelig (katolsk ?) far kan have udvist en kontrollerende adfærd også overfor hans børn.

### **Ætiologisk perspektiv**

De biologiske og systemiske teorier kan kritiseres for ikke at indfange en intrapsykisk ætiologi. Spiseforstyrrelser er ofte forbundet med lav selvfølelse og kontrol, hvor den lave selvfølelse ifølge Finn Skårderup (7:24): *"ikke nødvendigvis er synlig. Ofte tværtimod"*. Sonja beskriver sig da også som stærkere end moderen. Ifølge Skårderup (9) er kontrol og mestring intrapsyriske betingelser der knyttes til spiseforstyrrelser: *"Spiseforstyrrelser er ikke kontrol, men "som om kontrol", efterligning af kontrol og illusorisk kontrol"* (7: 25). En psykoanalytisk eller kognitiv tilgang, ville kunne indfange disse perspektiver.

### **Ad 7.**

---

Ved tilrettelæggelse af en god undersøgelse inddrages nuværende hypoteser. Alan Carr (6: 115) beskriver således: *"It is important to acknowledge that psychologists do not typically begin intake interviews with a completely open mind"*. Interviews med netværksmedlemmer, vil bla. struktureres ud fra indledende hypoteser og erfaring.

### **Overvejelser og foreløbig formulering**

#### ***Fysisk***

Der bør foregå en fysisk og psykisk  *vurdering* af, hvor alvorlige Sonjas misbrug og spiseforstyrrelser er. Her må inddrages spørgsmål til selvmordstanker, som er forbundet med misbrug (6: 678). En ske på toilettet, kunne pege på et stofmisbrug. Ved misbrug skelnes der mellem afhængighed, og misbrug der medfører sociale vanskeligheder og/eller funktionsnedsættelse (ibid) . Sonja's lave kropsvægt bør undersøges. Diagnosen anorexia nervosa-ICD 10 indebærer bl.a. et Body Mass Index på under eller lig 17, 5 (6). Da Sonja fylder sig med mars overvejes *"the binge purge type"* (6: 798) Yderligere assessment og medicinske undersøgelser er nødvendig. Fortløbende *urinalyser*, kan undervejs fortælle om der foregår tilbagefald af misbrug (6: 705).

### ***Problem- og udviklingshistorie***

Familien har været præget af disharmoni, vold og misbrug. Sammenholdt med moderens sociale status opstår på denne baggrund en bekymring for et muligt *omsorgssvigt* - begrundet i *neglekt* (6: 939). Ved *neglekt* er der ifølge Alan Carr (6) tale om en passiv ignorering af barnets behov f.eks. i forbindelse med fattigdom eller mangel på opdragelse og opfostring. Relevante forhold i Sonjas case.

### ***Hypoteser***

Sonjas udadreagerende adfærd tyder på, at hun har vanskeligt ved at internalisere og tilslutte sig sociale spilleregler (6). Moderens udsættelse for vold gennem ægteskabet, skærper opmærksomheden på *usikker tilknytning* hvilket kan synliggøres gennem et *Adult Attachment Interview* (AAI) (6: 378). Sonja udviser manglende moraladfærd ved tyveri og inddragelse af lillebror i et misbrug. Skilsmissen for 3 år siden, og den nye vens deltagelse i opdragelsen, kan yderligere give anledning mulige tilpasnings- og/eller adfærdsforstyrrelse DSM IV TR (6: 365). Både for DSM IV TR og ICD 10 gælder det, at der her ses komorbiditet med indlæringsproblemer og familieproblemer (6: 366). Begge mulige elementer i Sonja's anamnese.

På baggrund af ovenstående, opstår en bekymring for at der (senere) udvikles en personlighedsforstyrrelse: "*a personality disorder is characterized by a chronic and pervasive pattern of dysfunctional behavior that the person has shown since at least adolescence*" (1: 121). Omend diagnosen først er relevant ved den færdigudviklede personlighed, peger Sonjas temperament, hypersensitivitet for kritik, svækkede forsvarsmekanismer (jf. Spg. 6), og selvskadende adfærd mod en risiko for udvikling af en Dramatisk-Emotionel Personlighedsforstyrrelse – DSM-IV-TR (1: 123). Her tænkes specifikt på en *borderline forstyrrelse* (6. 440). I tilrettelæggelsen skal tage højde for at der ved *borderline*-problematikker kan opstå udfordringer i dannelsen af en *terapeutisk alliance* (10). Ifølge Alan Carr beskrives vigtigheden af alliancen således: "*All other features of the consultation process should be subordinate to the working alliance*"(6: 131).



