

# **Kvinders afhængighed ved overspisning set i et kybernetisk perspektiv**

Speciale ved psykoterapeutisk uddannelse fra

Vedfelt Institut

Kirsten Wolf (111101)

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Resumé.....	3
2. Indledning.....	3
1. Overspisning og dybereliggende årsager.....	4
3. Problemstilling.....	4
1. Problemformulering.....	4
2. Afgrænsning.....	5
3. Valgte teorier.....	5
4. Hvad er overspisning.....	5
1. Afhængighed iflg. WHO.....	5
2. Overspisning.....	6
3. Tegn på overspisning iflg. <a href="http://www.spiseforstyrelser.net">www.spiseforstyrelser.net</a> .....	6
4. Cases.....	7
5. Redegørelse for kybernetisk psykologi og terapi samt andre vigtige teorier.....	8
1. Kybernetikkens grundlag.....	8
2. Moder- og fader-netværk.....	9
3. Personlighedsudvikling og mentalisering.....	10
4. Barnets selvkontrol.....	11
5. Utilstrækkelig støtte.....	11
6. Personlighed som delsystem.....	12
7. Det sande og falske selv.....	12
6. Analyse og perspektivering.....	13
1. Hvordan udvikles overspisning?.....	13
2. Hvor skal kybernetisk terapi sætte ind?.....	14
3. Opbyggelse af tillid.....	16
4. Strategier til problemløsninger.....	17
5. Hvad har terapien bevirket?.....	17
7. Konklusion.....	18
8. Litteraturliste.....	20

## 1. Resumé

Et symptom som spiseforstyrrelsen overspisning kan have mange kulturelle og kliniske kontekster. En tilknytnings- og tidlig udviklingspsykologisk forståelse udgør derfor en relevant ramme til at sætte sig ind i lidelsen, ligesom der åbnes op for en teoretisk forankring, som i dette speciale primært består af en psykoanalytisk og en tilknytningsteoretisk tilgang - specielt med fokus på kybernetisk psykologi og terapi samt Ole Vedfelts teorier om ubevidst intelligens. Endvidere er det med henvisning til en række forfattere, der har beskæftiget sig med tidlig spædbarnsforskning og tilknytning samt selvskadende adfærd vist, at overspisning falder sammen med symptomer på alexithymi (en svækket evne til at kommunikere følelser ud), og som kan lede til dysfunktionelle handlinger og uhensigtsmæssig impulsivitet, dissociation og traumatiske oplevelser og afhængighed. Det kan bl.a. ske som følge af f.eks. fysiske og seksuelle overgreb, omsorgssvigt samt mobning i skolen. Det fremgår også, at mange overspisere har sideløbende personlighedsforstyrrelser. Specialet giver indblik i en dybere teoretisk forståelse for disse sammenhænge.

## 2. Indledning

Begrebet livsstilssygdomme i vores vestlige kultur er med jævne mellemrum oppe til debat i de danske medier. Hver gang får vi at vide, at der er grund til bekymring. Det er nemlig vanskeligt at gøre noget ved den usunde afhængighed og at påvirke f.eks. rygerne, alkoholikerne, stofmisbrugerne, de overvægtige og andre med spiseforstyrrelser til en mere konstruktiv adfærd. Senest har bl.a. dagbladet Politiken haft debatsider om ”fedme-epidemien” og overvægtige, der lider af spiseforstyrrelsen Binge Eating Disorder - på dansk tvangsoverpisning også kaldet ”Den tredje spiseforstyrrelse” eller i daglig tale slet og ret overspisning. I det hele taget kan det fastslås, at overvægt er et stigende problem i Danmark. Over halvdelen af danske mænd (54,2 pct.) er overvægtige, mens 39,4 pct. blandt kvinder vejer for meget. Over 13 pct. af befolkningen er svært overvægtig. Det er en tredobling fra 1987. Dengang var omkring 4 pct. af befolkningen, som spiste betydeligt mere, end de havde brug for.<sup>1</sup> Der er altså tale om en eksplosiv stigning. Antagelig vil ”epidemien” også øges voldsomt de kommende år.

Sundhedsstyrelsen regner med, at vi i Danmark alene har 50.000 tvangs-overspisere, sandsynligvis mange flere, hvortil kommer alle dem, der trøstespiser og ikke kan komme af med deres overflødige pund. Men der er ikke sat penge af til behandling af den førstnævnte kategori til trods for en stærkt forringet livskvalitet for de implicerede - og dermed også med mange bekymringer fra deres pårørende og fra samfundet i øvrigt. Ikke alene risikerer de overvægtige en lang række alvorlige følgesygdomme som f.eks. sukkersyge, dårligt hjerte og forringet stofskifte, gigt og begrænset bevægelighed, blodpropper og hjerneblødninger og som følge heraf tidlig invalidepension og/eller død. Mange overspisere holdes også uden for arbejdspladserne og sociale sammenhænge på grund af deres overvægt. De mobbes, og har som følge heraf en tendens til at isolere sig. De har opgivet at tage kampen op, og de føler sig afmægtige over for deres mangel på kontrol på deres adfærd. Magtesløsheden smitter så at sige af på samfundet - og samfundets afmagt af på overspisere. I

---

<sup>1</sup> Kristian Linnet, Århus Universitet, omtale af kursus om spiseforstyrrelser på Folkeuniversitet, Kbh efterår 2011

stedet for fokuserer man på hjælp til og behandling af personer med spiseforstyrrelserne anoreksi og bulimi. Én af konsekvenserne af denne begrænsning er, at der i øjeblikket kun er 14 offentlige behandlingspladser til de mange overspisere i Danmark.<sup>2</sup>

## 2.1 Overspisning og dybereliggende årsager

Når jeg i specialet har valgt at beskæftige mig med *kvinders afhængighed ved overspisning set i et kybernetisk perspektiv*, er det dels fordi jeg stiller mig kritisk over for samfundets hidtidige indsats. Hvor svært kan det være, og hvorfor kan de overvægtige ikke bare spise mindre? lyder spørgsmålet lidt forenklet. Som oftest foregår debatten nemlig med fokus på symptomet. Men samfundet forholder sig sjældent til mennesket og smerten bagved og de dybereliggende psykologiske årsager.

Dels har jeg i min praksis fået personlig erfaring med ca. 80 kvindelige klienter med problemet overspisning. Gennem de sidste fem-seks år har jeg med held påvirket dem via psykoterapi individuelt og i grupper. Ikke alle, men rigtigt mange, har opnået gode resultater, som synes at holde på grund af en radikal livsstilsændring. Så selv om jeg ikke i videnskabelig forstand kan bygge min erfaring med et kontrolleret eksperiment med mange facts, er der alligevel en vis erfaring og empiri at bygge på.

## 3. Problemstilling

I forståelse heraf ønsker jeg at undersøge følgende spørgsmål/antagelser:

- Hvordan udvikles overpisning, og hvilken følelsesmæssig effekt giver den?
- Er der afhængigheds-/misbrugsaspekter, og kan forskellige karakteristika kortlægges?
- Hvilken rolle spiller f.eks. omsorgssvigt, mobning, fysiske/psykiske overgreb og stress i barndommen, og er der tale om gentagelsestvang i. f. m. traumer?
- Har overspisere impuls-/affektregulering og dissociative tilbøjeligheder?
- Kan man hjælpe overspiseren til at komme ud af sin afhængighed og få en sund livsstil via kybernetisk psykoterapi?

