

”Nervøse spiseforstyrrelser og komorbiditet”

Specialeoppgave i Psykologi

Eivind Mølmen, CPR-nr: 080782-****

10. Semester Psykologi, KANUK

Aalborg Universitet

28. mai 2009

Oppgavens samlede antall tegn med mellomrom: 106.790

Tilsvarende følgende antall normalsider: 44,5

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMFOMULERING	2
1.2 BEGREPSAVKLARING	2
2.0 DISPOSISJON OG METODE.....	6
2.1 EMPRIAVSNITT	6
2.2 TEORIAVSNITT	7
2.3 DISKUSJONSAVSNITT.....	8
2.4 KONKLUSJONSAVSNITT	9
2.5 KRITIKKPUNKTER OG BEGRENSENINGER	9
3.0 EMPIRI.....	10
3.1 BLINDER, CUMELLA & SANTHARS KARTLEGGING	10
3.2 HUDSON, HIRIPI, POPE & KESSLERS UNDERSØKELSE.....	11
3.3 ANGSTLIDELSER – ANDRE UNDERSØKELSER	13
3.4 DEPRESSIVE LIDELSER – ANDRE UNDERSØKELSER	15
3.5 RUSMISBRUK – ANDRE UNDERSØKELSER	16
3.6 PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER	17
3.6.1 <i>Kristine Godt sin undersøkelse</i>	17
3.6.2 <i>Sansone, Levitt & Sansone sin samleundersøkelse</i>	18
3.6.3 <i>Delkonklusjon</i>	20
3.7 OPPSUMMERING	21
3.7.1 <i>Depressive lidelser</i>	21
3.7.2 <i>Angstlidelser</i>	21
3.7.3 <i>Rusmisbruk</i>	22
3.7.4 <i>Personlighetsforstyrrelser</i>	22
4.0 TEORI.....	23
4.1 BOWLBY'S TILKNYTNINGSTEORI	23
4.1.1 <i>Viktigheten av emosjonelle bånd og tilknytningens styringssystem</i>	24
4.1.2 <i>Foreldrenes innvirkning på barnets utvikling</i>	25

4.1.3	<i>Stier i personlighetsutviklingen</i>	29
4.2	MENTALISERING – ET NEURO-PSYKODYNAMISK PERSPEKTIV	30
4.2.1	<i>Genetisk grunnlag</i>	30
4.2.2	<i>Utviklingen av evnen til mentalisering, affektregulering og selvet</i>	31
4.2.3	<i>Mentaliseringsevnenes rolle i psykopatologi</i>	34
5.0	DISKUSJON	38
5.1	BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE OG BULIMIA NERVOSA	38
5.1.1	<i>Mentalisering, tilknytning og borderline personlighetsforstyrrelse</i>	38
5.1.2	<i>Mentalisering, tilknytning og bulimia nervosa</i>	40
5.1.3	<i>Delkonklusjon</i>	41
5.2	ANGSTLIDELSER OG NERVØSE SPISEFORSTYRRELSER.....	41
5.2.1	<i>OCD og nervøse spiseforstyrrelser</i>	41
5.2.2	<i>PTSD og bulimia nervosa</i>	42
5.3	DEPRESSIVE LIDELSER, RUSMISBRUK OG NERVØSE SPISEFORSTYRRELSER	43
5.3.1	<i>Depressive lidelser og nervøse spiseforstyrrelser</i>	44
5.3.2	<i>Rusmisbruk og nervøse spiseforstyrrelser</i>	44
5.4	OPPSUMMERING	46
6.0	KONKLUSJON	47
6.1	<i>Komorbide lidelser i forbindelse med nervøse spiseforstyrrelser</i>	47
6.2	<i>Teorigrunnlagets forklaringsmodell</i>	47
7.0	REFERANSELISTE	49

1.0 INNLEDNING

Komorbiditet er et utbredt problemområde i forhold til en rekke psykiske lidelser. Mest kjent er kanskje forholdet mellom rusmisbruk og psykiske lidelser, der en i Norge ser at omkring to av fem pasienter som er innlagt ved de akutte psykiatriske avdelingene har narkotika- eller alkoholproblemer, og rusproblematikk i sammenheng med psykiske sykdommer omtales som en av de største utfordringene det psykiatriske helsevesenet står ovenfor i dag. (Akerholt, 2006, pp. 222, 224f) Dog er ikke rusmisbruk alene om å opptre som tilleggsdiagnose, og ofte finner man at en person diagnostisert med én psykisk lidelse også oppfyller kriteriene for en eller flere andre. I forhold til behandlingen av psykiske lidelser åpner dette nødvendigvis for noen problemstillinger.

Samtidig ser man at spiseforstyrrelser blir stadig mer utbredt, ikke bare i hyppighet, men også i forhold til hvilke grupper som rammes. Stereotypen om tenåringsjentene som sulter seg for å bli modeller er ved å falle fra hverandre. Man ser at stadig yngre personer rammes, at flere gutter diagnostiseres, og man har fått et økt fokus på at personer også innenfor idrettsmiljøene er utsatt for lidelsene. Således representerer også spiseforstyrrelsene tydeligvis en økende utfordring for det psykiatriske helsevesenet.

Undersøkelser og erfaringer fra klinisk arbeid med spiseforstyrrelser viser videre at komorbiditet også er en aktuell problemstilling i forhold til disse lidelsene. Flere tekster og undersøkelser redegjør for forekomsten av komorbide lidelser i sammenheng med bulimia og anorexia nervosa. På sin side finnes det også en rekke forklaringsmodeller som belyser hvordan spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser oppstår. Denne oppgaven ønsker å holde problemstillingen komorbiditet og nervøse spiseforstyrrelser opp mot hverandre. Hvilke psykiske lidelser er det som hyppigst opptrer i forbindelse med anorexia og bulimia nervosa? Videre vil oppgaven undersøke om man i noen av de ulike forklaringsmodellene kan finne tråder som binder de nervøse spiseforstyrrelsene og de komorbide lidelsene sammen, og som kan gi mulige forklaringer på hvorfor disse lidelsene opptrer i sammenheng.

1.1 Problemformulering

- Hvilke komorbide psykiske lidelser finner man hyppigst hos personer med nervøse spiseforstyrrelser?
- Hvordan kan man, med grunnlag i utviklingspsykologisk teori, forklare at disse lidelsene opptrer i sammenheng med nervøse spiseforstyrrelser?

1.2 Begrepsavklaring

Anorexia nervosa:

DSM-IV (1994, 307.1) definerer lidelsen som:

“A. Refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).

B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.

D. In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration.)

Specify type:

Restricting Type: *during the current episode of Anorexia Nervosa, the person has not regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)*

Binge-Eating/Purging Type: *during the current episode of Anorexia Nervosa, the person has regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)”*

ICD-10 (2007, F50.0) har følgende definisjon:

”A disorder characterized by deliberate weight loss, induced and sustained by the patient. It occurs most commonly in adolescent girls and young women, but adolescent boys and young men may also be affected, as may children approaching puberty and older women up to the menopause. The disorder is associated with a specific psychopathology whereby a dread of fatness and flabbiness of body contour persists as an intrusive overvalued idea, and the patients impose a low weight threshold on

themselves. There is usually undernutrition of varying severity with secondary endocrine and metabolic changes and disturbances of bodily function. The symptoms include restricted dietary choice, excessive exercise, induced vomiting and purgation, and use of appetite suppressants and diuretics.”

Bulimia nervosa:

DSM-IV (1994, 307.51) har følgende definisjon på lidelsen:

“A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

(1) eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances

(2) a sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)

B. Recurrent inappropriate compensatory behavior in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, enemas, or other medications; fasting; or excessive exercise.

C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least twice a week for 3 months.

D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.

E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of Anorexia Nervosa.

Specify type:

Purging Type: *during the current episode of Bulimia Nervosa, the person has regularly engaged in self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas.*

Non-purging Type: *during the current episode of Bulimia Nervosa, the person has used other inappropriate compensatory behaviors, such as fasting or excessive exercise, but has not regularly engaged in self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas.”*

ICD-10 (ibid., F50.2) definerer lidelsen som:

“A syndrome characterized by repeated bouts of overeating and an excessive preoccupation with the control of body weight, leading to a pattern of overeating followed by vomiting or use of purgatives. This disorder shares many psychological features

with anorexia nervosa, including an over-concern with body shape and weight. Repeated vomiting is likely to give rise to disturbances of body electrolytes and physical complications. There is often, but not always, a history of an earlier episode of anorexia nervosa, the interval ranging from a few months to several years.”

Borderline personlighetsforstyrrelse:

DSM-IV (1994, 301.83) definerer lidelsen som:

“A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

(1) frantic efforts to avoid real or imagined abandonment.

(2) a pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation.

(3) identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self.

(4) impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, Substance Abuse, reckless driving, binge eating).

(5) recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior.

(6) affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days).

(7) chronic feelings of emptiness.

(8) inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights).

(9) transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms.”

Dobbeltdiagnose: Samtidig forekomst av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk/avhengighet (Dobbeltdiagnose.no, 2009; Sykehuset-Innlandet.no, 2006). Se avsnitt 5.4.

Komorbiditet: Samtidig forekomst av flere lidelser eller syndromer av ulik alvorlighetsgrad hos samme person (Lier, et al., 1999, p. 208).

Nervøse spiseforstyrrelser: Benyttes i denne oppgaven som en samlebetegnelse for lidelsene *anorexia nervosa* og *bulimia nervosa*.

2.0 DISPOSISJON OG METODE

Følgende avsnitt redegjør og argumenterer for metoden som er valgt benyttet i de ulike delene av denne oppgaven. Dog skal det kort nevnes at oppgavens oppbygning, med empiriavsnittet først etterfulgt av det teoretiske avsnittet og deretter diskusjonsdelen, er valgt benyttet for å følge rekkefølgen i oppgavens problemformulering og dermed skape oversikt. Dette bryter muligens med det noe mer tradisjonelle oppsettet, der empirien følger teoridelen, men i denne oppgaven benyttes teorien for å søke å forklare funnene fra undersøkelsene, fremfor at undersøkelsene underbygger de teoretiske modellene som er benyttet.

2.1 Empriavsnitt

Som en del i å besvare denne oppgavens problemformulering er det nødvendig å skaffe informasjon omkring hvilke psykiske lidelser man hyppigst ser i kombinasjon med de nervøse spiseforstyrrelsene. Flere metoder for å komme frem til dette ble vurdert, hvorav den ene var å ta utgangspunkt i den store mengden faglitteratur som eksisterer på dette området. En rekke bøker som omhandler spiseforstyrrelser har også avsnitt som tar for seg komorbide lidelser. Dog syntes dette som noe utilstrekkelig ettersom bøkene i stor grad kun refererer til undersøkelser uten å presentere hvilke metoder man benytter for å komme frem til funnene, hvilket må sies å være sentralt når man kartlegger komorbiditet. Metoden som ble valgt benyttet var dermed å søke frem empiriske undersøkelser på egenhånd for dermed å ha tilgang til hvilke metoder som ble benyttet i undersøkelsene. Samtidig gir dette en mulighet til å sammenlikne de funnene undersøkelsene presenterte med de tallene som opplyses i faglitteraturen.

Måten undersøkelsene ble funnet på var å foreta et søk på APA PsychNET sine sider etter spiseforstyrrelser og komorbiditet. Dette søket førte til en liste over en lang rekke lidelser man kan finne i kombinasjon med spiseforstyrrelser. Man kan dog ikke gå ut fra den antagelsen at en hver psykisk lidelse som kan påvises i sammenheng med en spiseforstyrrelse medfører at personer diagnostisert med spiseforstyrrelser er mer utsatt for å utvikle denne lidelsen. For eksempel peker undersøkelser på at mellom 1-3% av anoreksipasienter har symptomer på schizofreni eller andre psykotiske lidelser (Blinder, et al., 2006, pp. 459f; Hudson, Pope & Jonas, 1984, pp. 420-423; Joos & Steinert, 1997, pp. 417-420). Forekomsten av schizofreni i normalbefolkningen er 1-

2% (Kringlen, 1997, p. 262; Nolen-Hoeksema, 2004, p. 355; Skårderud, 1994, p. 46), og man kan således ikke trekke noen konklusjon om at personer med anorexia nervosa er mer utsatt for å utvikle denne lidelsen enn resten av befolkningen¹. Tallene fra undersøkelsene er dermed holdt opp i mot tall fra normalbefolkningen for å undersøke hvorvidt forekomsten av de aktuelle psykiske lidelsene i særlig grad er hyppigere hos personer med spiseforstyrrelser. Til å avgjøre dette er hovedsakelig Kringlen, Torgersen & Cramer (2001) sin kartlegging av psykisk sykdom i Oslos befolkning benyttet, i tillegg til tall fra bøkene *Psykiatri* av Kringlen (1997) og *Abnormal Psychology* av Nolen-Hoeksema (2004). Det var i utgangspunktet tenkt å supplere med tall fra Danmark fremfor å benytte tall fra litteratur, men det lyktes ikke oppgaveskriver å finne noen danske undersøkelser tilsvarende den av Kringlen, Torgersen & Cramer.

Det skal her til slutt bemerkes at det også eksiterer flere kliniske fenomener som opptrer i sammenheng med nervøse spiseforstyrrelser som ikke er tatt med i denne oppgaven. Fremst blant disse er *selvskading* som flere undersøkelser peker på at opptrer i forbindelse med spiseforstyrrelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2009; Svirko & Hawton, 2007). Det er dog valgt å utelukke dette i denne oppgaven da det i diagnosesystemene ikke er betegnet som en særskilt psykisk lidelse.