## Tilrettelæggelse

Udgangspunktet for undersøgelsen vil være multi-disciplinær tilgang, hvor jeg ud over Sonja vil inddrage moderen, vennen, en søskende samt Sonjas primære lærer fra skolen. Målet er at få information om Sonjas anamnese, beskyttende faktorer - som f.eks. intelligensniveau<sup>7</sup> (6: 315) samt sikre effektiv monitorering af behandling. Ifølge Alan Carr (6) er inddragelse af *netværksmedlemmer* afgørende for succes i behandling: ” *Psychologists (...) cannot work effectively without engaging with these network members*” (6: 107) .

På baggrund af ovenstående, vil jeg etablere en *aftale om assessment* (6:129), hvor der redegøres for forventninger og sikres enighed - alle skal have mulighed for at acceptere eller afvise at deltage i vurderingen (ibid). Der bør foretages grundige interviews med moderen, foretages observationer af Sonja's samspil med familien (gerne i hjemmet) samt redegøres for *moderens ressourcer* (6: 917). Desuden bør man vurdere Sonjas behov for støtte både i hjemmet og skolen ved en såkaldt *assessment of support needs* (6: 278).

Endelig foretages *case-styring* med tydelige mål for samarbejdet. Disse mål bør forhandles, prioriteres og accepteres af alle involverede – herunder også moderens nye ven (6: 139). Samlet må der tages højde for indledende hypoteser.

---

<sup>7</sup> I en senere assessment via (WISC-IV) (7: 315).

## **Ad 8.**

---

Den foreløbige formulering, (og senere undersøgelse) danner rammer for et behandlingsforløb, der primært har fokus på *spiseforstyrrelser, misbrug og adfærdsproblemer*. I et fleksibelt samspil med netværksmedlemmer opretholdes og re-forhandles behandlingen løbende (6).

### **Psykoedukation**

Med henblik på hurtigt at skabe et støttende miljø omkring Sonja indledes behandlingen med psykoedukation (6: 835). Ud over allianceopbygning, arbejdes der her mod at de *primære omsorgspersoner*, moderen og den nye ven, får en øget forståelse for de problematikker der er forbundet med teenageårene, misbrug og en spiseforstyrrelse (6: 835). Ulempen opstår hvis omsorgspersonerne ikke har ressourcerne til at forstå barnets problematikker. Her bør forældrene oplyses om farer ved anoreksi – dødsrate på 6%, sygelighedsrate 30%, ligesom det bør forklares at en autoritativ støttende tilgang vil hjælpe mod tilbagefald og misbrug (6: 835). Der er tegn på et tilbagefald efter indlæggelsen, og er afgørende at der motiveres til at tage ansvar. Moderen bør samtidig hjælpes til et skift fra at se Sonja som *værende* nærtagende, og til at se *et godt barn med dårlige vaner*, som udløses af bestemte stimuli og forstærkes gennem bestemte konsekvenser (6 : 416).

### **Forældretræning**

Hvis man under assessment, er kommet nærmere en tilpasnings- og/eller adfærdsforstyrrelse DSM-IV-TR, vil det være relevant at inddrage forældretræning (6).

Forældre og unge med adfærdsproblemer er ifølge Alan Carr (6: 402) utrænede i at forhandle og løse konflikter. Her kan *kommunikations- og problemløsningstræning* være en hjælp, ligesom familien bør støttes til indførelse af rutiner f.eks. i forbindelse med skolearbejde og samvær (ibid). *Adfærdsterapi* er yderligere en håndgribelig metode for forældrene til både at forhindre udadreagerende adfærd og (gen?)opbygge Sonjas sociale og kognitive færdigheder (6: 345, 397 & 446). Belønningssystemer i forbindelse med misbrug og/eller identifikation af mønstre, hvor forældrene uforvarende forstærker uhensigtsmæssig adfærd, bør inddrages (ibid).

Samtidig bør der etableres en *skole-hjem forbindelse*, hvor der skabes mulighed for at samudvikle en autoritativ støtte, for at undgå misbrug, behandle spiseforstyrrelsen samt imødegå eventuelle indlæringsvanskeligheder (6: 413).