### 3.1 Problemformulering

Mit ærinde med specialet er på et teoretisk plan at beskrive de dybereliggende psykologiske mekanismer bag adfærden samt undersøge, om kybernetisk psykoterapi kan få klienten til at ændre spor til en sundere livsstil. Hermed ønsker jeg også at give en nuanceret forståelse for spiseforstyrrelsen overspisning og overspiserens adfærd.

---

<sup>2</sup> Politikens forside: "14 pladser til 50.000 overspisere" 31.07. 2011

## 3.2 Afgrænsning

Sundhedsstyrelsen<sup>3</sup> skønner, at der i Danmark er mindst 100.000 personer med spiseforstyrrelser, og at lidelsen først og fremmest rammer kvinder. Dertil kommer imidlertid, at et stort antal spiseforstyrrelser er uopdagede - specielt hvad gælder overspisning, ”Den tredje Spiseforstyrrelse”, Binge Eating Disease forkortet BED. Der skelnes mellem fem spiseforstyrrelser, nemlig foruden *overspisning anoreksi* (bevidst begrænsning af indtagelse af mad), *bulimi* (overspisning med opkast og tit anvendelse af afførings-midler), *ortoreksi* (overdrevent optagethed af sund mad) og *megareksi* (behov for at være stor og muskuløs).<sup>4</sup> Diagnosen overspisning kendes fra det amerikanske diagnosesystem, men er ikke officielt kendt i Danmark endnu. Øget opmærksomhed og større viden om overspisnings-problemer vil dog muligvis føre til, at den snart får en selvstændig diagnose i Danmark. Fænomenet spiseforstyrrelser er altså meget komplekst. Det er endnu en grund til, at jeg har valgt at begrænse mig og koncentrere mig om beskrivelsen af lidelsen overspisning.

I specialet har jeg ifm. overspisning bl.a. valgt at fokusere på tidlige tilknytnings- og udviklingsteorier, teorier om impuls- og affektregulering, social feedback (spejling), mentalisering, traumatisering, identifikation med det falske selv, omsorgsforvirring og styring af en dissociativ proces samt ikke mindst terapeutisk behandling via kybernetisk terapi og psykologi.

## 3.3 Valgte teorier

Ifm. tilknytningsteorier og personlighedsudvikling har jeg først og fremmest benyttet mig af Ole Vedfelts teorier og metoder om kybernetisk terapi og psykologi, men også lyttet til moderne spædbarnsforskere som f.eks. P. Fonagy, John Bowlby, H. Kohut, Daniel Stern, D.W. Winnicott, Mary Ainsworth, Erich Neumann, Erik Erikson og Susan Hart, men også til Susanne Lunn og kollegerne Kristian Rokkedal og Bent Rosenbaum om spiseforstyrrelser, til Bo Møhl og Lotte Rubæk om selvskader samt til Annette Ilfeldt, som omtaler spiseforstyrrelsen som ”psykologisk fedme”, og hvis øvelser, jeg med gode resultater har benyttet i gruppeterapi. Se i øvrigt listen om øvrige litteratur.

## 4. Hvad er overspisning?

Først finder jeg det på sin plads at definere, hvad *afhængighed* generelt vil sige. Dernæst vil jeg fortælle, hvilken adfærd overspisere har.

### 4.1 Afhængighed ifølge WHO

Ifølge ICD-10 (International Classification of Diseases 10. udgave af dette system udforsket af WHO) kan afhængighedssyndromet udelukkende være til stede for specifikke psykoaktive stoffer.

<sup>3</sup>Politiken 31.07. 2011

<sup>4</sup> www.wikipedia.dk og Politiken 31.07.2011

ICD har seks diagnostiske kriterier for afhængighedssyndromet, og heraf skal mindst tre være til stede i mindst én måned eller gentagne gange inden for et år, for at diagnosen kan stilles.

Kriterierne er:

9. Trang
10. Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
11. Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå symptomerne
12. Toleranceudvikling
13. Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
14. Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

## 4.2. Overspisning

Overspisning er altså (endnu) ikke et afhængighedssyndrom efter ICD 10, men bliver hermed en kompleks adfærd, hvor en person skader sig selv og er ude af kontrol med sin spisning. Lidelsen kaldes ofte ”bulimi uden udrensning” og defineres som gentagne episoder med overspisning, men uden opkastning, uden (overdreven) motion og uden brug af afføringsmidler og strenge diæter, som det ses ved bulimi. Overspisningen forekommer som talrige gentagne episoder og resulterer bl.a. i varige grader af overspisning, isolation, sygdom og endog utilsigtet død.

Under en episode af overspisning er personen i en psykologisk forstyrret tilstand.<sup>5</sup>

## 4.3 Tegn på overspisning iflg. [www.spiseforstyrrelser.net](http://www.spiseforstyrrelser.net)

- Afhængighed af mad ud over kroppens normale behov
- Oplevelsen af at måtte spise for at kunne udholde tilværelsen
- Pauserne mellem måltiderne udfyldes af hyggespisning
- (Stor) Overvægt
- Gentagne og mislykkede slankekure
- Store udsving i vægten
- Spisning i det skjulte
- Altid dårlig samvittighed ifm. og undskyldninger for at spise

Overspiseren kan som følge af sin selvskade have meget svært ved at udtrykke, hvad hun/han føler og lide af alexithymi<sup>6</sup> og kan også være afhængig af at have kontrollen /styringen ift. andre mennesker. Mange har en følelse af, at maden har magten over dem, og de føler sig hjælpeløse, fordi de ikke har kontrol over den. Denne hjælpeløshed kan afspejle, at overspiseren også i andre sammenhænge føler sig som offer og oplever at være magtesløs ift. omverdenen.

Overspisningen og overvægten kan også være et forsøg på at beskytte sig mod en verden, som

---

<sup>5</sup> [www.spiseforstyrrelser.net](http://www.spiseforstyrrelser.net)

<sup>6</sup> Rubæk 2009, s. 36

opleves som fjendtlig og farlig, og overspiseren lægger et lag af beskyttelse (fedt) omkring sig. Fedtlaget kan også være en måde at indkapsle eller tilbageholde sider af sig selv, som overspiseren ikke tør lade komme frem - f.eks. vrede eller seksualitet. Begge følelser kan opleves som forbudte og farlige, og så længe overvægten har denne funktion, vil slankekur sjældent lykkes.