2.2 Teoriavsnitt

Som nevnt tidligere er det, i henhold til denne oppgavens problemformulering, valgt å presentere noen teorier om personlighetens utvikling hos mennesket som mulig kan belyse funnene fra empiriavsnittet. Flere teoretiske tilganger har vært vurdert, herunder humanistisk psykologiske teorier, flere kognisjonspsykologiske teorier, samt flere ulike teorier fra den psykodynamiske tradisjonen. Som utgangspunkt har det vært ønskelig å trekke frem teoretiske tilganger som mulig ikke kun begrenser seg til en psykologisk tradisjon. I denne forbindelse er den neuro-psykodynamiske teorien om *mentalisering* trukket frem i flere sammenhenger som en mulig brobygger mellom både den psykodynamiske og kognisjonspsykologiske tradisjonene, samt mellom psykologien og neurovitenskapene (Bateman, et al., 2007, pp. 51f; Fonagy, 2008; Skårderud & Sommerfeldt, 2008, p. 1066).

¹ Det skal dog bemerkes at samtlige av undersøkelsene over fant en forskjell mellom personer med anorexia og bulimia nervosa, der forekomsten av psykotiske symptomer var høyere blant anoreksipasientene.

Utvalget av teorigrunnet reflekterer også oppgaveskriverens teoretiske standpunkt og interesseområde. Utviklingspsykologi, særlig med henblikk på hvilken betydning tidlig tilknytning har for utviklingen av både personligheten generelt, men også med fokus på den neurobiologiske utviklingen, samt dannelsen av grunnlag for senere psykopatologi, har vært et interesseområde i løpet av utdannelsen. Her ser man igjen at teorien om mentalisering forsøker å trekke disse områdene sammen i én teoretisk forklaringsmodell. Sentralt i denne teorien står også John Bowlbys *tilknytningsteori* som fokuserer på tidlig tilknytning, men også introduserer et neurobiologisk aspekt i sin teori. Tilknytningsteorien blir også trukket frem som en forklaringsmodell som, på tross av sine klare røtter i den psykodynamiske tradisjonen, også appellerer til andre tradisjoner innenfor psykologien. Mørch & Rosenberg (2005, pp. 198f) ser blant annet klare sammenhenger mellom Bowlbys tilknytningsmønstre og arbeidsmodeller, og Aron T. Beck sine *skemata* fra den kognitive psykologien. Som grunnlag for denne teorien ligger også den holdningen at mennesket fødes latent som et sosialt anlagt vesen, men at den sosiale utviklingen er avhengig av samspillet med miljøet rundt barnet – en oppfattelse som deles av oppgaveskriver. Det faller dermed naturlig å presentere tilknytningsteorien i sammenheng med dens moderne arvtaker mentaliseringsteorien.

Mens Bowlbys tilknytningsteori er en relativt kortfattet teoretisk modell, er mentaliseringsteorien langt mer omfattende. Teorien inkluderer, som nevnt, både utviklingspsykologiske, neuropsykologiske og kliniske aspekter og disse aspektene er alle integrert i en felles forklaringsmodell. Følgelig ligger det en utfordring i å fremstille en kortfattet gjennomgang av teorien og å skille ut de delene av denne teorien som er relevante for å belyse oppgavens problemformulering, samtidig som ikke teorien i for stor grad reduseres slik at forklaringsmodellene blir uklare. Dette er søkt oppnådd i teoriavsnittet ved hovedsakelig å vektlegge mentaliseringsteoriens beskrivelse av hvordan personligheten utvikles, og følgelig da også hvordan psykopatologi oppstår.

2.3 Diskusjonsavsnitt

I oppgavens diskusjonsdel forsøkes det å besvare oppgavens problemformulering på bakgrunn av de to foregående avsnittene. Da avsnittet omkring sammenhengen mellom nervøse spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser ses som det mest omfattende, er dette valgt å legge først for å skape oversikt. Deretter diskuteres de resterende lidelsene.

2.4 Konklusjonsavsnitt

I oppgavens konklusjonsavsnitt trekkes funnene fra denne oppgaven sammen og oppgaven konkluderes i henhold til problemformuleringen.

2.5 Kritikkpunkter og begrensninger

Denne oppgaven har, med bakgrunn i problemformuleringens avgrensning, valgt å knytte forekomsten av spesifikke psykiske lidelser opp mot andre spesifikke psykiske lidelser. Herunder kommer oppgaven til å berøre et av de sentrale problemene innenfor området psykisk lidelse – klassifisering og diagnostisering. Bruken av diagnoser for psykisk lidelse er, mildt sagt, omdiskutert. Mange hevder at det er en uheldig måte hvorpå personer og deres karakteristika oppdeles og samles i båser, således at det individuelle og unike ved den enkelte går tapt. I forhold til psykisk lidelse er dette poenget sentralt, da pasientens egen, subjektive opplevelse av lidelsen må være mer sentral for behandlingen enn den objektive, kategoriserende beskrivelsen man får gjennom diagnosesystemene.

Det skal også nevnes at det trolig ligger langt flere aspekter til grunn for utviklingen av spiseforstyrrelser enn det denne oppgaven dekker over. Kulturelle aspekter, kjønnsmessige forskjeller og neurobiologiske og genetiske overveielser spiller også trolig en rolle i denne utviklingen. Denne oppgaven representerer belyser således kun deler av aspektene i hvordan spiseforstyrrelser og komorbide lidelser henger sammen.

Til oversettelse av engelske ord og uttrykk er *Psykologisk leksikon* av Henry Egidius (2001) benyttet.

3.0 EMPIRI

For å kunne besvare denne oppgavens problemformulering, vil det i det følgende avsnittet presenteres flere undersøkelser som ser på forekomsten av andre psykiske lidelser i sammenheng med nervøse spiseforstyrrelser. Som beskrevet i problemformuleringen er fokuset for denne oppgaven forekomsten av komorbide *psykiske* lidelse. Dog er det her viktig å bemerke at det i forbindelse med spiseforstyrrelser, naturlig nok, også eksiterer en rekke somatiske problemstillinger. Mange av disse er en direkte eller indirekte konsekvens av spiseforstyrrelsen, for eksempel vekttap eller vektøkning, forstyrrelse av hjerterytme, hormonproduksjonen og fordøyelse, dårlig tannhelse, o.s.v. (Frostad, 2004, pp. 2121f; Skårderud, 1997, pp. 83-93). Andre problemstillinger ligger mer i en gråson mellom det psykiske og det somatiske, for eksempel ved at man hos en del personer med spiseforstyrrelser finner et nedsatt kognitivt funksjonsnivå innenfor visse områder (Mathias & Kent, 1998, pp. 557-559), trolig som en følge av den belastningen en spiseforstyrrelse påfører nervesystemet blant annet ved forstyrrelse av væske- og elektrolyttbalansen (Skårderud, 1997, pp. 86-88). I arbeidet med behandlingen av spiseforstyrrelser har man således både psykiske og somatiske aspekter å ta hensyn til.

Det finnes en rekke undersøkelser som tar for seg forholdet mellom spiseforstyrrelser og komorbide psykiske lidelser. Som nevnt i avsnitt 2.1 ligger det en prosess bak utvelgelsen av de undersøkelsene som presenteres her, således at lidelsene som er påvist i disse forekommer i høyere grad hos personer med nervøse spiseforstyrrelser enn hos resten av befolkningen. I første omgang er det valgt å presentere to større undersøkelser som ser på komorbide DSM-IV Akse I lidelser i forbindelse med spiseforstyrrelser, og disse er videre supplert med flere mer spesifikke undersøkelser.

3.1 Blinder, Cumella & Santharas kartlegging

Blinder, Cumella & Santhara (2006) kartla i en større undersøkelse sammenhengen mellom anorexia og bulimia nervosa, og 27 psykiske lidelser fra Akse I i DSM-IV klassifiseringssystemet. Undersøkelsen kartla disse lidelsene på bakgrunn av informasjon innhentet fra 2.436 kvinnelige pasienter som deltok i behandlingsprogrammet *The Remuda Ranch Programme* i USA mellom 1. januar 1995 og 31. desember 2000. Undersøkelsen avdekket komorbide lidelser som var *point-prevalent*, det vil si at undersøkelsespersonene utviste symptomer på lidelsene på det aktuelle tidspunktet

undersøkelsen ble utført, og man sjekket således ikke for tidligere sykdomsforløp. Samtlige av kvinnene oppfylte diagnosekriteriene for en primær spiseforstyrrelse, hvorav 520 hadde Anorexia nervosa, restriktiv type (ANR); 436 hadde Anorexia nervosa, bulimisk type (ANB); og 882 hadde Bulimia nervosa (BN). De resterende 598 hadde en ikke-spesifisert spiseforstyrrelse. Alderen på kvinnene var i snitt 23,4 år og de hadde utviklet spiseforstyrrelsen i snitt ved 15,5 års alder. Deres helsetilstand ble kartlagt av helsepersonell ved hjelp av en rekke ulike undersøkelsesredskaper, herunder *Beck Depression Inventory*, *Beck Anxiety Inventory*, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive* og *Structured Clinical Interview for DSM-IV Screen Patient Questionnaire-Extended*, for å nevne noen. (Ibid., pp. 454-456)

Undersøkelsen fant depressive lidelser utgjorde de hyppigst forekommende komorbide lidelsene (94%) blant undersøkelsespersonene, hvorav unipolare depressive tilstander utgjorde de langt fleste tilfellene (92%). Disse var igjen fordelt omtrent likt på *alvorlig depressiv lidelse* (46%) og *uspesifisert depressiv lidelse* (50%). Forekomsten av disse tilstandene var temmelig jevnt fordelt på de ulike typene spiseforstyrrelse personene var diagnostisert med, der ANR hadde 40%, ANB hadde 50% og BN hadde 46% forekomst av alvorlig depressiv lidelse, mens tallene var henholdsvis 58%, 51% og 48% for uspesifisert depressiv lidelse. (Ibid., pp. 456-458)

Videre fant undersøkelsen at forskjellige angsttilstander forekom hyppig (56%) blant forsøkspersonene. 22% kvalifiserte for *obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)*, med 29% forekomst blant ANR-gruppen, 28% blant ANB, og 16% blant BN-gruppen. *Post-traumatisk stresslidelse (PTSD)* forekom blant 10% av ANR-gruppen, 25% av ANB-gruppen og 23% av BN-gruppen. For *uspesifisert angstlidelse* utgjorde tallene 20% for ANR- og BN-gruppen, og 15% for ANB. (Ibid.)

Den siste gruppen som utmerket seg var forekomsten av rusmisbruk og avhengighet. Her var det også stor variasjon mellom de ulike gruppene. 14% av ANB-gruppen og 26% av BN-gruppen kvalifiserte for en rusproblematikk (inkludert både alkohol og medikamenter), mens tallet kun var 5% for ANR-gruppen. (Ibid.)

3.2 Hudson, Hiripi, Pope & Kesslers undersøkelse

Hudson, et al. (2006) gjennomførte en undersøkelse i USA blant 2.980 menn (1.220) og kvinner (1.760) fra 18 år og oppover. Formålet var i første rekke å kartlegge antallet personer som oppfylte kriteriene for en spiseforstyrrelse, herunder både anorexia

og bulimia nervosa, samt ulike former for overspisning², og i hvilken alder disse lidelsene hadde manifestert seg. Derutover søkte de å kartlegge komorbide psykiske lidelser ved de ulike formene for spiseforstyrrelser, samt graden av uførhet hos de ulike gruppene. Et aspekt ved denne undersøkelsen som skiller seg ut fra undersøkelsen i forrige avsnitt (3.1) var at Hudson, et al. undersøkte forekomsten av spiseforstyrrelser blant en gruppe mennesker hvor forekomsten av andre psykiske lidelser allerede var kartlagt ved tidligere undersøkelser. Man utførte således undersøkelsen blant en gruppe som bestod av et representativt antall fra hver diagnose, samt en andel som ikke oppfylte kriteriene for noen diagnose. (Ibid., pp. 348f)

World Health Organization Composite International Diagnostic Interview ble benyttet for å kartlegge forekomsten av spiseforstyrrelsene og de komorbide tilstandene. Disse ble klassifisert ut fra DSM-IV (ibid.).

Undersøkelsen fant at 0,9% av kvinnene og 0,3% av mennene på et tidspunkt i livet hadde oppfylt kriteriene for anorexia nervosa, og at 1,5% av kvinnene og 0,5% av mennene hadde oppfylt kriteriene for bulimia nervosa (ibid., p. 350). Dette stemmer godt overens med tall fra andre kilder (Kringlen, 1997, p. 187; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001, p. 1094; Nolen-Hoeksema, 2004, pp. 518, 522f; Skårderud, 1994, p. 72). Videre fant de at 56,2% av anorektikerne og 94,5% av bulimikerne oppfylte kriteriene for én eller flere diagnoser fra DSM-IV (Hudson, et al., 2006, pp. 352-354). Det er verdt å bemerke seg at denne undersøkelsen ikke skiller mellom underkategoriene av de nervøse spiseforstyrrelsene.