Psykoedukation og forældretræning knytter sig til forældreoven. Fordelen er - ud over støtte til Sonja – at behandlingen kan overføres til de andre søskende i familien der er i risiko for uheldige udviklingsstier (8). For at sikre, at familiedynamikker ændres, og for at behandle spiseforstyrrelsen er det relevant at inddrage systemisk familierapi.

### **Familieterapi**

Den systemiske familierapi kan være med til at ændre på problematiske strukturer og handlemønstre i familien. Gennem *cirkulære spørgsmål og uærbødig nysgerrighed*<sup>8</sup> (3: 214 & 233) arbejdes med nye meningsdannelser og *positive omformuleringer* af problemets karakter (3: 233). Her fokuseres på styrker og potentialer, og særligt i forhold til spiseforstyrrelsen kan der arbejdes med *eksternalisering af problemet* (3: 231) som: ”lægger vægt på at skabe en frugtbar proces frem for at se problemet som del af klienten...”. Man flytter problemet ud, og leder efter ”*unikke undtagelser*”, hvor familien allerede har klaret at løse udfordringer positivt (ibid).

På baggrund af assessment og udredning af anorektisk-diagnose, kan det evt. være relevant at inddrage et *Outpatien-program* (6: 825). Dette via *motivation for spisning, introduktion af nye familiemønstre* samt *adressering af forældrenes mønstre og afslutning* (ibid). Her behandles Sonja ambulant, mens familien derudover inddrages i terapi. Terapien fokuserer på, at der skabes et engagement og en *genspisning*, samt kontrol overfor mulig overspisning. Dette etableres via en stærk alliance og gennem enerums vejninger hvor der løbende føres protokol over vægt og BMI (ibid). Samtidig skal der forhandles et *nyt familiemønster*. Måske er der familiemønstre omkring spisning, som er symptom-bevarende. Endelig tages der hånd om teenageproblemer og forældrelivet og skabes fornuftig *afslutning af terapiforløbet* – blandt andet gennem samtaler om tilbagefald.

---

<sup>8</sup> Begreberne har udgangspunkt i 2. ordens kybernetikken, og tager udgangspunkt i relationelle, undersøgende og cirkulære forståelser frem for lineære årsagsforklaringer (3: 216)

Samlet bør der foretages en multidimensionel behandling, som løbende forhandles og målsættes. Ulempen ved ovenstående metoder er, at den ikke indfanger de fordele der kunne være ved en kognitiv terapi. Man kunne kombinere forløbet med programmer der styrker Sonjas *self-efficacy* og *locus of control* (6: 836). Her arbejdes der med tankemønstre, i forbindelse med at monitorere adfærd, der kan være støttende for at overkomme udfordringer forbundet med hverdagen, misbruget og spiseforstyrrelsen.

## Bibliografi

1. Nolen-Hoeksema, Susan, 2007: *Abnormal Psychology* (Fourth Edition), New York: McGraw-Hill.
2. Elsass, Peter, 2003: *Håndbog i kulturpsykologi*, København: Gyldendal.
3. Hougaard, Esben, Diderichsen, Birgitte og Nielsen, Thomas (red.), 2007: *Psykoterapiens hovedtraditioner: En indføring i psykoanalytisk, oplevelsesorienteret, kognitiv, systemorienteret og integrativ psykoterapi*, København: Dansk psykologisk Forlag.
4. Elsass, Peter & Lauritsen, Peter, 2006: *Humanistisk sundhedsforskning: Teori, metode, praksis*, København: Hans Reitzels Forlag.
5. Diderichsen, B. (1998). Psykoanalytisk psykoterapi. I: Hougaard, E., Diderichsen, B., & Nielsen, T. (red.). *Psykoterapiens hovedtraditioner* (ss.17-68). København: Dansk Psykologisk Forlag.
6. Carr, Alan 2006: *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (Second Edition), London: Routledge.
7. Skåderud, Finn (2001): *Stærk, Svag: En håndbog om spiseforstyrrelser*, Oslo: Hans Reitzels Forlag a/s.
8. Brobjerg, B., Almqvist, K., Tjus, T. 2005: *Klinisk Børnepsykologi, udvikling på afveje*, København: Hans Reitzels Forlag a/s