Følgende tre cases fra min praksis, som jeg senere vil bruge til at redegøre for anvendeligheden af cybernetisk terapi ifm. overspising, skulle gerne kaste lys over nogle af de mange meget smertefulde følelser, mange overspisere har:

#### 4.4 Cases

- **A:** En 27-årig kvinde fortalte, hvordan hendes forældre i hendes barndom altid havde været ekstraordinært fokuserede på hendes fysiske fremtoning og særligt hendes vægt. Nogle gange satte de hende på skrappe diæter, som hun afskyede. Ofte skændtes forældrene så voldsomt indbyrdes, at det endte med fysisk vold, ligesom hun selv mange gange blev slået - snart af moderen - snart af faderen, når hun prøvede at bryde slankekur. Da hun flyttede for sig selv, fik forældrene det bedre. Kvinden begyndte derfor at overspise for ikke at mærke sin frustration, sin tristhed og usikkerhed og følte sig beroliget, mens overspisingen stod på. Tit frekventerede hun indtil fire-fem bagerbutikker ad gangen og købte hver gang adskillige romkager, som hun satte tænderne i - tilsyneladende med en glubende appetit - og uden at nogen så det.
- **B:** En 48-årig kvinde fortalte, hvor chokeret hun blev, da hun som ganske ung efter sin mors død fik at vide, at hun ikke var forældrenes biologiske barn. Hendes forældre var i virkeligheden hendes bedsteforældre, og den, hun troede, var hendes storesøster, var hendes biologiske mor. Gentagne gange havde hun efter Vægtvogternes anvisninger været på slankekur og tabt sig voldsomt. Men hun havde også taget godt og vel det hele på igen. Kvinden oplevede *stor ensomhed, voldsom hovedpine, kraftsløshed i ben og især arme samt en stor skam* over ikke at kunne kontrollere, hvad hun spiste. Hun følte sig ikke kun afvist af sin mand, venner og sine kolleger, men vidste heller ikke, hvordan hun skulle holde ud at blive i sit ægteskab. Hun var trist til mode over at blive i forholdet og rædselsslagen ved tanken om at bryde ud. Tillige følte hun *stor skyld over i det hele taget at være til.*
- **C:** En 31-årig kvinde fortalte, hvor meget hun skammede sig over sin overvægt. Hun havde lyst til at dyrke motion i en svømmehal, fordi hun holdt meget af den form for kondition og tidligere havde vundet mange svømmepræmier. Men hun syntes ikke, hun havde *ret* til det, som hun så ud. Så længe, hun kunne huske tilbage i sin barndom, havde hendes far haft store alkohol-problemer. Det var gået hårdt ud over hende og tre yngre søskende. Alle var meget bange, når deres far kom fuld hjem om aftenen og slog de børn, der var nærmest ham. Andre gange var han i godt humør og fortalte sjofle historier. Moderen turde ikke tage til genmæle. Kvinden havde også forsøgt at være i mors sted ved at passe på sine søskende. På et tidspunkt, da moderen var hospitalsindlagt, havde hun været ude for *incest* fra faderens side. De seksuelle tilnærmelser og overgreb samt selve voldtægten havde hun tacklet ved *"at*

*gå ud af kroppen” (Dissociation), mens det hele stod på. Kvinden fortalte også, at hun i skolen blev mobbet og holdt udenfor. Følelser, som hun altid havde kendt til, var frustration, skam, skyld, tristhed, isolation, tomhed, ensomhed, kedsomhed, depression, bekymring og usikkerhed.*

Som vi kan se, er der altså rigtig mange - og også modsatrettede og destruktive følelser på spil under overspisning, og som kan vise sig at være påtrængende at arbejde med i kybernetisk terapi for at kunne forholde sig konstruktivt til selve symptomet. Jeg vil derfor senere komme med eksempler på, hvordan den kybernetiske psykologi og terapi kan anvendes og være med til, at klienten kan bearbejde underliggende følelser. Nogle af de ovenfor beskrevne følelser/problematikker er sat i kursiv, og hvordan klienten med omsorgsfuld støtte fra sin terapeut kan gå ind i en bearbejdelse, vender jeg som sagt tilbage til.

## 5. Redegørelse for kybernetisk psykologi og terapi samt andre vigtige teorier

I dette kapitel vil jeg bl.a. præsentere de vigtigste punkter i kybernetisk psykologi og terapi, som Ole Vedfelt har udviklet og beskrevet for så vidt, som det kan have interesse for forståelsen af, hvordan der kan arbejdes med klienter med overspisnings-problemer. Anskuelser fra kendte teoretikere som Stern, Winnicott og Fonagy m.fl. vil kort blive inddraget og sat i en dybere forståelsesramme, når det gælder tidlig tilknytning og spædbarnsudvikling samt betydningen heraf for det sunde og hele menneske.

### 5.1 Kybernetikkens grundlag

I sine bøger taler Ole Vedfelt om mentale processer og bevidsthedslignende træk i alle organismer.<sup>7</sup> De komplekse mentale processer i bevidstheden inkluderer træk af de mindre komplekse - og de højere udviklingsformer træk fra de lavere. Vi fødes med en lang række nedarvede potentielle adfærds- og oplevelsesstrukturer, og hjernen er opbygget i mange niveauer, hvor de mentale processer svarer til forskellige stadier i den menneskelige evolution og viden. De synker ned og bliver til ubevidste mentale og automatiske processer - *tavs viden*. Når vi bevæger os ud af normalbevidstheden og andre tilstande i bevidstheden, bliver det psykiske rum mangedimensionalt. Herved kommer vi i kybernetisk terapi i kontakt med *det supra-modale rum*, hvor forskellige oplevelser, følelser, tanker, forestillinger, associationer og kropsfornemmelser er kodet ind i et netværk af helheder på alle *proceskanaler*. Derfor er det også afgørende i en terapeutisk situation at nå ud over hverdagsbevidstheden hinsides *jeg'et* og hen til, hvor de selvregulerende kræfter kan fungere.<sup>8</sup>

Når mennesker henvender sig for at få psykoterapi, er det derfor Vedfelts erfaring, at der er gået kludder i overordnede og integrerende psykiske funktioner. Klienten har forgæves søgt at løse sin problematik ud fra sin hverdagsbevidsthed, men sidder fast. De ord, der kommer ud af munden,

<sup>7</sup> Vedfelt 1996, s. 97

<sup>8</sup> Ole Vedfelt 2002, s.102



hjælper ikke - snarere tværtimod. Men ved at lytte til signaler fra det ubevidste kan det føre til et højere niveau i personligheden, og imødekommes informationerne, kan der ikke blot vise sig en løsning på problemet, men også en ny vej frem, så det fastlåste jeg kan ændre retning og dermed underkaste sig en mere omfattende *selvregulering*.<sup>9</sup>

Betydningen af relationen mellem klient og terapeut bliver hermed altafgørende og kan ses som én af Vedfelts grundforståelser. At arbejde i kybernetisk psykoterapi og være opmærksom på sammenhængen mellem kropslige fornemmelser, sanser, følelser og tanker giver nye dimensioner til at opleve sine indre tilstande og sit sande selv og er selvsagt med til at give nye veje i udviklingen. De er også med til at skabe en tilstand af at føle sig levende og nysgerrig på sit eget og andres liv og til at føle sig som et helt menneske.

I den traditionelle psykodynamiske teori opfattes derimod menneskets indre som en ”krigs-skueplads”, hvor bevidstheden forsvarer sig mod noget dæmonisk fra det ubevidste. Men nyere spædbarnsforskning peger på, at personligheden indefra søger at udvikle og organisere sig selv, mens de såkaldte ubevidste forsvarsmekanismer kan ses som konstruktive forsøg på konfliktløsning under de givne omstændigheder.<sup>10</sup>

## 5.2 Moder- og fader-netværk

Dannelsen af det personlige selv er imidlertid nødvendig for, at en psykisk udvikling kan finde sted. *Selvet* opstår iflg. Vedfelt ved, at det personificerer en del af psyken, og det personlige selv viser sig på et trin i udviklingen som oplevelse af en bestemt identitet, en fast hukommelsesstruktur med en særlig livshistorie og en konstant følelse af at være den samme.<sup>11</sup> Allerede som nyfødt organiserer barnet forestillinger om mor, far og øvrige familie. Valget af *omsorgspersoner* og modsvarende indre *delpersoner* kan kybernetisk forstås som begrænsninger, som systemet lægger på sig selv for ikke at drukne i information. Gennem en social og følelsesmæssig *mesterlære* bliver barnet i stand til at håndtere en stigende kompleksitet.<sup>12</sup>

Til dannelse af *personligheden* er moderen eller en anden omsorgsperson den mest betydningsfulde i barnets første leveår, og forudsætningen for, hvad barnet oplever som ”*den gode mor*”, så psykisk og fysisk sundhed og dannelsen af et velstruktureret psykisk selv (tillid) kan etableres. I tilfælde, hvor barnet ikke har haft en ressourcefyldt mor eller anden omsorgsperson, vil der være mange eksempler på ”*den onde moder*” fra bl.a. *forestillinger, introspektion og drømme*.