Tallene for depressive lidelser korresponderer i stor grad med tallene som ble funnet i undersøkelsen presentert i forrige avsnitt (3.1). 39,1% av personene med anorexia nervosa og 50,1% av personene med bulimia nervosa oppfylte kriteriene for *alvorlig depressiv lidelse*. 42,1% av anorektikerne hadde en *uspesifisert depressiv lidelse*, mens tallet var 70,7% for bulimikerne. (Ibid., p. 354)

Et interessant aspekt ved denne undersøkelsen er at man ikke fant noen sammenhengen mellom *OCD* og anorexia nervosa (ibid.), mens man i en rekke andre undersøkelser ser en stor komorbiditet mellom disse lidelsene (Blinder, Cumella & Santha-

² *Binge eating disorder* og *subthreshold binge eating disorder*.
Subthreshold binge eating disorder

ra, 2006, pp. 456-458; Kaye, et al., 2004, p. 2217). Her er ligger også et av de større ankepunktene i forbindelse med denne undersøkelsen, da den ikke forsøker å forklare dette avviket på noen måte. Undersøkelsens hovedformål er riktignok ikke å avdekke komorbiditet alene, men det synes dog merkelig at et slikt oppsiktsvekkende resultat ikke kommenteres.

Andelen personer med både bulimia nervosa og OCD var på sin side 17,4%. For PTSD var tallene henholdsvis 12,6% for anorektikerne og 45,4% for bulimikerne. I motsetning til undersøkelsen i 3.1 fant Hudson, et al. (2006, p. 354) også forholdsvis høye tall for forekomsten av *sosialfobi* (24,8% for AN og 41,3% for BN). Dette tallet skiller seg i stor grad ut fra normalbefolkningen der tallet ligger på mellom 8-13% (Kringlen, 1997, p. 147; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001, p. 1094; Nolen-Hoeksema, 2004, p. 190).

Hudson, et al. (2006, p. 354) fant også en forholdsvis høy forekomst av rusmisbruk forbundet med nervøse spiseforstyrrelser. For AN var tallet 24,5% for alkoholavhengighet eller misbruk, mens for BN var det 33,7%. For andre rusmidler var tallene henholdsvis 17,7% for AN og 26% for BN. (Hudson, et al., 2004, p. 354) Dette avviker en del fra undersøkelsen i 3.1, der i snitt kun 9,5% av anorektikerne rapporterte rusmisbruk. Tallene for bulimikerne stemmer dog relativt godt overens.

3.3 Angstlidelser – andre undersøkelser

Undersøkelsene som er blitt presentert i avsnittene 3.1 og 3.2 undersøker et bredt spekter av komorbide DSM-IV Akse I lidelser opp mot spiseforstyrrelser. En fordel med slike undersøkelser er at de gir et oversiktsbilde over hvilke komorbide psykiske lidelser som hyppigst opptrer i sammenheng med de nervøse spiseforstyrrelsene. En ulempe er dog at de er nødt til å ta utgangspunkt i en meget stor mengde data produsert av andre forskere gjennom andre studier for å danne basis for deres egne undersøkelsesgrupper. Blinder, et al. (2006) sin undersøkelse tok for eksempel utgangspunkt i informasjon som var innhentet av en rekke forskjellige helsearbeidere med ulike utdannelser. Således hadde de liten mulighet for direkte å kunne kvalitetssikre disse informasjonene. Dette representerer en mulig feilkilde.

Man ser da også at både undersøkelsen fra avsnitt 3.1 og 3.2 har noen resultater som avviker både fra tall som presenteres i litteraturen om spiseforstyrrelser og tall som man finner i mer spesifikke undersøkelser som ser på sammenhengen mellom en-

keltdiagnoser eller grupper av diagnoser, og spiseforstyrrelser. Undersøkelser om *generell angstlidelse (GAD)* faller blant annet inn under denne kategorien. Det skal riktignok, som Pallister & Waller (2008, p. 369) bemerker, sies at man finner svært ujevne resultater for i hvor stor grad GAD er komorbid med spiseforstyrrelser, men faktum er allikevel at GAD *generelt* ser ut til å være overrepresentert blant personer med spiseforstyrrelser (ibid.), selv om det også er undersøkelser som ikke avdekker noen overrepresentasjon (Blinder, Cumella & Santhara, 2006, pp. 456-458. Dog ser det ut til at andelen av personer med anorexia nervosa er noe høyere for GAD kontra bulimia nervosa. Kaye, et al. (2004, p. 2217) sin undersøkelse viser for eksempel at 13% av kvinnene med anorexia nervosa kvalifiserte til diagnosen GAD, mot 6% av den kvinnelige normalbefolkningen (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001, p. 1094). Forskjellen i forekomsten mellom kvinner med bulimia nervosa og GAD var derimot på kun 2% (Kaye, et al., 2004, p. 2217; ibid.). Pallister & Waller, (2008, p. 369) beskriver også dette, men konkluderer dog med at tallene er for usikre til å kunne trekke noen endelige konklusjoner.

Trenden fra undersøkelsene omkring GAD går også igjen i flere av de andre angstlidelsene, herunder *sosialfobi*³ og *agorafobi*. Tallene peker på at det generelt ser ut til at forekomsten av disse lidelsene er høyere hos personer med spiseforstyrrelser, men tallene varierer i stor grad mellom de enkelte undersøkelsene. For sosialfobi ser dessuten bulimikere til å generelt være en del høyere representert enn anorektikere. (Blinder, Cumella & Santhara, 2006, pp. 456-458; Hudson, et al., 2006, p. 354; Kaye, et al., 2004, p. 2217; Pallister & Waller, 2008, pp. 368-372; Swinbourne & Touyz, 2007, pp. 267-269)

Tallene for *OCD* ser derimot ut til å være noe klarere. Tallene for OCD ligger på mellom 25-30% for personer med anorexia nervosa i de ulike undersøkelsene (ibid.). Det skal i denne sammenhengen nevnes at OCD som komorbid lidelse til anorexia nervosa fremstår som et av de mest utbredte forskningsemnene på dette området, da det finnes et stort antall undersøkelser som belyser denne problematikken. Ved en rask gjennomgang av flere av disse undersøkelsene var 16,8% den laveste forekomsten av OCD hos personer med anorexia nervosa som ble funnet (Salbach-Andrae, et al., 2008, p. 269).

³ Forskjellen i tallene fra undersøkelsen til Blinder, Cumella & Santhar og Hudson, et al. er et glimrende eksempel på dette.

Pallister & Wallander (2008, pp. 371f) presenterer på sin side funn fra flere undersøkelser som peker på at mellom 15-17% av personer med bulimia nervosa oppfyller kriteriene for OCD. Dog konkluderer de med at undersøkelsesgruppen i disse studiene var for små til at man kan trekke endelige konklusjoner. Disse tallene ser dog ut til å svare godt overens med tallene fra de andre undersøkelsene som er presentert i denne oppgaven, der tallene ligger på mellom 16-17,4% (se avsnitt 3.1 og 3.2).

For *PTSD* er trenden tydelig at personer med bulimia nervosa langt hyppigere har en slik komorbid diagnose sammenlignet med personer med anorexia nervosa (Brewerton, 2007, pp. 285-239; Kaye, et al. 2004, p. 2217). Dette vises også i undersøkelsen presentert i avsnitt 3.2. Undersøkelsen i avsnitt 3.1 avviker derimot noe, der tallene er omtrent like høye for anorexia nervosa, bulimisk type (25%) og bulimia nervosa (23%). Med henblikk på at det ser ut til å være en forskjell mellom underkategoriene av anorexia nervosa, kunne det vært av stor interesse å se hvordan fordelingen mellom de to underkategoriene av bulimia nervosa forholder seg til hverandre, men dessverre ser denne undersøkelsen de to underkategoriene av bulimia nervosa under ett. Et annet problem ved forekomsten av *PTSD* er at det ikke er lyktes å oppdrive tall for forekomsten blant normalbefolkningen, som en følge av at *PTSD* hovedsakelig utvikles som en følge av en traumatisk opplevelse. Studier av forekomsten av *PTSD* sentrerer dermed rundt andelen av personer som har vært innblandet i ulike traumatiske opplevelser som utvikler denne lidelsen. Dog synes det lite sannsynlig at 13-25% av normalbefolkningen utvikler denne lidelsen.

3.4 Depressive lidelser – andre undersøkelser

Depressive lidelser er de som hyppigst forekommer i forbindelse med nervøse spiseforstyrrelser. Tallene varierer også her noe mellom ulike undersøkelser, hvilket også kan ses i undersøkelsene presentert i denne oppgavens avsnitt 3.1 og 3.2. Hudson, et al. (2006, pp. 456-458) fant at 70,7% av personene med bulimia nervosa hadde en komorbid uspesifisert depressiv lidelse. Satt opp i mot undersøkelse i 3.1, samt en undersøkelse utført av Santos, Richards & Bleckley (2007) synes dette tallet noe høyt. Santos, Richards & Bleckley fant at 53% av kvinner og 50% av menn med symptomer på en spiseforstyrrelse også utviste symptomer på en depressiv lidelse (ibid., p. 443). Selv om det i denne undersøkelsen ble fokusert på symptomer, og ikke ble differensiert mellom anorexia og bulimia nervosa, og heller ikke mellom alvorlig og uspesifisert depressiv lidelse, så korrelerer disse tallene i langt høyre grad

med tallene fra undersøkelsen i 3.1. Forekomsten av både alvorlig og uspesifisert depressiv lidelse lå her på mellom 40%-58% uten større avvik mellom de ulike type- ne spiseforstyrrelser. Dette støttes ytterligere oppunder av Perez, et al. (2004, p. 58) som fant at 58% av bulimikere lider av en alvorlig depressiv lidelse i tillegg.

I forbindelse med depressive lidelser skal det nevnes at man også ser tendenser til at bipolare depressive lidelser også opptrer komorbidt med spiseforstyrrelser. Dette fremheves for eksempel i en samleundersøkelse gjennomført av McElroy, Kotwal & Keck Jr. (2006, pp. 687-690). Dog er nok en gang tallene uklare, da hyppigheten av bipolare lidelser i sammenheng med spiseforstyrrelser varierer både mellom under- søkelsene som presenteres i denne oppgaven, men også i de ulike undersøkelsene McElroy, Kotwal & Keck Jr. gjennomgikk i sitt studie.

3.5 Rusmisbruk – andre undersøkelser

Rusmisbruk fremstår som de siste DSM-IV Akse I-lidelsene som er hyppigst fore- kommende blant personer med nervøse spiseforstyrrelser. Som nevnt i avsnitt 3.2 er det noe avvikende tall mellom undersøkelsene fra avsnitt 3.1 og 3.2 på dette punktet. Det er dog vanskelig å forklare denne forskjellen da undersøkelsen i 3.1 skiller mel- lom de to underkategoriene av anorexia nervosa, mens undersøkelsen i 3.2 ikke gjør dette. Med andre ord kan resultatet for eksempel komme av at andelen av personer med anorexia nervosa, bulimisk type er høyere i Hudson, et al. sin undersøkelse, uten at dette kan leses ut av undersøkelsen. Det kan dog være en hypotese ettersom under- søkelsen i 3.1 viser at andelen av anorektikere med bulimisk type av denne lidelsen har en høyere forekomst av rusproblemer enn ved anorexia nervosa, restriktiv type. Man kan dog konkludere at bulimikerne har høyest forekomst av rusproblemer ut i fra begge undersøkelsene.

Dette bekreftes også av Conason, Klomek & Sher (2006, pp. 335-339) som har gjen- nomgått data fra flere undersøkelser omkring rusproblemer i sammenheng med ner- vøse spiseforstyrrelser. Omkring 20% av de kvinnelige bulimikerne rapporterte å være eller ha vært avhengig av alkohol, mens over 40% rapporterte å misbruke alko- hol. I Norge er forekomsten blant den kvinnelige delen av normalbefolkningen hen- holdsvis 5,2% for avhengighet og 9,1% for misbruk (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001, p. 1094). Conanson, Klomek & Sher (2006, pp. 335-339) hevder også at fore- komsten av misbruk av andre rusmidler som cannabis, hasjisj og marihuana også er

høyere blant bulimikere. Dette lar seg dog vanskelig sammenlikne da de: 1) for det første ikke presenterer egne tall for disse rusmidlene, men i sammenheng med blant annet tobakk, og: 2) undersøkelsene i avsnittene 3.1 og 3.2 ikke opplyser hva ”andre rusmidler” innebefatter, utover at det ekskluderer alkohol.

3.6 Personlighetsforstyrrelser

Undersøkelsene som er blitt presentert til nå undersøkte sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og Akse I-lidelser fra DSM-IV diagnosesystemet. Andre undersøkelser har igjen sett nærmere på sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser, altså lidelser fra DSM-IV Akse II.

For personlighetsforstyrrelser har de ikke lyktes å finne undersøkelser som beskriver forekomsten blant normalbefolkningen, verken den danske eller den norske. Oppgaven har derfor tatt utgangspunkt i tallene som presenteres i Nolen-Hoeksema (2004). Det skal dog bemerkes at dette er en amerikansk lærebok som dermed hovedsakelig henviser til tall fra amerikanske studier.

3.6.1 Kristine Godt sin undersøkelse

Kristine Godt (2008) utførte en undersøkelse blant 454 pasienter diagnostisert med ulike former for spiseforstyrrelser ved Center for Spiseforstyrrelser ved Århus Universitetshospital. Gjennomsnittsalderen var 23.8 år. Kjønnfordelingen er dog ikke spesifisert og det beskrives heller ikke hvorvidt undersøkelsen inkluderer begge kjønn. 23,5% oppfylte kriteriene for anorexia nervosa, hvorav 10,8% hadde restriktiv og 14,5% hadde bulimisk type. 42,8% oppfylte kriteriene for bulimia nervosa, hvorav 38,9% var *purging* og 3,9% var *non-purging* type. De resterende 31,9% hadde ulike former for andre spiseforstyrrelser. (Ibid., p. 95)

Diagnoser på personlighetsforstyrrelser i henholdt til DSM-III-R og DSM-IV ble avdekket ved hjelp av et strukturert intervju (SCID II). (Ibid.)