I takt med, at barnet får øget kontrol over kropslige og følelsesmæssige impulser og udvikler sit sprog, stiger faderens indflydelse. Overgangen fra *moder- til fader-netværk* spiller en afgørende rolle for barnets udvikling. Det betyder at de første tre år senere i livet bedst kan kontaktes via følelser, drømme og kropsligt adfærdsmæssige erindringer. Overgangen fra det ene netværk til det andet er forskellig, men moderen er ”*portvogter*” til det maskuline. Drengen, der har levet i tæt

<sup>9</sup> Ibid. s. 314

<sup>10</sup> Ibid. s. 33

<sup>11</sup> Ibid. s. 315

<sup>12</sup> Ibid. s. 314

kontakt med hende som det modsatte køn, søger at skabe følelsesmæssig afstand til hende, og pigen, som har levet tæt sammen med samme køn, kan let opleve det mandlige som noget fremmed.<sup>13</sup>

### 5.3 Personlighedsudvikling og mentalisering

I de senere år har der været en stigende interesse for tidlig tilknytning og udviklingsteorier. De første tiltag opstod midt i 40'erne med alle opbruddene fra 2. verdenskrig og evakuerede børn bl.a. gennem Donald Winnicotts og John Bowlbys arbejder. Gennem sine teorier gjorde Bowlby opmærksom på alt det, omsorgspersoner gør for deres børn, og som meget blev taget som en selvfølge, at betydningen knapt blev opdaget. Bowlby gjorde opmærksom på, at omsorgen jo ikke foregår efter et fastlagt skema, men at der er tale om en levende relation, som forvandler begge parters personlighed. Han mente, at selv om tilknytningsadfærden er særlig tydelig i den tidlige barndom, så er den kendetegnende for det enkelte individ fra vugge til grav.

Herefter fulgte Daniel Stern, som brugte videoteknologi til at formidle tilknytningsteorier på et mikroplan, og som var med til at give teorierne et skub frem. I det seneste årti har P. Fonagy videreført arbejdet mht. primære omsorgspersoners måde at forholde sig til barnets emotionelle oplevelser på - bl.a. ved begrebet mentalisering, dvs. evnen til at danne sig realistiske forestillinger om at forholde sig til, forstå og reflektere over mentale tilstande hos sig selv og andre. Det vil sige også at forstå egne og andres handlinger som grundlag for mentale tilstande.

Med udgangspunkt i Vedfelts, Sterns og Fonagys teorier vil jeg fortsætte med at ridse forståelsen af en personlighedsudvikling op og med særligt fokus på udvikling af mentalisering og affektregulering i den tidlige omsorgsrelation. Jeg vil også søge at vise, hvordan destruktiv adfærd som f.eks. overspisning kan bruges som regulering af følelser, og hvordan den kan fungere som en kompensatorisk strategi til at regulere affekter. Affektregulering defineres af K. Gross<sup>14</sup> som processer, hvorigennem individer påvirkes, hvilke emotioner de har, hvornår de har dem og hvordan de oplever og udtrykker dem. På et simpelt niveau kan man også tænke på affektregulering som svarende til en organismes kapacitet til at bevare fatningen ved en følelsesmæssig spændings-tilstand. Affektreguleringsbegrebet er beskrevet iht. Fonagy og Kolleger.<sup>15</sup> Med deres teorier om affektregulering, mentalisering og selvets udvikling kombineres forfatterens forskningsmæssige og kliniske erfaring med et imponerende udbud af teorier og data fra bl.a. filosofien, udviklingspsykologien, tilknytningsteorierne og psykoanalysen.

Det følges op af Stern med massiv empirisk opbakning,<sup>16</sup> som har vist, at en stor del af omsorgspersonens adfærd kan karakteriseres som afstemninger eller spejlinger ift. barnets adfærd. Disse afstemninger viser sig helt nede på det biologiske plan, hvor sågar hjerterytmen hos mor og barn har vist sig at synkroniseres.

<sup>13</sup> Ibid. s. 317 - 318

<sup>14</sup> Gross s. 13, 551 - 573

<sup>15</sup> Fonagy, P. m.fl. 2002

<sup>16</sup> Stern 2000 s. 154

Evnen til at regulere affekter - altså at påvirke og specielt dæmpe sine følelser - er ikke en medfødt egenskab, men iflg. Fonagy<sup>17</sup> noget, der tilegnes og udvikles i kontakten med den tidlige moderfigur eller hendes erstatning. Tyngdepunktet i denne teori er i modsætning til tidligere tilknytningsteorier antagelsen om, at de primære mål med tilknytningsrelationen rent evolutionært er barnets udvikling af et repræsentativt system for tilstande i selvet gennem mentalisering som kapaciteten til at tænke på mentale tilstande som adskilte fra og dog potentielt årsager til handlinger. Det kan desuden siges kort at være evnen til psykologisk tænkning både i relation til sig selv og andre.

## 5.4 Barnets selvkontrol

Følelsesmæssig selvkontrol bliver først mulig for barnet, når det har fået grundlagt nogle strukturer af kontrol. Disse kontrolstrukturer udvikles iflg. den seneste spædbarnsforskning med reference til den sociale biofeedback-model gennem gentagne refleksioner og præsentationer af barnets måde at udtrykke følelser på. Den tidlige spejling bidrager imidlertid ikke kun til, at barnet lærer at identificere sine følelsesmæssige tilstande. Den spiller også en afgørende rolle mellem reguleringen af barnets følelser og derigennem udviklingen af barnets følelsesmæssige selvkontrol.

Hvis de affektspejlende interaktioner skal fungere som grundlag for udviklingen af et repræsentativt system hos barnet, så må omsorgspersonen derfor på én eller anden måde gøre det tydeligt, at det er barnets indre tilstand, der spejles. Markeringen opnås typisk ved, at moderen frembringer en overdreven version af sine normale følelsesudtryk, der dog er så meget lig hendes naturlige udtryk, at barnet kan genkende indholdet. Når det lille barn græder, reagerer omsorgspersonen eksempelvis ikke straks med selv at græde og med et forpint ansigtsudtryk. Forfatteren foreslår, at markeringen af følelsesudtrykket er årsag til, at barnet ikke opfatter følelsen som tilhørende moderen, men i stedet ved frakobling formår at afkoble udtrykket fra dets afsender. Senere vil barnets forskellige følelser helt automatisk aktivere disse sekundære følelser, og barnet bliver hermed i stand til dels at identificere en følelse og dels at genkende denne følelse som sin egen.

## 5.5 Utilstrækkelig støtte

I forlængelse af den sociale biofeedback-model for affektspejling beskriver Fonagy og kolleger samtidig, hvordan omsorgsgiverens affektspejling på forskellige måder kan være så utilstrækkelig, at det kan få afgørende konsekvenser for barnets udvikling. Når spejlingen er præget af mangel på kongruens, er der f.eks. tale om de tilfælde, hvor omsorgspersonen spejler barnets affekter på en markeret, men inkongruent og forvrænget måde. Barnets følelsesudbrud vil her typisk starte en forsvarspræget emotionel reaktion hos omsorgspersonen (f. eks. projektion af en helt anden følelse over i barnet), som efterfølgende vil resultere i en misforstået emotion. Derved optræder fornemmelsen af følelsesmæssig forladthed. På denne måde vil barnet tillægge sig dispositioner, der ikke stemmer overens med den virkelige oplevede følelse og således ende med en forvrænget opfattelse af selvet. Udover at barnet ikke bliver rummet og accepteret for det, det er, vil barnet

---

<sup>17</sup> Fonagy, P. m.fl. 2002

opleve sin (negative) følelse uden for sig selv, som om den tilhører en anden person. Det vil føre til eskalering snarere end en nedregulering af følelserne, og barnet vil derfor opleve, at dets følelser smitter af på omsorgspersonen, hvilket kan virke direkte traumatiserende.

*For en klient med symptomer på overspisning vil der som jeg ser det, f.eks. ofte opstå forvirring og ambivalens, og også være problemer med i det hele taget at forholde sig såvel til mad, egne tanker som følelser. Hvis klienten, siden hun/han var et lille barn, mere har forholdt sig til moderens ønsker om indtagelse af mad frem for sine egne og andre behov og ikke er blevet set og rummet, vil hendes/hans følelser og kropslige reaktioner f.eks. blive fortolket som sult og spisning.*

## 5.6 Personlighed som delsystemer

Vedfelt's opfattelse af personligheden som delsystemer med bevidsthedslignende træk og forskellige hukommelsessystemer er en videreudvikling af bl.a. teorier af Janet, Freud og Jung og kan opfattes som systemer med forskellige programmer og hukommelser.<sup>18</sup> Set i det perspektiv anlægger Vedfelt også det subjektivt oplevede jeg i et personligt system, en delpersonlighed.

Stress kan man hermed set ud fra en kybernetisk synsvinkel kalde en overbelastning af bevidsthed. Den selvregulering, som det lille barn har brug for, men ikke evner, fordi de vilkår, der skal til for at bringe balance, er ikke til stede. Det medfører, at kroppen er nødt til at bære på aflejrede spændings-tilstande. Med mit udgangspunkt for omtale af udviklings- og tilknytningsteorier synes det derfor klart, at barnet på grund af manglende støtte og omsorg altså kan reducere den del af omverdenen, som det magter at forholde sig til. Det kan igen resultere i en undgåelsesadfærd for at beskytte personligheden. Hvis den er dannet under tidlige traumer eller andre voldsomme oplevelser, kan der ske en *dissociering*, dvs. en flugtmekanisme, hvor der sker en fraspaltning af bevidstheden og selvintegrationen - og med manglende forbindelse med *delpersonligheden*.<sup>19</sup>

## 5.7 Det sande og falske selv

Jeg vil derfor komme ind på, hvordan man med bl.a. Vedfelt, Winnicott og Fonagy kan forstå det udviklingsniveau, som det prædisponerede individ antages at befinde sig på. Vi skal se, hvordan en manglende eller svækket mentaliseringsevne kan skabe behov for konkrete, fysiske udfald af såvel tanker som handlinger - og som kan bidrage til forståelsen af, at en udvikling kan løbe af sporet i en senere spiseforstyrrelse som f.eks. overspisning, og som jo netop kan siges at være et fysisk udfald af en indre, mental tilstand.

Hvis den tidlige affektspejling som før beskrevet er præget af manglende kongruens mellem hhv. barnets primære følelse og den følelse, som omsorgspersonen opfatter og spejler, så vil der være dannet grundlag for udviklingen af et falsk eller fremmed selv i barnet. Det sande selv, som skjules af det falske selv, vil gøre krav på synliggørelse, hvis barnet presses til at udvikle sig i retninger, der

<sup>18</sup> Vedfelt 1996 s. 117

<sup>19</sup> Ibid. s. 298 – 252 og 312

vil bøje det ud af facon - at føre barnet væk fra sig selv og som jeg ser det, er det her, at barnet vil begynde at vise symptomer på alvorlige måder at mistrives og forstyrres i form af indadrettet eller udadrettet adfærd - ofte begge dele. Tænk blot på skolens flinke piger og vilde drenge!

Allerede i 1960 beskrev Winnicott i *The False Self*, hvordan den tidlige tilknytningsrelation kan virke ødelæggende. Når omsorgspersonen af forskellige årsager spejler barnets følelsesmæssige tilstand med sin egen affekt og på den måde kommer til at spejle sig selv frem for barnet, så vil barnets gestikulation af følelser efterhånden helt ugyldiggøres. Det, at barnet føjeligt relaterer til omsorgspersonens gestikulation i stedet for sin egen, er iflg. Winnicott roden til opståen af det falske selv. Det falske selv er på den måde et tomt selv, hvis følelsesmæssige oplevelser bliver meningsløse, og hvis vakuum konstant vil søges fyldt i kraft af andre personer eller fysiske oplevelser. Personen vil da være ladet alene med sit falske selv. Derfor må hun/han finde alternative og mere indadrettede metoder til destruktion, som f.eks. det, overspisere gør og den adfærd, de har.

## 6. Analyse og perspektivering

### 6.1 Hvordan udvikles overspisning?

Der findes efter min opfattelse og de teorier, jeg har læst og beskæftiget mig med og som ligger til grund for specialet, ikke nogen simpel forklaring på udvikling af et forbrug som overspisning. Overspisning er ikke forårsaget alene af indtagelsen af mad og heller ikke alene af bestemte hjerneprocesser, arvelige faktorer hos den enkelte med variationer fra den ene overspiser til den anden. Symptomet kan opfattes som en tillært vane, og derfor gælder det bl.a. om at bryde den, når noget andet kan sættes i stedet.

Årsagen til afhængigheden, som jeg ser det, og som mange af overspisende kvinder i min praksis har fortalt mig, som de oplever det, skal søges i den enkeltes situation, baggrund og personlighedsudvikling. En anden forklaring på overspisningen er, at sukker- og fedtholdig mad er vanedannende og bl.a. indeholder dopamin, der populært sagt er et "belønningsstof" i hjernen, og som muliggør udvikling af afhængighed.

Spiseforstyrrelsen overspisning er således stimuleret af en række helt individuelle psykologiske og kemiske faktorer. De påvirker de valg, personen træffer ift. hvorfor og hvornår der er behov for at overspise. Problemet er med andre ord ikke kun indtagelsen af maden, men også de tanker og følelser, den enkelte slås med. Via doping (bedøvelse) af mad opnår personen en mental tilstand, der kortsigtet, men effektivt udgør en lindring ift. en bestemt situation, hvor personens sårbarhed er særlig blotlagt. Målet med doping er således at opnå en bestemt mestringsstrategi, en mental tilstand, som personen ikke længere er i stand til at tilvejebringe på en naturlig og mere hensigtsmæssig måde.

Afhængighed af overspisning er som følge heraf én lang kæde af tilbagefald, der styres af personens specifikke højrisikofyldte situationer, som igen er betinget af den enkeltes sårbarhed og personlighedstræk.