Undersøkelsen avdekket at 29,5% av deltakerne kvalifiserte til minste én personlighetsforstyrrelse, og andelen var større blant personene med bulimia nervosa (71,6%) enn blant anorektikerne (42,2%). Dobbelt så mange med anorexia nervosa, bulimisk type kvalifiserte til en personlighetsforstyrrelse enn ved restriktiv type. Blant de anorektiske lidelsene er *unnvikende personlighetsforstyrrelse* den mest vanlige (17,4%),

mens blant bulimikerne er *borderline personlighetsforstyrrelse* (15,6%) og *unnvikende personlighetsforstyrrelse* (27%) de hyppigst forekommende. (Ibid., pp. 96f)

Godt hevder på sin side at undersøkelsen hennes viser at forekomsten av komorbide personlighetsforstyrrelser ved spiseforstyrrelser er lavere enn tidligere antatt. Hun viser blant annet til at tidligere undersøkelser hevder å finne en sammenheng mellom *obsessiv-kompulsiv personlighetsforstyrrelse*, hvilket hennes undersøkelse ikke avdekker. I forhold til komorbide personlighetsforstyrrelser konkluderer hun kun at *borderline personlighetsforstyrrelse* opptrer hyppigere hos personer med bulimia nervosa. (Ibid.) Forekomsten av denne personlighetsforstyrrelsen er mellom 1-2% hos resten av befolkningen, i følge Nolen-Hoeksema (2004, p. 416). Skal man dog følge tallene Nolen-Hoeksema (ibid., p. 242) oppgir for forekomsten av unnvikende personlighetsforstyrrelse, 1-7%, synes det merkelig at Godt ikke velger å også konkludere at denne personlighetsforstyrrelsen er mer utbredt blant personer med nervøse spiseforstyrrelser.

Det skal dog nevnes at Godt (2008, pp. 97f) understreker at hennes undersøkelse tar utgangspunkt i en gruppe personer som er innlemmet i behandlingssystemet, og benevner dette som en mulig feilkilde i forhold til forekomsten blant personer utenfor behandlingssystemet. Dette er ikke utenkelig ettersom man kan argumentere for at det er større sannsynlighet for at en person med en spiseforstyrrelse og en komorbid personlighetsforstyrrelse er dårligere fungerende enn en person med kun en spiseforstyrrelse, og at andelen av personer med en komorbid personlighetsforstyrrelse således kan være større innen behandlingsvesenet enn blant normalbefolkningen.

3.6.2 Sansone, Levitt & Sansone sin samleundersøkelse

Sansone, Levitt & Sansone (2005, p. 7) skriver i introduksjonen til sin artikkel at: *"The genuine prevalence of personality disorders among those with eating disorders is unknown."* De refererer med dette til at det finnes en stor mengde undersøkelser som utforsker forholdet mellom disse lidelsene, men at resultatene er svært varierende og tvetydige. Sansone, Levitt & Sansone (ibid., pp. 8f) har i sin undersøkelse gjennomgått metodikken og resultatene fra en rekke ulike studier omkring spiseforstyrrelser og komorbide lidelser, og forsøkt å forene disse for således å søke å komme til noen endelige konklusjoner. Studiene ble søkt frem fra databasene PubMed og

PsycINFO. Deretter ble det foretatt en ekskluderingsprosess hvor studier som omfattet de følgende punktene ble forkastet:

- 1) Alle studier for bulimia og anorexia nervosa med kun mannlige deltakere.
- 2) Undersøkelser som ikke eksplisitt identifiserte DSM-IV personlighetsforstyrrelser ble forkastet.
- 3) Undersøkelser som ikke differensierte mellom de ulike spiseforstyrrelsene og deres underkategorier.
- 4) Undersøkelser som rapporterte resultatene via poeng på personlighetsskalaer, fremfor i form av en Akse II diagnose.
- 5) Undersøkelser som kun var tilgjengelige på fremmedspråk⁴.
- 6) Alle studier som kun opererte med klyngebetegnelsene for personlighetsforstyrrelser i DSM-IV, fremfor spesifikke diagnoser.

Undersøkelsen fant at for anorexia nervosa var *obsessiv-kompulsiv personlighetsforstyrrelse* den mest vanlige (22%), tett etterfulgt av *unnnvikende personlighetsforstyrrelse* (19%). 10% led av *borderline personlighetsforstyrrelse* hvorav størstedelen av disse hadde anorexia nervosa, bulimisk type. (Ibid., pp. 9-13)

For bulimia nervosa var *borderline personlighetsforstyrrelse* den hyppigst forekommende komorbide Akse II-lidelsen, med en forekomst på 28,4%. Som gruppe fremstår dog bulimikerne langt mindre homogene enn anorektikerne, ettersom forekomsten av *unnnvikende* (18,9%), *dependent* (21%) og *histrionisk personlighetsforstyrrelse* (20,3%) også er høy. Samsone, Levitt & Samsone understreker dette ved å trekke et arbitrært skille ved 20% forekomst, hvilket medfører at kun én personlighetsforstyrrelse ses i sammenheng med anorexia nervosa, mot tre ved bulimia nervosa. (Ibid., pp. 11-18)

Undersøkelsen fremhever avslutningsvis at resultatene den kommer frem til kun må ses på som tendenser i forhold til komorbiditeten mellom personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Det er denne oppgavens holdning at slike typer undersøkelser kan være nyttige til å avdekke nettopp tendenser, men at de blir for vage til at man kan trekke endelige konklusjoner. Ser man dessuten nærmere på tallene fra de ulike undersøkelsene, finner man også store variasjoner i resultatene, hvilket underbygger denne holdningen. Skårderud (1997, p. 47) bemerker da også i forhold til studier

⁴ Samtlige av undersøkelsespersonene er tilknyttet institusjoner i USA.

rundt sammenhengen mellom borderline personlighetsforstyrrelse og bulimia nervosa at: ”Rapporter beskriver korrelasjonen fra 2 til 50%, og sier vel dermed mer om forskningens enn fenomenets kvaliteter.”

3.6.3 Delkonklusjon

Hvilke konklusjoner kan man så trekke i forhold til komorbiditeten mellom spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser? Reelt sett kan man konkludere svært lite med sikkerhet, og den store variasjonen i forskningsresultatene går naturlig nok igjen i faglitteraturen om spiseforstyrrelser også. Skårderud (1997, pp. 46-49) velger å benevne *borderline, narsissistisk og hysteriform (histrionisk) personlighetsforstyrrelse*, men uttaler at gjennom erfaring fra egen klinisk praksis er *borderline* i sammenheng med bulimia nervosa det vanligste. For anorexia nervosa presenterer han ingen komorbide personlighetsforstyrrelser, men konkluderer derimot med at man ikke har noe empirisk grunnlag for sammenkomsten av spiseforstyrrelser og *tvangspreget (obsessiv-kompulsiv) personlighetsforstyrrelse*⁵! Han presenterer samtidig en rekke problemstillinger i forhold til å fastsette slike komorbide diagnoser. Sentralt her er problemet mellom å skille mellom symptomer på spiseforstyrrelsen og personlighetstrekk, samt det faktum at mange av personene som diagnostiseres med spiseforstyrrelser er svært unge. Mange er i en aldergruppe hvor det er vanskelig å snakke om en stabil personlighet i en slik grad at det er rimelig å benytte personlighetsdiagnostikk. (Ibid.)

I boken *Børne- og ungdomspsykiatri* av Lier, et al. (1999, pp. 386f) er konklusjonene ennå mer forsiktige, og det nevnes bare at man ser personlighetsforstyrrelser sammen med bulimia nervosa, mens slike lidelser ikke nevnes i sammenheng med anorexia nervosa.

Med bakgrunn i tallene fra undersøkelsene i 3.6.1 og 3.6.2, samt opplysningene fra faglitteraturen, er det i denne oppgaven valgt å se *borderline personlighetsforstyrrelse* som hyppigst komorbid med bulimia nervosa. Dog skal det bemerkes at dette skjer med store forbehold med bakgrunn i de ankepunktene som er presentert tidligere i dette avsnittet. Snarere enn å snakke om en endelig fastslått forekomst av komorbiditet mellom disse lidelsene, bør man heller omtale at det kan være en høyere risiko for at disse lidelsene ses i sammenheng. Man skal samtidig ha med i bakhodet problema-

⁵ Dessverre har det ikke lyktes å få tak i kilden Skårderud benytter på denne påstanden.

tikken i forhold til å diagnostisere personlighetsforstyrrelser ved unge, det faktum at flere av symptomene på borderline og bulimia nervosa kan overlappe (se avsnitt 5.1.3), samtidig som at risikoen for at andre personlighetsforstyrrelser kan opptre er til stede.

3.7 Oppsummering

På bakgrunn i undersøkelsene som er gjennomgått i denne oppgaven, kan man kort oppsummere følgende i forhold til hvilke psykiske lidelser som opptrer komorbitt med nervøse spiseforstyrrelser:

3.7.1 Depressive lidelser

Depressive lidelser er de desidert hyppigst forekommende komorbide lidelsene i forbindelse med nervøse spiseforstyrrelser. Tallene varierer noe, men viser generelt at rundt halvparten av både personer med bulimia og anorexia nervosa også har en komorbid alvorlig eller uspesifisert depressiv lidelse. I all hovedsak er det her tale om unipolare depressive lidelser, selv om enkelte studier peker på at bipolare lidelser også forekommer.

3.7.2 Angstlidelser

For denne oppgavens del blir det vanskelig å konkludere om angstlidelser som *GAD*, *sosialfobi* og *agorafobi* forekommer i større grad hos personer med nervøse spiseforstyrrelser enn hos resten av befolkningen. Tallene er her ikke klare utover at de antyder tendenser. Skårderud (1997, pp. 45-46) omtaler da heller ikke disse lidelsene i sin gjennomgang av komorbide lidelser ved nervøse spiseforstyrrelser. Konklusjonen blir derfor, med forbehold, at disse angstlidelsene ikke forekommer spesielt hyppig hos personer med nervøse spiseforstyrrelser. Dette betyr dog på ingen måte at man ikke skal ha denne problematikken i bakhodet i arbeidet med å kartlegge eventuell komorbiditet i arbeidet med behandlingen av anorexia og bulimia nervosa.

OCD fremstår som hyppigere forekommende blant personer med spiseforstyrrelser, og da i større grad hos personer med anorexia nervosa enn hos bulimikere.

PTSD viser motsatt trend, der bulimikere er langt hyppigere representert enn anorektikere.

3.7.3 Rusmisbruk

I forhold til *rusmisbruk* som komorbide lidelser til nervøse spiseforstyrrelser ser man igjen noen variasjoner i tallene. Dog er det klart at hyppigheten av rusproblematikk er langt hyppigere hos bulimikere enn hos personer med anorexia nervosa.

3.7.4 Personlighetsforstyrrelser

Av personlighetsforstyrrelsene er det svært vanskelig å trekke noen endelige konklusjoner, men den som det ser ut til at det er størst konsensus om at *borderline personlighetsforstyrrelse* opptrer hyppigst med bulimia nervosa av Akse II-lidelsene fra DSM-IV. For anorexia nervosa er det denne oppgavens holdning at resultatene er altfor sprikene til at man kan konkludere med noen særlig grad av komorbiditet med personlighetsforstyrrelser.

4.0 TEORI

I de følgende avsnittene presenteres teorigrunnet for denne oppgavens diskusjonsdel. Som nevnt i metodeavsnittet (2.2) er det valgt å presentere Peter Fonagy sin teori om mentalisering. Begrepet *mentalisering* henviser til et fenomen som angår enhver person, og er en samlebetegnelse for eksplisitt og implisitt å fortolke andres fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og fornuft. (Fonagy, 2008, pp. 3-5; Skårderud & Sommerfeldt, 2009, p. 1066)

Sentralt i mentaliseringsteorien står dog teorien om *tidlig tilknytning*, bedre kjent som *tilknytningsteorien* eller *attachment theory*, som ble utviklet av John Bowlby rundt midten av forrige århundre (ibid., Bowlby, 2003) Det følgende avsnittet vil derfor redegjøre for denne teorien.

4.1 Bowlbys tilknytningsteori

Tilknytningsteorien ble utviklet med henblikk på å forklare menneskers atferd og psykopatologi med bakgrunn i det tidlige samspillet mellom barn og deres primære omsorgspersoner. Historisk sett er tilknytningsteorien sprunget ut ifra objektrelasjonsteorien innenfor psykoanalysen, men Bowlby fant at man i denne retningen la for stor vekt på mat som det primære som bandt mor og barn sammen. Dette ville da medføre at et barn ville knytte seg til enhver person som gav det mat, noe som ikke stemte overens med Bowlbys egne erfaringer. Snarere hentet han inn inspirasjon fra biologien og studier herfra som viste at en rekke dyrearter utviser sosial atferd som ikke kunne forklares med bakgrunn i seksualdrift eller sult. Bowlby skilte ut *tilknytningsatferd* som en fundamental atferdsform med en egen indre motivasjon som var uavhengig av mat og sex, med den biologiske funksjonen å skulle beskytte individet. (Ibid., pp. 34, 133)

Bowlby definerer selv tilknytningsatferd på følgende måte:

”(...) enhver form for adfærd, der bevirker, at en person opnår eller opretholder tæt kontakt med et andet klart identificeret individ, som opfattes som værende bedre i stand til at klare sig i verden.” (Ibid., p. 35)

Tilknytningsatferd er altså et emosjonelt bånd mellom en omsorgssøkende og en omsorgsgivende person. Denne formen for atferd ble tidligere omtalt som *avhengighet*, men Bowlby opponerte mot den betegnelsen fordi han mente at den var negativt ladet og ikke innebar et følelsesladet forhold. *Tilknytning* var for ham en bedre betegnelse. Selv om denne typen atferd er mest i øyenfallende under den tidlige barndommen, kan den observeres både hos barn og voksne. Særlig er den observerbar når mennesker befinner seg i kritiske situasjoner, som for eksempel under sykdom. Naturlig følger det at Bowlby ikke bare så omsorgssøkning som en naturlig atferd, men også omsorgsgivning fra den sterkere parten sin side. (Ibid., pp. 33-35, 134)

Bowlby setter opp tre punkter hvorigjennom han beskriver hva tilknytningsteorien vektlegger i sitt syn på personlighetsutviklingen. Denne oppgaven vil gjennomgå disse punktene i de følgende avsnittene, med hovedvekt på de to første, da de ses som mest relevante i forhold til problemformuleringen.

4.1.1 Viktigheten av emosjonelle bånd og tilknytningens styringssystem

Tilknytningsteoriens første interesseområde er:

”(...) den primære status og biologiske funktion af nære emotionelle bånd mellem individer, hvis tilblivelse og opretholdelse hævdes at være kontrolleret af et kybernetisk system, der befinder sig i centralnervesystemet, hvor det benytter sig af arbejdsmodeller af selvet og tilknytningsfiguren i deres indbyrdes forhold (...)”
(Ibid., p. 134)

Bowlby betrakter med andre ord emosjonelle bånd mellom personer som en primær funksjon hos mennesket. Han vedgår at mat og sex spiller en viktig rolle i tilknytningsforhold, men at disse forholdene også har en egen overlevelsesfunksjon da de gir beskyttelse, og dermed et eget motiv. (Ibid., pp. 134-135)

Videre hevder Bowlby at disse forholdene kontrolleres av et styringssystem i sentralnervesystemet, som benytter seg av arbeidsmodeller av individets selv og tilknytningsfiguren. (Han introduserer således et neurobiologisk perspektiv i sin teori, noe som Fonagy viderefører i sin mentaliseringsteori, hvilket beskrives nærmere i avsnitt 4.2.1). Dannelsen av disse arbeidsmodellene forutsetter visse kognitive evner, herunder evnen til å huske sin mor når hun ikke er til stede. Fra og med ni måneders alder

er disse modellene for forholdet mellom foreldre og barn blitt dannet, hvilket, i følge Bowlby, underbygges av at barn fra denne alderen utviser stor og langvarig misnøye hvis de etterlates hos fremmede. Barnet får rådighet over en arbeidsmodell av moren som det kan bruke til sammenligning når hun ikke er til stede og til gjenkjenning når hun vender tilbake, og tilsvarende til denne dannes det en arbeidsmodell av barnet selv i samspill med moren. Likeledes dannes det en arbeidsmodell av faren. Styrings-systemet fungerer på samme måte som de fysiologiske kontrollsystemene som styrer kroppstemperatur, hjertefrekvens og blodtrykk osv. Det søker å opprettholde det Bowlby kaller for en *miljøhomøostase* i personens forhold til tilknytningspersonen, ved å holde denne innenfor bestemte grenser for både tilgjengelighet og avstand, og styringssystemet tar i bruk stadig mer avanserte kommunikasjonsmåter i dets arbeid. Og som det er viktig å bemerke seg, anser han tilstedeværelsen av et slikt styresystem for tilknytningen og dets forbindelse med arbeidsmodellene som dannes, for et sentralt trekk for hvordan personligheten fungerer livet igjennom. (Ibid., pp. 136-137)

4.1.2 Foreldrenes innvirkning på barnets utvikling

Videre skriver Bowlby som det andre punktet at tilknytningsteorien fokuserer på:

”(...) den sterke indvirkning på et barns utvikling af de måder, hvorpå det behandles af forældrene, især moderfiguren (...)” (Ibid., p. 134)

Tilknytningsteorien identifiserer tre forskjellige primære tilknytningsmønstre⁶, samt et fjerde, noe uspesifisert mønster. Denne oppgaven vil ta for seg disse i punktene under. Disse forskjellige mønstrene utvikles i løpet av de første leveårene, og dannelsen av dem starter umiddelbart etter fødselen. Bowlby hevder blant annet at et barn allerede rett etter fødselen har en evne og en vilje til å inngå i sosiale samspill. Utgangspunktet for identifiseringen av disse tilknytningsmønstrene, var forsøk utført av psykologen Mary Ainsworth omkring den såkalte *strange situation*⁷:

⁶ I dette kapittelet omtales de tre forskjellige tilknytningsmønstrene som følgende: *sikker*; *engstelig*, *klebende*; og *engstelig*, *unnvikende*, samt det fjerde som *desorganisert*. Når denne oppgaven kun omtaler *engstelige tilknytningsmønstre* vil dette da følgelig innebære både det engstelig, klebende og det engstelig, unnvikende tilknytningsmønsteret.

⁷ Atferden til barn og samspillet deres med den primære omsorgspersonen ble observert i en situasjon hvor barna i korte tidsrom ble forlatt av omsorgspersonen, og påfølgende gjenforent med dem.

Det sikre tilknytningsmønsteret, som er det ideelle, innebærer at individet har full tillitt til at tilknytningspersonen er tilgjengelig og vil hjelpe til hvis han eller henne kommer ut for motgang eller skremmende situasjoner. Et slikt tilknytningsmønster fremmes hvis foreldrene, og da især moren, i de første leveår er umiddelbart til rådighet for barnet sitt og er mottagelig for dets signaler, og gir det kjærlighet og støtte når det søker dette. Resultatet av et slikt tilknytningsmønster er at personen føler seg sikker til å utforske verden rundt seg. Dette er da også det tilknytningsmønsteret som et individ skal utvikle dersom en kan snakke om at det har *en sikker base*, noe som er et sentralt begrep i Bowlbys teori. En slik sikker base, eller plattform om man vil, er nødvendig for at individet skal ha en optimal funksjon og psykisk sunnhet. Ut fra denne kan barnet søke ut i omverdenen og utforske omgivelsene og danne nye personlige forhold. I starten er riktignok disse utforskningene begrenset, men omkring tredje leveår vil et barn som har en slik sikker base bli tillitsfullt nok til å kunne tolerere og være separert fra foreldrene, både i avstand og tid. Varigheten og avstanden av disse separasjonene øker i takt med barnets alder.

Det engstelige, klebende tilknytningsmønsteret vil si at personen ikke er sikker på om tilknytningspersonen vil være tilgjengelig for han eller henne når det er bruk for det. Dette mønsteret innebærer en konflikt som fremmes av at foreldrene er tilgjengelige og hjelpsomme i visse situasjoner, men ikke er det i andre situasjoner, samt hvis det forekommer separasjoner fra foreldrene og hvis det blir benyttet trusler om at barnet vil bli forlatt som styringsmiddel. Resultatet av en slik tilknytning vil være at personen viser en angst for å bli separert fra tilknytningspersonen og vil virke klengende, og dermed også viser angst for å utforske omverdenen.

Det tredje tilknytningsmønsteret er *det engstelige, unnvikende tilknytningsmønsteret*. Her tror ikke personen at tilknytningspersonen vil være tilgjengelig når han eller hun trenger det, og forventer heller å bli avvist når han eller hun søker omsorg. Et slikt tilknytningsmønster fremmes av at barnet blir avvist når det nærmer seg moren for å søke omsorg, og de mest ekstreme tilfellene oppstår som en følge av gjentatte avvisinger. Resultatet av et slikt tilknytningsmønster er at personen forsøker å leve livet helt uten andres kjærlighet og støtte, og at han eller hun søker å være emosjonelt selvtilstrekkelig.

Til slutt skildrer også Bowlby et fjerde, uspesifisert tilknytningsmønster som avviker fra de tre primære – i denne oppgaven betegnet som *desorganisert tilknytningsmønstre*. Han beskriver her barn som i Ainsworth sin *strange situation* reagerte med såkalt ikke målrettet atferd. Et barn reagerer fortumlet, et annet stivner og står stille, et tredje gjør et eller annet stereotyp, mens et fjerde begynner å bevege seg, men stopper opp av uforklarlige grunner. Bowlby definerer i bunn og grunn ikke denne atferden som et eget separat tilknytningsmønster, men omtaler det snarere som:

”...en desorganisert udgave af et af de tre typiske mønstre, som oftest det ængsteligt klæbende.”(Ibid, p. 139)

Han fremhever dog at denne formen for tilknytning er et resultat av at barna ikke vet hvilke reaksjoner de kan forvente fra sine omsorgspersoner, ved at disse både har vært en kilde til frykt og trøst. Barn som utviser slike tilknytningsmønstre kan ha blitt fysisk mishandlet og/eller alvorlig vanrøkt av foreldrene, eller blitt utsatt for svært dyadiske, uforutsigbare reaksjonsmønstre fra omsorgspersonene. Når tilknytningsatferd stimuleres senere i livet, vekkes følgelig sterkt motstridende motiver. (Ibid., pp. 136-140)

Sentralt i utviklingen av tilknytningsmønstrene står kommunikasjonen mellom foreldre og barn, og undersøkelser viser blant annet store forskjeller i kommunikasjonen i henholdsvis sikre og usikre tilknytningsforhold. Man observerte at kommunikasjonen hos sikre par gikk flytende og innebar personlige samtaleemner og følelser, mens samtalene hos de andre, og da særlig de unnvikende parene, var begrenset og upersonlige, og følelser ble ikke omtalt. Det er altså i mye større grad kommunikasjonsfrihet hos sikre par enn hos de andre. Måten kommunikasjonen påvirker mor barn forholdet på, er basalt nok at moren til et barn som kommer til å utvikle en sikker tilknytning, er mer oppmerksom ovenfor hvordan barnet kommuniserer med henne allerede fra de første dagene av barnets liv. Hun holder nøye øye med det og reagerer hurtig på barnets signaler. Dette ble blant annet observert i et forsøk hvor barn skulle løse en vanskelig oppgave med moren til stede. Både barnets atferd når det henvendte seg til moren for hjelp, og morens måte og rette oppmerksomhet mot barnet på og veiledet det, ble kartlagt. Man fant at mødre til barn som var identifisert som sikkert tilknyttet viste seg å være oppmerksomme og følsomme ovenfor hva barnet

gjorde og reagerte hjelpsomt og oppmuntrende på barnets suksesser og vanskeligheter. På den annen side legger moren til et barn som senere utvikler en engstelig tilknytning derimot kun sporadisk merke til hvordan barnet har det, og reagerer ofte for sent og uhensiktsmessig på barnets signaler. Det er altså i det siste forholdet en mangelfull kommunikasjon mellom moren og barnet. Senere i rundt 12 måneders alder har det vist seg at barn som klassifiseres som sikkert tilknyttet, kommuniserer direkte med moren både når de er tilfredse og når de er utilfredse, mens barn som er engstelig, unnvikende oppsiktsvekkende nok kun kommuniserer direkte når de er tilfredse. Bowlby ser det som et uttrykk for en alvorlig brist i kommunikasjonen mellom mor og barn, når et barn allerede i 12 måneders alder har sluttet å gi uttrykk for dets indre følelser og behov. Barnet er kun i kontakt med de delene av personligheten som moren anerkjenner ved det, og fortrenger de øvrige delene, noe som igjen hindrer en sunn utvikling. (Ibid., pp. 145-148)

I de første to-tre leveårene er tilknytningsmønsteret snarere en egenskap ved forholdet mellom foreldre og barn, enn en egenskap ved barnet selv. Mønsteret vil i denne tiden endre seg hvis atferden ovenfor barnet endres. Det er altså her gode muligheter for å rette opp et uheldig tilknytningsmønster (eller kludre til et godt tilknytningsmønster for den del). Ettersom barnet blir eldre, blir tilknytningsmønsteret i større og større grad en egenskap ved barnet selv, ved at det tidligere nevnte arbeidsmodellene blir etablert som betydningsfulle kognitive strukturer, og barnet fører det oppbygde tilknytningsmønsteret med seg videre over i andre nye forhold, som for eksempel forhold til lærere og lignende. (Ibid., pp. 144-145)

Hos sikkert tilknyttede barn skjer det en ajourføring av arbeidsmodellene etter som foreldrene endrer sin atferd ovenfor det når det blir eldre, og de fortsetter dermed å fungere som relativt gode simuleringer av forholdet mellom foreldrene og barnet. Hos engstelig tilknyttede barn vil denne ”oppdateringen” av modellene derimot til en viss grad hemmes da barnet motsetter seg mostridende erfaringer og informasjon. Modellene vil med andre ord vedvare i relativt ukorrigert tilstand når de først er blitt etablert, selv om personen senere i livet møter situasjoner hvor det blir behandlet på en helt annen måte enn det foreldrene gjorde. Slik som man her ser det, vil dette altså si at det i de første leveårene er relativt lett å endre et barns tilknytningsmønster, mens det blir vanskeligere og vanskeligere dess eldre barnet blir. (Ibid., pp. 141, 145)