Selvom overspisning altså endnu ikke er taget med på WHO's liste som et afhængighedssyndrom af et psykisk aktivt stof og dermed ikke har en egentlig diagnose i Danmark endnu, viser adfærden hos overspiserne de samme kendetegn som hos bl.a. stof- og alkohol-afhængige.

Der er således rigtig mange årsager til, hvordan kimen til og udviklingen af en spiseforstyrrelse som overspisning bliver lagt. Én er som nævnt de meget tidlige tilknytnings- og udviklingsteorier. Nogle børn, ”mælkebøtte-børnene” er imidlertid født mere robuste end andre og klarer sig derfor gennem opvæksten trods alle odds. I ”*Selvskadens psykologi*” henviser forfatteren Lotte Rubæk til *Development psychopathology* eller udviklings-psykopatologi og pointerer, at det er nyttigt og relevant at arbejde ud fra en moderne og fleksibel udviklingsmodel og en forståelse, der dels forholder sig til normale udviklingsprocesser, og dels forbinder disse til psykopatologiske udviklingsårsager og forløb. På den måde gøres der op med den traditionelle udvikling, som er udslagsgivende for normal og abnorm adfærd. Der fokuseres i stedet for på de risici, som individuelt påvirker barnet i opvæksten. De tidlige tilknytningsmønstre ses som særligt udslagsgivende for senere udvikling og tilpasning. På den måde er perspektivet snarere på individuelle forskelligheder end universelle lighedspunkter<sup>20</sup> og i tråd med, som jeg ser det, den måde Ole Vedfelt har udviklet at arbejde på, nemlig med en integreret psykodynamisk terapi med udgangspunkt i potentialer - og ikke i fejl og mangler.

Endnu en forklaring på en afvigende udvikling med overspisning til følge handler efter min opfattelse og erfaring om gruppepres og identitet hos unge og lettere spiseforstyrrede kvinder i puberteten. De påbegynder slankekure, tager på, taber sig igen og så fremdeles. Efter nogle års forløb pådrager de sig alvorlige spiseforstyrrelser og har i perioder både lidt af anoreksi og bulimi for at ”ende op med” overspisning. En lettere spiseforstyrret adfærd ses altså ofte at være en forløber for en egentlig lidelse som overspisning.<sup>21</sup>

Mange kvinder - og mest udtalt som sagt hos de helt unge - sammenligner sig ustandseligt med andre og er meget vægtfikserede og bekymrede for at tage på. De fleste har objektivt ikke behov for at tabe sig, fordi de vægtmæssigt befinder sig inden for normal-området. Men op mod 20 pct af unge piger har også benyttet ekstreme metoder til vægt-kontrol i form af faste, afføringsmidler eller slankepiller viser en undersøgelse. Overspisninger ses hyppigst hos unge, hvor især piger er forpint heraf og kommer helt ud af kontrol. Vor tids udtalte slankeadfærd og utilfredshed med såvel kropsvægt som form bliver således store risikofaktorer for udvikling af spiseforstyrrelser, bl.a. overspisning. Blandt de unge, der især har denne problematik, har der især været fokus i dagspressen på balletdansere og fotomodeller. De fleste af dem lider af spiseforstyrrelsen anoreksi, der dog kan ”konverteres” til bulimi for at ende i overspisning, når de slutter deres jobs langt før påbegyndelsen af den traditionelle pensionistalder.

## 6.2 Hvor skal cybernetisk terapi sætte ind?

Lad mig henvise til de tre cases og fastslå, at mennesker, som mangler en solid tidlig tilknytning til

---

<sup>20</sup> Rubæk 2009 s. 33-34

<sup>21</sup> Lunn mfl. s. 74

en primær omsorgsperson, og derfor savner et grundlag af tryghed, er meget mere udsatte for at blive mishandlede eller traumatiserede end der, hvor der har været mange ydre ressourcer fra moderen eller en anden nær omsorgsrelation til barnet. Derfor vil klienter med f.eks. omsorgssvigt og evt. fysiske overgreb i den tidlige barndom med større sandsynlighed udvikle symptomer som f.eks. skam, dissociation og depression. Da de psykologiske og fysiologiske mønstre ift. traumer og skam ligner hinanden, er der tillige en indre forbindelse mellem traume og skam.

Desuden er det en almindelig misforståelse hos traumatiserede, at de på én eller anden måde er årsag til - eller i det mindste fortjener - deres egen ulykke.<sup>22</sup>

Mange kvinder med overspisningsproblemer skader typisk sig selv, når de er alene og ofte føler sig meget ensomme. I de fleste tilfælde vil de være dybt ulykkelige, meget flove og skamfulde over adfærden, og hvordan de forvalter problemer. Derfor vil mange overspisere i stort omfang sikre, at ingen ser deres indtagelse af mad i store mængder. Det hører til sjældenhederne, at de betror sig til andre om, hvad der piner dem. De har ofte mistet evnen til at søge hjælp og støtte, fordi de i alt for mange tilfælde har fortsat mønstret fra barndommen, at række ud til mennesker, der ikke forstod dem, og i en del tilfælde lider de af alexithymi, dvs. problemer med at udtrykke sig med følelser. Med disse begrænsede muligheder og betingelser, de oplever, er de svære at hjælpe i omgivelserne i en så fastlåst situation. De har dybt alvorligt brug for al den støtte, de kan få. Men de er også bange for at tage imod støtten, fordi den hemmeligholdte overspisning er en mestringsstrategi i indre og ydre konfliktsituationer. Fjernes denne strategi, før klienten er parat til at sætte en anden i stedet, kan det opleves yderst angstprovokerende og livstruende. Der er altså ofte tale om meget fragmenterede klienter, som skal støttes yderst varsomt og meget forsigtigt.

Allerede i en orienterende samtale med mig som cybernetisk terapeut er det derfor af afgørende betydning at se på overspiserens trivsel generelt. Hvordan er f.eks. hendes øjenkontakt med mig, og stemmer hendes sindsstemning med den mimik, hun har i ansigtet? Kan hun mærke sig selv og dermed sin egen krop? Har hun interesser/hobbies ud over sit arbejde? Tror hun på sig selv og sine evner, og hvad med hendes faglige eller karrieremæssige præstationer? Er de for nedgående, og hvordan er hendes netværk?

Man skal desuden som cybernetisk terapeut være opmærksom på, at overspisningen ikke altid kan være den eneste form for selvdestruktiv adfærd. Har klienten f.eks. et alkoholproblem ved siden af overspisningen, eller kan man fastslå, at hendes adfærd generelt er fyldt med risici, og at hun har svært ved at passe på sig selv? Det kan f.eks. være på det seksuelle område (mænd, der misbruger hende), i trafikken (hasarderet kørsel), eller at hun lider af "arbejds-narkomani". Endelig kan det også konstateres, at overspiseren kan have en personlighedsforstyrrelse.<sup>23</sup>

En selvdestruktiv adfærd som overspisning er som flere gange understreget i mange tilfælde udviklingsmæssigt forankret meget tidligt i livet. Derfor kræver det lang tid og en stor portion tålmodighed i terapien at erstatte adfærden med andre strategier for selvregulering.