I følge Bowlby underbygges teorien om denne internaliseringen av prospektive undersøkelser. Disse viser at et tilknytningsmønster som er identifisert i mor barn forhold ved 12 måneders alder går igjen i hvordan barnet klassifiseres i barnehagegrupper tre og et halvt år senere. Sikkert tilknyttede barn beskrives som ressursfulle, positive, selvstendige og så videre. Engstelige, klebende barn beskrives som oppmerksomhetskrevende, sutrete og hjelpeløse, mens engstelige, unnvikende barn beskrives som asosiale, fiendtlige og lignende. De samme mønstrene kan igjen påvises i barnets forhold til foreldrene i seks års alder, da sikkert tilknyttede barn har et avslappet, vennskapelig forhold til foreldrene, mens engstelige klebende barn viser en blanding av usikkerhet og fortrolighet i sine foreldre barn forhold. Engstelige, unnvikende barn forsøker på sin side å holde foreldrene på avstand og har det man kan karakterisere som et upersonlig forhold til dem. Selv om det ikke er gjort studier som har påvist at man kan følge tilknytningsmønstrene hos personer frem til voksen alder, har tverrsnittundersøkelser av unge voksne vist at man kan finne de samme tilknytningsmønstrene igjen i denne alderen. Mye tyder derfor på at tilknytningsmønstrene også vedvarer i senere aldere. Dog er Bowlby langt fra deterministisk, og hevder at en hver person har mulighet for å bryte sine tilknytningsmønstre og endre disse. Dette krever i stor grad bevissthet og selverkjennelse i forhold til de forhold som ligger til grunn for hvordan ens personlighet er blitt formet. Som Bowlby selv skriver:

”(...) fri adgang til og sammenhengende organisation af tilknytningsrelevant information spiller en afgørende rolle for udviklingen af en sikker personlighed hos den voksne.” (Ibid., p. 150)

Det er med andre ord håp om å kunne snu den onde sirkelen omtalt tidligere, også senere i livet. (Ibid., pp. 141-150)

4.1.3 Stier i personlighetsutviklingen

Det siste punktet Bowlby nevner for tilknytningsteorien er:

”(...) at vor nuværende viden om spædbørns og børns udvikling kræver, at en teori om udviklingsstier bør træde i stedet for teorier, der påberåber sig særlige udviklingsfaser, som personen menes at kunne blive fikseret i og/eller regrediere til.” (Ibid., p. 134)

Han skiller seg altså fra de andre psykoanalytiske retningene som beskriver bestemte utviklingsfaser, og går heller over til å snakke om *utviklingstier*. Fremfor at barnet gjennomløper en rekke faser som er preget av psykologiske trekk som hos eldre individer anses som patogene, og som barnet kan fikseres i og regredere til, hevder Bowlby at barnet fødes inn i verden med sin egen individuelle ”vifte” av stier. Noen av stiene leder til en sunn utvikling, mens andre leder til en usunn utvikling, og det er miljøet det vokser opp i, og da hovedsakelig foreldrene, som bestemmer hvilken av stiene det kommer til å følge. (Ibid., pp. 134, 144-152)

4.2 Mentalisering – et neuro-psykodynamisk perspektiv

Som nevnt tidligere har blant annet psykologen Peter Fonagy tatt utgangspunkt i Bowlbys tilknytningsteori og utformet en ny teoretisk tilgang til forståelse av utviklingen av menneskets personlighet og etiologien bak psykopatologi. Mentaliseringsteorien beskriver hvordan mennesket gjennom samspill med sine omsorgspersoner utvikler en opplevelse av et selv. Sentralt i teorien står, som navnet tilsier, begrepet mentalisering, hvilket defineres av Fonagy som:

”...a form of mostly preconscious imaginative mental activity, namely, interpreting human behavior in terms of intentional mental states (e.g., needs, desires, feelings, beliefs, goals, purpose, and reasons).” (Busch, 2008, p. 4)

Mentalisering er altså en evne til implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser, fornuft. Det er her viktig å bemerke at mentalisering her henspiller på både menneskets evne til å reflektere over *andres* mentale tilstander, og dets evne til å reflektere over sine *egne* tilstander. Denne kapasiteten ligger ikke alene til grunn for at mennesker evner å empatisk sette seg inn i andre menneskers indre liv, men også til grunn for dannelsen av selvet – altså opplevelsen av en selv som en selvstendig aktør – hos mennesket. (Ibid.; Fonagy, et al., 2007, pp. 15f)

4.2.1 Genetisk grunnlag

Evnen til mentalisering ligger, i følge Fonagy, genetisk latent i mennesket som en følge av evolusjonsprosessen. Han følger således opp Bowlbys påstand om et neurologisk styringssystem for tilknytningsatferd hos mennesket (avsnitt 4.1.1), men hevder at dette styringssystemet ikke tjener det formålet å danne arbeidsmodeller for

tilknytning på bakgrunn av erfaringer fra tidligere tilknytningsforhold. Derimot utgjør denne delen av sentralnervesystemet et styringssystem for en rekke mentale prosesser, inkludert mentalisering, som muliggjør tolkning av nye interpersonelle erfaringer. Det er dette systemet som ligger til grunn for menneskets unike sosiale egenskaper. Mens Bowlbys tilknytningsatferd i bunn og grunn ikke skiller mennesket i særlig grad fra andre dyr, men heller ser tilknytningsatferd som tjenende det formål å *fysisk beskytte* individet, ser Fonagy tilknytning som grunnleggende for at mennesket utvikler sine unike sosiale egenskaper, herunder evnen til å forstå andre. I denne oppgaven ses ikke det neurobiologiske aspektet som særlig sentralt for besvarelsen av problemformuleringen. Det skal dog kort nevnes at Fonagy i langt større grad enn Bowlby støtter seg til moderne neurologisk forskning, særlig kartlegging av de ulike prosessene i hjernen, i sin utforming av mentaliseringsteorien. (Fonagy, 2008, pp. 5-7; Fonagy, 2001, pp. 427-444; Fonagy, et al., 2007, pp. 100-140)

4.2.2 Utviklingen av evnen til mentalisering, affektregulering og selvet

Fonagy postulerer, med bakgrunn i kliniske og empiriske resultater, at menneskets opplevelse av seg selv som en organisme med et sinn eller et psykologisk selv ikke er medfødt. Dette er snarere en struktur som utvikles fra spedbarnsalderen opp gjennom barndommen, og dennes utvikling avhenger helt og holdent av samspillet med personer som er mer mentalt modne enn barnet selv, og som er både vennelig stemte og refleksive i forhold til barnet selv. (Fonagy & Target, 1997, p. 683; Fonagy, et al. 2007, pp.15f)

Det psykologiske selvet dannes gjennom at mennesket føler mentale prosesser eller, sagt på en annen måte, at det "føler følelser". Dog er ikke det å føle i seg selv nok for at selvet skal kunne dannes – man er også nødt til å lære å regulere disse mentale prosessene og ikke minst erfare at det går et skille mellom ens eget og andre persons sinn. Disse erfaringene oppstår og utvikles gjennom samhandling med omsorgspersonene via en speilingsprosess. Selvet utvikles og blir selvstendig ved at man observerer seg selv via andre, og barnet "finner seg selv" i de primære omsorgspersonenes oppmerksomhet. Barnet utviser gjennom sin atferd hvordan det har det, for eksempel om det er sultent, fryser, har vondt, o.s.v. Dette speiles av omsorgspersonene ved at de viser med sin atferd (stemmeleie, ansiktsmimikk, og lignende) at de forstår hvordan barnet har det. Samtidig trøster de barnet ved å smile, lage lyder, kroppskontakt, o.s.v., og gjennom dette utviser de både en anerkjennelse og forståelse

se, men markerer samtidig en *forskjell* mellom barnet og dem selv – det at de ikke selv har det dårlig. Mentaliseringsteorien postulerer således at omsorgspersonene både viser barnet en likhet, men også en forskjell og en distanse. Dette er sentralt i utviklingen av selvet, da barnet erfarer å bli bekreftet i noe som er felles, følelsen, samtidig som det erfarer noe grunnleggende om separate sinn og følelsesmessige forskjeller – at omsorgspersonene kan ha andre følelser enn det selv. Barnet lærer gjennom slik oppmerksomhet at vi både har et felles følelsesrepertoar personer i mellom, men at vi samtidig har forskjellige og atskilte sinn. Barnet lærer dermed at dets eget sinn ikke speiler verden, men at det tolker det. (Fonagy, 2008, pp. 17-20; Fonagy & Target, 1997, p. 682-686; Fonagy, et al., 2007, pp. 241-275).

Evnen til mentalisering, og derigjennom selvet, utvikles gjennom fire⁸ ulike trinn (Fonagy, 2008, pp. 25-28):

- 1) I løpet av første halve leveår begynner barnet å konstruere kausale forbindelser mellom mål og handlinger, og å kunne skille mellom biologisk og mekanisk bevegelse. Barnet begynner her å danne et grunnlag for å se seg selv som en *teleologisk* handlende skapning, som står fritt i å velge raskest og beste mulige atferd for å oppnå et mål. Teleologisk handling *medfører ikke* antagelser om intensjoner – det er kun snakk om rasjonell atferd for å unngå synlige fysiske forhindringer for å oppnå et mål.
- 2) Gjennom andre leveår utvikler barnet en mentalistisk forståelse av handling – at det selv og andre besitter mentale tilstander (for eksempel lyst og sult) som ligger til grunn for handlinger og at handlinger kan endre disse tilstandene. Barn tilegner seg i denne alderen evnen til å resonnerer om andres følelser og ønsker. Denne forestillingsevnen er dog fortsatt begrenset og medfører at barnet ikke ennå evner å danne mentale representasjoner uavhengig av den fysiske verden. Dette stadiet tilsvarer *psykisk ekvivalens* som beskrives senere i avsnitt 4.2.3.
- 3) Rundt 3-4 års alder utvikler barnet evnen til å inkludere representasjonen av antagelser i dets forståelse av seg selv og andre menneskers mentale tilstander. Det blir herunder klar over at mennesker av og til kan uttrykker og føler forskjellige ting. Barnet begynner å utvikle empatiske evner, herunder en forståelse av at

⁸ Andre kilder opererer med fem trinn, der det første punktet oppdeles i to separate underpunkter hvor barnet i første omgang oppdager sin egen kropp som en fysisk separat størrelse og deretter oppdager at seg selv som en aktør i det sosiale samspeillet med andre personer. (Fonagy, et al., 2007, p. 237)

andres atferd styres av både forbigående mentale tilstander som følelser og antagelser, men også av mer gjennomgående personlighetsmessige trekk. Evnen til å forså at atferd også kan skje på bakgrunn av falske antagelser (false-beliefs) dannes, hvilket både beriker barnets evne til sosial interaksjon gjennom jokes og *forestillingslek* – å late som. Dette tilsvarer *forestillingsmodus* i 4.2.3.

- 4) Det siste trinnet ligger i 6 års alder, der barnet fullt utvikler evnen til å forstå seg selv og andre som sosialt agerende på bakgrunn av mentale tilstander. Slike mentale tilstander inkluderer på dette tidspunktet forståelse for at andre også har antagelser om andre personers mentale tilstander, at personer kan ha motstridende følelser (mixed emotions), måten forventninger eller fordommer kan forme tolkning og erfaring, o.s.v.

Mentalisering avhenger følgelig av at flere faktorer er til stede. Oppfattelsen av andre mennesker som besittende av egne, personlige tanker, følelser og overbevisninger – også kjent som *theory of mind* fra andre deler av utviklingspsykologien – er en av grunnpilarene for at man skal kunne forstå andre menneskers motiver og handlinger. Mentalisering avhenger også av at en person har bygget seg opp et system av symbolske representasjoner for mentale tilstander, som ligger til grunn for hvilke tanker og følelser man attribuerer andre personer – man er med andre ord nødt til å ha et ”register” over hvilke mentale tilstander som med sannsynlighet hører med til ulike situasjoner og settinger. Dette avhenger på sin side igjen av at personen selv evner å aktivere adekvate mentale tilstander som respons til spesifikke intensjoner og settinger. Med andre ord må en person kjenne og kunne regulere sine egne mentale tilstander for å kunne tolke andres, og disse mentale tilstandene må være i samsvar med det som aktiverer dem. (Fonagy, 2008, p. 4; Fonagy, et al., 2007, pp. 145-196).