---

<sup>22</sup> Hart 2011 s. 135-136

<sup>23</sup> Rubæk 2009 s. 177

### 6.3 Opbyggelse af tillid

*Første fase* i individuel kybernetisk psykoterapi er derfor at være koncentreret om at opbygge tillid i *det supramodale rum* mellem klienten og mig som terapeut, fordi et invaliderende omsorgsmiljø ofte er den baggrund, klienten kommer fra, og hvor personlige og følelsesmæssige oplevelser måske er blevet besvaret med uberegnelige eller upassende former for respons. I dette rum er det derfor vigtigt at validere og anerkende patienten for hendes tanker, følelser, impulser, associationer og generelle problemer i dagligdagen og på den måde at drage omsorg for hendes indre sårede barn. Når klienten mødes med en anden forståelse og indføling, har de gamle forældrebilleder mulighed for at forandre sig, og jeg som terapeut kan hermed ”optræde” som den nye indre gode mor/far, hvilket vil sige, at en positiv overføring - en ”reforældring” kan finde sted og tage plads i klientens indre.

Herved kommer dialektikken ind i billedet, og i det spændingsfelt, der drejer sig om *validering* og *problemløsning*, er det vigtigt for mig som terapeut hele tiden at balancere mellem gensidighed og spejling over for klienten samt at mærke, hvad der sker i mit eget indre og at forholde mig til det samtidig.

Det kan fra min side ind imellem og navnlig i en begynderfase opleves som noget af et detektivarbejde at finde frem til klientens ressourcer velvidende, at det er dette og opbyggelse af den nære og tillidsfulde relation, der er vejen frem i kybernetisk terapi. I det omfang, det kan lade sig gøre, er det også muligt at bruge ”redskaber” som *afspænding, fantasirejser og vejledt introspektion, dvs. mindfulness samt drømmeforståelse og tegneterapi*. På den måde lærer klienten efterhånden den ubevidste intelligens at kende og begynder så småt at kunne gøre brug af den, når det ikke længere er nødvendigt at have kontrol med alting, og mistilliden/usikkerheden derfor kan begynde at vige.

*Anden fase* i den individuelle psykoterapi er fortsat at samarbejde om at hele det indre sårede barn her og nu, hvor også nænsom berøring kan hjælpe klienten til at afmontere de normale grænser i bevidstheden og være med til at forstærke de *subliminale impulser* fra de selvregulerende ubevidste niveauer. Det gælder dog også om fortsat at spørge, hvad klienten har brug for, hvad hun mærker i sin krop samt foretage en nænsom konfrontation: F.eks.: ”Ja, det giver god mening, at det er svært for dig at være så forpint og opleve disse flashbacks til dengang, din far slog dig, og at du derfor har lyst til bare at blive ved med at putte mad i munden, så du kan bedøve dig selv for at udholde det” - og herefter udfordre klientens adfærd: ”Som vi tidligere har talt om, så giver det kun en midlertidig lettelse, men på længere sigt medfører det dig endnu mere smerte, og du kommer til at skamme dig endnu mere. Det må være meget pinagtigt at ha' det sådan.”

*Tredje fase* kan være at forsøge at løse problemet ved at foreslå brug af alternativer til overspisning, og som kan opfylde samme funktion. Eksempel: ”Jeg synes, vi skal snakke om, hvordan du kan afhjælpe din smerte på en anden måde. Kan du huske, hvordan du sidste gang, du havde taget en cykeltur for at få noget frisk luft, faktisk følte, at du havde bekæmpet en indskydelse til at overspise, da du kom hjem?”



## 6.4 Strategier til problemløsninger

*Fjerde fase* kan handle om problemløsningsstrategier i et forsøg på ændring af den dysfunktionelle adfærd, overspisning. Problemløsning kan deles op i to overordnede faser. Den ene går på at undersøge adfærden, den anden på at finde en løsning på den i et samarbejde, hvor de enkelte led i en kæde af indre og ydre hændelser kan resultere i en bestemt række problemer/konsekvenser, og hvor komponenter som sårbarhed, udløsende begivenhed, tanke-, følelses- og adfærdsmæssige led i kæden spiller ind. Elementer af kognitiv terapi har vist sig at kunne supplere den kybernetiske terapi her, ligesom Psycho-Education om afhængighedsadfærd, stress og traumer kan have sin store berettigelse. På den måde bliver det senere muligt for mange klienter også at forholde sig til impulshandlinger som overspisning på en helt anden måde, når de kan indse, at de er o.k. og har fået ”værktøj” til at dele lidelsen/afhængigheden med andre samt at få støtte til at foretage sig noget andet end at overspise. Det vil sige at mærke i kroppen, når man er sulten, og hvad kroppen har brug for af sund - og i forhold til tidligere - begrænset indtagelse af mad, altså også at lære at lytte til kroppen, når man er mæt.

Sideløbende og i forlængelse heraf kan f.eks. arbejdes med *rollespil* om bl.a. den primære familie, kolleger samt hvordan klienten kan udvide sit netværk, deltage i sportslige aktiviteter, opbygge (andre) interesser m.m. og gerne med en opmuntring til at deltage i gruppeterapi med ligestillede som supplement til den individuelle kybernetiske terapi, hvor klienten jo har terapeuten for sig selv.

Som oftest er det ikke nødvendigt at sætte direkte ord på alle disse tiltag. Mange af dem vil komme af sig selv, når energien begynder at flyde friere. Andre kvinder med samme problematik har vist sig at være en særdeles vigtig forudsætning for at kunne dele nogle af de sværeste følelser af skyld og navnlig skam og det at blive hørt og forstået af andre i, at man synes, man er forkert og ikke føler sig eksistensberettiget.

Det har vist sig at udviklingsgrupper med 6-8 i hver har haft en passende størrelse for proces og dynamik. De strækker sig over et halvt år med mulighed for forlængelse og har foruden mindfulness stor opmærksomhed og fokus på kropsbevidsthed og det at sætte grænser samt at kunne bruge det nye netværk. Det er også meningsfuldt i en udviklingsgruppe at erfare, at man ikke kan have samme gode ”kemi” med alle, og at konflikter i en gruppe er vigtige at forholde sig til og øve sig på i et beskyttet forum. Hensigten med procesgrupperne er, at de på et tidspunkt fortsætter som selvhjælpsgrupper med deltagelse hos hinanden, og at der ind imellem kan trækkes på mig som professionel, når der opstår særlige behov for det.

## 6.5 Hvad har terapien bevirket?

Som nævnt i indledningen er det lykkedes for mange af de ca. 80 kvinder, jeg har haft i individuel- og/eller gruppeterapi. at ændre livsstil og også at tabe sig, men det har ikke været det primære ved deltagelse i kybernetisk psykoterapi, og nogle af klienterne har jeg ikke fuldt på tæt hold i flere år. Lettest har det været for de klienter, som i forvejen har et godt netværk og kan bruge det, har et meningsfyldt arbejde med gode kolleger og en knap så belastet barndom. Men selvom ikke alle

taber sig eller lægger deres tilværelse fuldstændigt om, har alle givet udtryk for en større selvforståelse og derfor også for, at de har opnået en større rodfæstethed - grounding - og glæde over at være til. Desuden har alle erkendt, at det at have pådraget sig en spiseforstyrrelse som overspisning er en kendsgerning, de må forholde sig til resten af deres liv, som f.eks. også alkoholikere må forholde sig til deres misbrug. Derfor har de indset det vigtige i at være i nuet og at tage én dag ad gangen. Med et forslidt ord, kan jeg sige, at de har fået en større livskvalitet.