4.2.2.1 Tilknytningsmønstrenes rolle

Selvet dannes, som nevnt tidligere, gjennom samspillet med de primære omsorgspersonene. Kvaliteten av denne utviklingen avhenger således også av kvaliteten på samspillet mellom barnet og omsorgspersonene. Her kommer tilknytningsmønstrene inn i bildet, da disse utgjør konteksten hvor igjennom barnet tilegner seg mentaliseringsevnen. Barnet lærer å skille mellom mentale tilstander som følger med forskjellige fysiologiske tilstander ved at omsorgspersonene responderer på barnets atferd. Gjennom en opplevelse av at barnet med sin atferd kan styre omsorgspersonenes speilede reaksjoner, som igjen resulterer i en bedring av barnets tilstand, får barnet etter hvert

en opplevelse av at det selv har kontroll over sine mentale prosesser. Videre får barnet gjennom foreldrenes speiling og regulering av følelsene en opplevelse av at følelser og impulser kan kontrolleres, både internt og eksternt, samt at de kan gjenkjennes og dermed deles mellom personer. Gjennom at foreldrene både viser at de forstår barnets ubehag, samtidig som de viser at det er et alternativ til ubehaget, opplever barnet at ubehaget kan mestres – det lærer seg evnen til *affektregulering*. Alt dette forutsetter dog at omsorgspersonene speiler adekvate mentale tilstander til de fysiologiske stimuliene barnet opplever. Dersom det som speiles er uhensiktsmessig, for eksempel at barnet ignoreres når det har vondt eller at kun ubehaget speiles og ikke følges opp av en motreaksjon, får barnet en opplevelse av at følelsene er vanskelige å regulere. Foreldre som er sikkert tilknyttet vil, i følge tilknytningsteorien, ha større tilgang til og evne til å forstå barnets tilstand (mentalisere) og således i større grad kunne speile hensiktsmessige følelser og atferd. Dette fremmer barnets egen evnet til mentalisering ved at det danner et adekvat repertoar over mentale tilstander og lærer seg å regulere disse. Omsorgspersoner som derimot er usikkert eller desorganisert tilknyttet vil ha større problemer med speilingsprosessen, som igjen medfører at mentaliseringsevnen svekkes. (Fonagy, 2008, pp. 18f; Fonagy & Targett, 1997, pp. 686-691)

4.2.3 Mentaliseringsevnenes rolle i psykopatologi

Mentalisering gjør oss i stand til å tolke andres intensjoner. Svekket mentalisering gjør derimot, i følge Fonagy, at det er fort gjort å misforstå og å bli misforstått. En begrenset forståelse av andre medfører at personer handler på bakgrunn av falske antagelser, og samtidig kan det å misforstå eller å bli misforstått utløse sterke følelser. Fonagy opererer med to grunnleggende former for svikt i mentaliseringsevnen, som igjen svarer til utviklingsmessige stadier – *psykisk ekvivalens* og *forestillingsmodus*. (Ibid., pp. 34-43)

- 1) *Psykisk ekvivalens* henviser til en primitiv brist på symboliseringsevnen hvor ytre og indre realitet oppleves som like – altså ekvivalente. Ting som normalt ville oppleves og beskrives ”som om” blir til ”er”. Når et slikt svikt forekommer evner ikke personen å skille mellom sin indre opplevelse og de ytre signalene. Utsagn og handlinger fra andre personer overfortolkes og/eller feilfortolkes siden skillet mellom ens indre tilstander og fortolkningen av eksterne personers tilstander sammenblandes. Samtidig oppleves ingen atskillelse mellom indre og

ytre kontroll. I slike tilfeller kan kroppen for en del personer bli et dreiemoment hvorigjennom den eneste formen for intern kontroll kan oppleves. Dette er svært sentralt for denne oppgaven. (Fonagy & Target, 1997, pp. 691f; Fonagy, et al., 2007, pp. 379-381)

- 2) Den andre grunnformen av mentaliseringssvikt kalles *forestillingsmodus*. Dette svarer i et utviklingspsykologisk perspektiv til en alternativ form for barnets måte å erfare virkeligheten på. Den knytter seg til leken og representerer en fra-kobling av indre realitet fra ytre realitet. Gjennom lek kan barnet forestille seg at ytre ting blir til indre representasjoner som barnet reelt sett vet at de ikke er, og det er en naturlig del av leken. I en klinisk sammenheng med ungdom og voksne henspiller derimot dette begrepet på dissosiering – en sterk splittelse mellom det indre og det ytre. Skårderud & Sommerfeldt (2008, p. 1068) konkretisert dette med eksempler fra klinisk praksis:

”I psykoterapeutisk virksomhet kan vi som terapeuter oppleve at pasienter anvender en rekke ord som egentlig skal handle om indre tilstand, men i forestillingsmodus kan ordene mangle klare referanser til pasientens aktuelle situasjon der og da. Språket er koblet fra følelser, erfaringer og minner. Språket «går på tomgang»...”

I den normale utviklingen av mentaliseringsevnen blir disse to erfaringsformene, ekvivalens og forestillingsmodus, ideelt integrert i en refleksivmodus, eller mentalisering, hvor tanker og følelser kan bli erfart som representasjoner. I den patologiske utviklingen representerer de derimot et utgangspunkt for en rekke forskjellige typer kliniske fenomener. (Fonagy & Target, 1997, pp. 691f; Fonagy, et al. 2007, pp. 379-381)

Hvordan fikseres så personer i disse utviklingsmessige stadiene? Som nevnt har i forrige avsnitt (4.2.2.1) spiller tilknytningsmønstrene en stor rolle for utviklingen av mentaliseringsevnen. Sikker tilknytning medfører bedre evne til mentalisering, mens usikker tilknytning hemmer den. Dog er det viktig å bemerke at usikker tilknytning ikke nødvendigvis medfører en konstant fiksering. Fonagy fremhever at mentaliseringssvikt ikke er en stabil egenskap, men at de derimot er sterkt avhengige av følelsesmessige og relasjonelle sammenhenger. I affekt vil også de som vanligvis mentaliserer godt, få svakere evne til å forstå den andre, og gjennom sinne, frykt og angst

blir mennesker mentalt blindere. (Fonagy & Target, 1997, p. 694). Dog fremhever mentaliseringsteorien den desorganiserte formen for tilknytning som sentral for flere affektive lidelser, herunder borderline personlighetsforstyrrelse. Mens både de sikre og de usikre tilknytningsmønstrene i stor grad evner å danne faste, stabile representasjoner av omsorgspersonen, preges det desorganiserte tilknytningsmønstre av en særlig ambivalens i forhold til omsorgspersonen. Studier viser at foreldrene til barn som utviser et slikt tilknytningsmønster er tilbøyelige til å respondere på barnets tegn på ubehag med hjelpsløshet, fiendtlighet, angst eller desorganisert atferd. Barnet ”lærer” således å sette sin egen arousal i forbindelse med et faresignal om at det vil bli forlatt, som igjen utløser en teleologisk reaksjon – en dissosiativ reaksjon – med henblikk på å dempe barnets egen arousal. Barnets indre opplevelser blir derfor ved med å være ubenevnede, kaotiske og ukontrollerbare (jamfør avsnitt 4.2.2), og affekten som ikke er blitt bearbeidet fremkaller ytterligere dysregulering. (Fonagy, et al., 2007 pp. 335f) Videre skriver Fonagy at:

”Det er ikke en sammenhengende selvrepresentasjon fra omsorgspersonen, barnet inkorporerer i sin gryende selvstruktur, men derimot en representasjon af den anden.” (Ibid., p. 336)

Således vil barnet, når det konfronteres med en skremmende eller engstelig omsorgsperson, inkorporere dennes følelse av raseri, hat eller frykt, og dennes forestilling om barnet som skremmende eller ustyrlig. Dette underminerer barnets selvorganisering, hvilket medfører at det ofte vil være nødt til å eksternalisere denne forestillingen for å oppnå en sammenhengende selvrepresentasjon. Dette ses, i følge Fonagy, gjennom at barnet opptrer kommanderende og kontrollerende i samspill med omsorgspersonen, hvorigjennom barnet ved kontroll og manipulasjon av denne (for eksempel gjennom straffende atferd eller omsorgsatferd) skaper en mulighet for eksternalisering av deler av selvet og setter en grense for ytterligere påtrengende forstyrrelse av selvrepresentasjonen. (Ibid., pp. 336f)

Fonagy, et al. (2007, pp. 323-334) peker videre på at traumer kan ligge til grunn for hemning av mentaliseringsprosessen. Traumer i barndommen, i form av vanrøkt eller overgrep, begrenser den refleksive funksjonen og fornemmelsen av selvet hos barnet. Utforskningen av de intensjonene og emosjonelle uttrykkene som rettes mot barnet

fra overgriperens side, og som kan utledes av barnet med bakgrunn i overgrepet, kan føre til alvorlige dysfunksjonelle konsekvenser for et selv i utvikling. Hatet som uttrykkes fra omsorgspersonen utgjør naturlig nok en stadig fare selv og medfører en akutt fornemmelse av manglende tilknytningstilørighet. I et forsøk på å forstå omsorgspersonens atferd ender barnet i midlertidig ofte med å tilskrive seg selv en rekke negative egenskaper som verdiløs, uelsket, o.s.v. Barnet kan dessuten, i et forsøk på å beskytte seg mot det hatet som utvises gjennom omsorgspersonens overgrep, utvikle en defensiv reaksjon som innebærer en generell hemning av mentaliseringsprosessen omkring overgriperens intensjoner. Hvis barnets tenkning fortsatt er preget av en teleologisk innstilling er det videre større sannsynlighet for at barnet utvikler en tilbøyelighet til ikke å mentalisere over overgriperens mentale tilstand og at dets indre verden fortsatt vil representeres i en psykisk ekvivalensmodus (jamfør punkt 2 ovenfor), i følge Fonagy. I det lange løp vil en slik selektiv unngåelse av indre tilstandsrepresentasjoner i forhold til den omsorgsperson som begår overgrep, føre til en mangelfull mentaliseringsevne i relasjon til tilknytningskontekster som er relatert til eller minner om konteksten med den aktuelle overgriperen. Således vil altså overgrepene medføre en reduksjon av mentaliseringsprosessen også i senere intime og interpersonelle forhold. (Ibid., pp. 332f)

5.0 DISKUSJON

Dette avsnittet vil diskutere hvordan teoriene presentert i forrige avsnitt mulig vil forklare utviklingen av de komorbide psykiske lidelsene presentert i avsnitt 3.0 i forbindelse med de nervøse spiseforstyrrelsene.

5.1 Borderline personlighetsforstyrrelse og bulimia nervosa

Som fremhevet i empirisavsnittet (3.6) er det kun en komorbid forekomst av personlighetsforstyrrelser som empirien gjennomgående fremhever i forbindelse med nervøse spiseforstyrrelser, nemlig borderline personlighetsforstyrrelse i forbindelse med bulimia nervosa (og anorexia nervosa, bulimisk type). Som det fremgår i avsnitt 1.2 er ustabilitet et sentralt aspekt ved lidelsen. Ustabilitet ses i forhold til den emosjonelle tilstanden, i forhold til selvkonseptet og i forhold til interpersonelle relasjoner. I tillegg ser man en fremtredende grad av impulsivitet. Borderlinepasienter kan utvise impulsiv atferd både i forhold til selvskading, suicidal atferd og overspising.

5.1.1 Mentalisering, tilknytning og borderline personlighetsforstyrrelse

Ut fra denne oppgavens teorigrunnlag vil de symptomene man ser ved borderline personlighetsforstyrrelse forklares som et resultat av den tidlige tilknytningen barnet danner med sine foreldre og den påfølgende manglende evnen til mentalisering og affektregulering. I følge teoriene vil et desorganisert tilknytningsmønster (se 4.2.3) ligge til grunn, der personen har svært ambivalente, motstridende motiver i forhold til interpersonelle forhold. Mens personer som er usikkert tilknyttet vil være relativt konstante i sin tilknytningsatferd, enten ved å utvise avstandstakende eller klyngende atferd, vil personer som er desorganisert tilknyttet vise svært motstridende og varierende tilknytningsatferd. I forhold til borderline personlighetsforstyrrelse vil dette kunne forklare den ustabiliteten som ses i de interpersonelle forholdene. Flere beskrivelser av denne lidelsen vektlegger at personen på den ene siden er ekstremt redd for å bli forlatt, samtidig som de føler seg utilstrekkelige i nære interpersonelle forhold. På den ene siden ønskes og søkes nærhet, men på den annen side lider de interpersonelle forholdene av en ”kunstighet” som forårsakes av personens behov for å eksternalisere fremmede deler av selvet over til andre personer (Evang, 2003, pp. 224f; Fonagy, et al., 2007, pp. 338f). Dette er med å forårsake den vekslingen man ser hos borderlinepasienter, mellom henholdsvis idealisering av andre personer på den ene siden, og raseri og forakt på den andre siden. Samtidig medfører en slik eks-

ternalisering at andre personer forsøkes kontrolleres for tilsvarende delene av selvet som eksternaliseres. Dette igjen medfører ofte brudd i de interpersonelle forholdene da andre mennesker i stor grad yter motstand mot den aggressive, kontrollerende og forvrengende formen for kommunikasjon slik manipulasjon naturlig medfører. Dette vil igjen bekrefte de arbeidsmodellene borderlinepasientene har oppbygd over tilknytningen til andre personer.

Sviktet i mentaliseringsevnen som medfølger av det dysfunksjonelle tidlige tilknytningen medfører også en betydelig begrensning i evnen til å lese andre personer. Tolkning av atferd skjer på et teleologisk nivå, og det skilles i liten grad mellom personens indre opplevelser og den ytre verden. Mentale tilstander tillegges andre personers atferd på bakgrunn av personens egen mentale tilstand, snarere enn en tolkning av motivasjonene til den andre. Sånn sett kan en simpel handling som at en dør lukkes av en person med borderline personlighetsforstyrrelse oppfattes som et sterkt tegn på avvisning. Dette er med på å forklare de uhensiktsmessige emosjonelle utbruddene man kan se hos personer med denne lidelsen. Som nevnt tidligere er også mentaliseringsevnen sentral for affektreguleringen. Svekkelsen i denne evnen som er sprunget ut av den tidlige tilknytningen, medfører i følge teorien at borderlinepasienter overveldes av emosjonell arousal som overstiger deres selvkontroll. Disse uttrykkes dermed i deres uregulerte, grunnleggende form. Man kan også se slike voldsomme emosjonelle uttrykk som et resultat av det teleologiske nivået atferd tolkes på. Som det fremgår av avsnitt 4.2.2 bygger denne formen for atferdsforståelse på basale kausale antagelser av motivene bak atferd. Personer med borderline personlighetsforstyrrelse har således et langt mer begrenset handlingsrepertoar å trekke på i deres agering ovenfor andres atferd. De evner simpelthen ikke å lese og forstå motivasjonen bak atferden og evner således heller ikke å endre andres mentales tilstander gjennom egen atferd.