For en stor del af omtalte klienter har det været til stor hjælp dels at erkende, at de ikke er perfekte, men ligesom alle har fejl og mangler, dels at tage ansvar for det kan bære lønnen i sig selv og være medvirkende til ikke længere at føle sig som offer. Alle har de søgt efter en større mening med netop deres lidelse på hver deres måde, og det har givet dem mere sindsro i et højaktiveret nervesystem præget af stress og traumer for manges vedkommende.

Mange har fundet en større mening med tilværelsen ved at dele deres lidelse med en højere magt uden for dem selv som f.eks. Folkekirken og at være tro imod at deltage i selvhjælpsgrupper eller f.eks. at påtage sig frivilligt arbejde, hvor de kan gøre nytte af deres erfaringer over for andre.

## 7. Konklusion

Kampen mod overvægten skal altså vindes ved at behandle overspiserne som madmisbrugere som allerede antydnet i indledningen. Men ud over at tale om at ændre livsstil, er vi nødt til også at tage stilling til skammens komplicerede dynamik, og som er det, der har slået mig mest ved udarbejdelsen af dette speciale. I alle de bøger, jeg har læst om psykodynamiske terapier, tidlig tilknytning og udvikling, selvsikader som spiseforstyrrelser mm., er jeg nærmest kun stødt på ordet i nogle få sætninger og slet ikke kunnet finde det i de mange registre over begreber bagest i bøgerne.

Den almindelige skamfølelse er ikke at kimse ad, fordi den er en sund form for blufærdighed omkring grænsesætning for vores adfærd. Skyld er noget, man kan tage ansvar for, så man kan komme videre i tilværelsen. Men der findes en giftig og destruktiv skamfølelse, som gør mennesker ensomme, fordi vi kan få en følelse af at være lukket ude af fællesskabet, og hvor fortællinger, benægtelser og løgne bliver én af vildvejene ind i fællesskabet. Skam handler nemlig om, hvordan andre mennesker tænker om os, og når vi skammer os, er det derfor flovt, pinligt og ubehageligt.

Det er også derfor, at forældre til overvægtige børn sjældent taler med dem om deres skam og f.eks. hvor pinligt det må være at være den tykkeste dreng eller pige i klassen. Det kan være svært at tage "hul på bylden" om, hvordan det kan være en stor sorg at være ensom og anderledes og ikke at kunne løbe så hurtigt som andre børn eller være med i andre idrætskonkurrencer på skolen. Forældrene kommer hermed til at lyve over for deres børn for at skjule deres egen skyld og skam. Det betyder, at skammen breder sig som ringe i vandet - formentlig også til politikerne - samfundet har jo ikke råd til at gøre noget ved det! Man tier og tænker sit, når det tykke barn risikerer enten at blive genert og indadvendt, eller hvis overspisningen udvikler sig til en form for skamløshed, som er en strategi, der først og fremmest tjener som forsvar mod skammen for ikke at kunne mærke de andres foragt. Men den pris, der skal betales, er, at man mister de ord, som forløser oplevelsen af at være sammen med andre. For de tænker deres, når den overvægtige ses med en stor vaffel med

flødeis. Skammens onde spiral handler dermed om, at det ikke kan lade sig gøre at opdage skam og skamløshed uden på et vist plan selv at skamme sig, at føle sig skyldig og pinligt berørt. Det er derfor, overvægtige børns forældre lyver, og at drikfældige og rygere ikke vil være ved deres overforbrug. Og det er følgen af have et misbrug.

Alkoholikeren bliver set og hørt hos Anonyme Alkoholikere, hvor han/hun står ved sit misbrug. Skaden vil altid være der med risiko for at ”falde i igen. Men hvor går overspiseren hen og får støtte, hvis psykoterapi er udelukket? Vi befinder os i et samfund, hvor kontrol er i højsædet, men hvor det er tabu at være afhængig. Hvor mange venner tør stille overspiseren spørgsmålet, hvordan det er at have sukkersyge og ondt i leddene? Lægen spørger ikke overspiseren om, hvordan det føles at være ensom på grund af overvægt, men giver bolden videre til diætisten, der fokuserer på slankekure uden at løse de underliggende psykologiske problemer. Derfor mangler vi ekspertviden og samarbejde på tværs samt mere forskning på området, som det bl.a. har været tilfældet med spiseforstyrrelserne bulimi og anoreksi.

Jeg har i en årrække fungeret som rygestoprådgiver i Københavns kommune, som har postet mange millioner kroner i rygestopkurser. Mange er det lykkedes at holde op, og mange ryger fortsat. Hvorfor? Antagelig fordi man ikke fokuserer på de underliggende mekanismer.

Endelig vil jeg konkludere, at det at have med overspisere at gøre i terapi, er så komplekst, at man måske ikke er opmærksom på andre forstyrrelser hos mennesker med spiseforstyrrelser som f.eks. borderline, ADHD, OCD og Aspergers Syndrom, som kræver speciel støtte i sig selv.

## 8. Litteraturliste

- Beck, J.S. (2006)** ”Kognitiv terapi”. Teori, udøvelse og refleksion. København. Akademisk Forlag
- Bowlby, John (2001)** ”En sikker base”. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser.
- Fonagy, P. Gergely, G. Jurist, E. & Target, M. (2002)** ”Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self”. New York: Other Press
- Gross, K. (2007)** ”Emotion regulation: Past, present and future” Cognition and Emotion
- Hart, Susan (2011)** ”Dissociationsfænomener”. Hans Reitzels Forlag
- Ilfeldt, Annette (2005)** ”Fedmens psykologi” Munksgaards Forlag
- Kjellqvist, Else-Britt (1996)** ”Rødt og hvidt”. Om skam og skamløshed. Gyldendal.
- Lunn, Susanne, Rokkedal, Kristian og Rosenbaum, Bent (2011)** ”Fråds og faste” - spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel betydning. Dansk psykologisk Forlag
- Mortensen, Karen Vibeke (2006)** ”Fra neurose til relationsforstyrrelser”- Psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi, 2.udgave. Gyldendal
- Møhl, Bo (2006)** ”At skære smerten bort”- en bog om cutting og anden selvskadende adfærd.
- Norwood, Robin (2000)** ”Kvinder, der elsker for meget” Borgens Forlag.
- Rubæk, Lotte (2009)** Selvskadens psykologi, Dansk Psykologisk Forlag
- Skårderud, F. (1992)** ”Sultekunsterne”. Kultur, krop og kontrol”, Kbh. Tiderne Skifter
- Stern, Daniel (2000)** Spædbarnets interpersonelle univers. Hans Reitzels Forlag
- Stern, Daniel (1977)** De første seks måneder. Hans Reitzels Forlag
- Sundhedsstyrelsen (1997)** ”Spiseforstyrrelser”. Hvor stort er problemet, og hvordan kan man forebygge? København.
- Sundhedsstyrelsen (2005)** ”Spiseforstyrrelser” - anbefalinger for organisation og behandling, København
- Vedfelt, Ole (1996)** ”Bevidsthed”, Gyldendals Forlag, Kbh.
- Vedfelt, Ole (2002)** ”Ubevidst intelligens”, 2. udgave, 1 oplag. Gyldendal
- Vedfelt, Ole (2003)** ”Manden og hans indre kvinder”. Mand i alle livsaldre. Gyldendal. Kbh.
- Vedfelt, Ole (2007)** ”Drømmenes dimensioner”. Gyldendal
- WHO (1992)** The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for reseach. Genova: WHO
- www. Spiseforstyrrelser.net**