Impulsiviteten man også kan finne hos personer med borderline kan også forklares som et uttrykk for uregulerte mentale tilstander. Der andre personer har mulighet for å regulere deres atferd til adekvate uttrykk for deres mentale tilstand, uttrykker borderlinepasienter den mentale tilstanden i en uprosessert form. Lidelse kan sånn sett komme til uttrykk gjennom dyp depresjon, selvskadende atferd, suicidalforsøk, og lignende. Det skjer i liten grad en vurderings og reguleringsprosess i forhold til oppfattelsen, reguleringen og uttrykket av egne indre tilstander. Disse handlingene er

også med på å eksternalisere lidelsen og overføre de uakseptable aspektene ved selve på ytre faktorer og objekter. Det er her viktig å bemerke at kroppen kan ses som et slikt ytre objekt som er atskilt fra det psykologiske selvet. Den manglende følelsen av kontroll over egne indre tilstander kan således avledes ved å utøve ”kontrollerende” atferd på eksterne objekter, herunder kroppen. Således kan selvskading, suicidal atferd og atferd forbundet med overspisning ses som et forsøk fra borderlinepasientens side på å oppnå kontroll over sin emosjonelle arousal.

5.1.2 Mentalisering, tilknytning og bulimia nervosa

Dette leder over på sammenhengen mellom nervøse spiseforstyrrelser og borderline personlighetsforstyrrelse. Som det empiriske avsnittet (3.6) viser, er det påvist en sammenheng mellom borderline personlighetsforstyrrelse og bulimia nervosa (og til en viss grad også med anorexia nervosa, bulimisk type). Som det fremgår i avsnitt 1.2 er det dessuten enkelte av karakteristikkenes ved de to ulike lidelsene som går igjen, hvorav impulsivitet og mangel på kontroll ses som det sentrale i denne oppgaven. Man kan her argumentere for at den ambivalensen man ser hos personer med borderline personlighetsforstyrrelse også gjenspeiler deres forhold til mat og deres egen kropp. Følelsen av sult uttrykkes spontant og nærmest grotesk gjennom overspisning. Gjennom denne typen handling oppleves dog samtidig en enorm følelse av tap av kontroll. Flere tekster som omhandler både bulimia nervosa spesielt, men også spiseforstyrrelser generelt, fremhever tapet av kontroll over egen spising som sentralt i disse lidelsene. For de restriktive anorektikerne er derimot impulsiviteten begrenset og det er snarere snakk om rigide handlingsmønstre i forhold til spisingen. Bulimikeren har derimot et uttalt impulsivt reaksjonsmønster, hvilket medfører den hyppige forekomsten av overspisningsepisoder. Dette aspektet kan også gi en mulig forklaring på hvorfor man også ser en høyere forekomst av borderline personlighetsforstyrrelse blant personer med den bulimiske utgaven av anorexia nervosa. Overspisningens impulsive natur er også et av aspektene ved denne underkategorien, hvilket atskiller den fra den restriktive utgaven av lidelsen.

Overspisningsepisodene medfører dog på den annen side skyldfølelse og lidelse hos personen gjennom opplevelsen av tapet av kontroll. For bulimikeren kan man argumentere at den påfølgende ”rensende” atferden, i form av selvpåført oppkast, bruk av lakserende midler, overdreven trening, o.s.v. er et forsøk på å gjenopprette denne kontrollen, ikke bare over egen spising, men også over sine egne mentale tilstander.

Psykisk ekvivalensmodus, beskrevet i avsnitt 4.2.3, er her sentralt da personen ikke opplever et skille mellom indre og ytre tilstander. Gjennom gjenopprettelse av kontroll over de ytre faktorene gjenopprettes også en følelse av kontroll over ens tanker og følelser.

5.1.3 Delkonklusjon

Forbindelsen mellom bulimia nervosa og borderline personlighetsforstyrrelse blir, i henhold til det foregående avsnittet, således sett som et uttrykk for at disse lidelsene deler noe av det samme epidemilogiske grunnlaget, der manglende affektregulering, ambivalens og impulsivitet kommer til uttrykk gjennom uhensiktsmessig atferd med påfølgende kompenserende, kontrollgjenopprettende atferd. Det er her viktig å poengtere at dette kun representerer et mulig overlapp for enkelte personer, ettersom langt fra alle bulimikere lider av borderline personlighetsforstyrrelse og heller ikke alle borderlinepasienter lider av bulimia nervosa.

5.2 Angstlidelser og nervøse spiseforstyrrelser

Empiriavsnittet avdekker at det i forskningen omkring komorbiditeten mellom personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser eksiterer svært varierende resultater. Dette gjelder også for forskning som peker på sammenfallet av angstlidelser sammen med de nervøse spiseforstyrrelsene. Det er dog med relativt stor sikkerhet mulig å konkludere at OCD og PTSD hyppigere forekommer i forbindelse med henholdsvis anorexia nervosa og bulimia nervosa.

5.2.1 OCD og nervøse spiseforstyrrelser

Mentaliseringsteorien, slik den fremstilles i kildene som er bakgrunnen for denne oppgaven, konsentrerer seg i all hovedsak om å forklare svikt i utviklingen av selvet med henblikk på å forklare personlighetsforstyrrelser. Det er dog mulig å benytte denne forklaringsmodellen for å se nærmere på etiologien bak andre psykiske lidelser også. Sentralt i denne sammenhengen er persipert fare og atferd som søker å unngå fare. Pallister & Waller (2008, p. 375) peker på at i møte med potensielt farefulle situasjoner, responderer mennesker med atferd som søker å unngå denne faren. I korte tidsrom kan slik atferd tjene til at individet unngår fare, men hvis atferden opprettholdes over lengre tid blir det en dysfunksjonell atferd. Pallister & Waller ser dette som et resultat av at individet i de tilfellene hvor den persiperte faren ikke er reell, allikevel tillegger atferden æren for at faren ikke oppstod.

To aspekter styrer således denne atferden: hvordan individet oppfatter fare, og hvordan det responderer på den. En oppfattelse av fare krever nødvendigvis at en person også regulerer sin emosjonelle respons i forhold til utvendige stimuli. Følger man mentaliseringsteorien, vil en nedsatt evne til å regulere emosjoner således medføre at utvendige stimuli mistolkes, i denne sammenheng at individet feilaktig oppfatter en fare. Oppfattelsen av fare er også sentralt i obsessiv-kompulsiv lidelse. Personer med denne lidelsen henfaller til rituelle, irrasjonelle handlingsmønstre og plages av tvangstanker (Nolen-Hoeksema, 2004, pp. 231-234). Det er således tydelig at de forbinder ytre faktorer med indre faktorer, hvor denne forbindelsen ikke er reell. Igjen kan man snakke om at det skjer en prosess i psykisk ekvivalensmodus – det indre og det ytre sammenblandes. Samtidig kan man argumentere for at individet utøver kontroll over sin indre angst ved å kanalisere den mot et ytre stimuli.

Man kan også argumentere for at symptomene på den obsessiv-kompulsive lidelsen sammenfaller med symptomene man ser på de nervøse spiseforstyrrelsene. Personer med nervøse spiseforstyrrelser plages ofte av rigide tanker og handlinger i forhold til mat, kroppsvekt, speilbilde, og lignende (Pallister & Waller, 2008, pp. 375f; avsnitt 2.2). Skillet mellom anorexia og bulimia nervosa, og OCD kan således ses på som svært overlappende i denne sammenheng. Vekt og mat blir en kilde til tvangstanker og tvangshandlinger for personen, og spiseforstyrrelsens atferd blir den angstreducerende atferden. Satt på spissen kan man nærmest argumentere for at spiseforstyrrelsen blir en avart av OCD-lidelsen. Herunder kan man også argumentere for at dette belyser tendensen til at OCD hyppigere forekommer i sammenheng med anorexia enn med bulimia nervosa. Bulimiens symptomer fremstår som mer impulsiv enn anoreksien (særlig den restriktive typen), der bulimikerne henfaller til overspisning, mens anorektikeren i større grad avstår fullstendig fra å spise.

5.2.2 PTSD og bulimia nervosa

Den andre formen for angstlidelser som hyppigst ses i sammenheng med nervøse spiseforstyrrelser er posttraumatisk stresslidelse. Her ses det, som nevnt i avsnitt 3.0, et skille mellom bulimia og anorexia nervosa, der det påvises en komorbiditet i større grad hos bulimikerne.

Teorigrunnlaget i denne oppgaven vil forklare denne forekomsten med at traume spiller en sentral rolle i utviklingen av bulimia nervosa. Man kan her fremlede noen

av de samme argumentene som er blitt benyttet i sammenheng med bulimia nervosa og borderline personlighetsforstyrrelse (avsnitt 5.1). Traumer relatert til omsorgspersonene, eksempelvis seksuelt misbruk og vold, må antas å ha en innvirkning på en persons utvikling av tilknytningsmønstre. Dette har igjen en effekt på mentaliseringsnivået og affektreguleringen. Affektregulering er igjen et sentralt aspekt ved det å håndtere et traume. PTSD karakteriseres nettopp ved at de følelsene som er blitt vekket i forbindelse med et traume, herunder hovedsakelig angst, ikke gir slipp og fortsetter å aktiveres (Nolen-Hoeksema, 2004, pp. 214-225). Følelsene trenger seg på og får fritt leide på senere tidspunkter hvor situasjonen tilsier at slike følelser normalt ikke burde aktiveres. Følger vi videre argumentene som fremsettes i mentaliseringsteorien blir således PTSD et uttrykk for et svikt i affektreguleringen.

Hva er så sammenhengen med nervøse spiseforstyrrelser? Denne oppgaven vil argumentere for at spiseforstyrrelsen igjen blir en måte hvorpå kontroll kan oppnås gjennom en eksternalisering. Traumat utløser et kontinuerlig følelsesmessig ubehag hos personen som håndteres gjennom at personen utøver kontroll over et av de få objektene det opplever kontroll over – kroppen. Således rettes de ubehagelige følelsene mot noe eksternt og kontrollerbart hvorigjennom de avledes, men ikke forsvinner.

Denne forklaringsmodellen gir dog ikke noe bud på hvorfor PTSD opptrer hyppigere i forbindelse med nettopp bulimia nervosa. Her kreves det mulig at man går lenger tilbake i modellen for hvordan affektreguleringen utvikles, og mulig kan man argumentere for at personer med bulimia nervosa vil være mer tilbøyelige til å utvikle PTSD med bakgrunn i tilknytningsmønstre. Det er for eksempel fristende å sette opp en hypotese om at traume relaterer til bulimien gjennom at det i større grad forbindes med et desorganisert tilknytningsmønster, hvilket igjen utløser en affektregulering mer preget av impulsivitet og ambivalens. Det er dog ikke lyktes å finne tall fra empirien for å underbygge denne hypotesen.

5.3 Depressive lidelser, rusmisbruk og nervøse spiseforstyrrelser

Mens borderline personlighetsforstyrrelse og angstlidelsene OCD og PTSD ser ut til å passe godt inn i den forklaringsmodellen som fremsettes av denne oppgavens teorigrunnlag, skiller både de depressive lidelsene og rusproblematikken seg noe fra disse. De depressive lidelsene vil bli gjennomgått i første omgang.

5.3.1 Depressive lidelser og nervøse spiseforstyrrelser

I forbindelse med depressive lidelser som komorbide psykiske lidelser til nervøse spiseforstyrrelser kan man igjen trekke frem argumentet som ser spiseforstyrrelsen som en måte å eksternalisere et indre kaos av emosjoner for således å kunne kontrollere disse. Det synes dog noe mer hensiktsmessig i denne oppgavens øyne å innta den holdningen til de depressive tilstandene, at de snarere er et symptom på den lidelsen en person som har en spiseforstyrrelse medfører. Dette kan mulig underbygges av det faktum at en svært stor andel av de som diagnostiseres med en spiseforstyrrelse også utviser klare symptomer på en depressiv lidelse (se avsnitt 3.0). Skårderud (1997, p. 45) legger dessuten til at så godt som alle personer diagnostisert med en spiseforstyrrelse på et eller annet tidspunkt utviser depressive symptomer. Depressive lidelser utgjør den soleklart mest hyppige komorbide formen for psykisk lidelse man ser ved både bulimia og anorexia nervosa – forskning peker også på at så er tilfelle i forhold til en rekke andre psykiske lidelser (Sanne, Dag & Tell, 2001). Depresjonen kan på denne måten forklares ved at det fremkommer en håpløshet og tristhet som et resultat av den lidelsen personen opplever ved å leve med en spiseforstyrrelse. Det å være syk fremkaller også trolig i seg selv en nedstemthet og en følelse av ikke å mestre sitt eget liv. Man er muligens også nødt til å avbryte studier, jobb og skrinlegge eller legge planer på is. Byrden med det å leve med en spiseforstyrrelse kan således godt forklare hvorfor depresjoner og spiseforstyrrelser i så stor grad ser ut til å gå hånd i hånd.

5.3.2 Rusmisbruk og nervøse spiseforstyrrelser

Rusmisbruk er, i likhet med en rekke andre psykiske lidelser, noe som også gjør seg gjeldende når man ser på tilleggsdiagnoser til nervøse spiseforstyrrelser. Ofte benyttes betegnelsen *dobbeltdiagnose*⁹ når en omtaler rusmisbruk i sammenheng med psykisk sykdom, og man ser en tendens til at bruken av begrepet sammenblandes, både med og uten overlegg, med bruken av *komorbiditet*. Det synes som det generelt er lite klarhet i om det er et skille mellom de to begrepene. Dog er det tydelig at når man benytter uttrykket *dobbeltdiagnose*, refererer man til en rusproblematikk i sammenheng med psykisk lidelse, mens *komorbiditet* ser ut til å kunne dekke over *både* forekomsten av rusmisbruk i sammenheng med psykisk lidelse *og* forekomsten av

⁹ Dette er bruken slik den forekommer i det norske helsevesenet. I det amerikanske ser derimot *dobbeltdiagnose* (dual diagnosis) ut til å benyttes hyppigere om psykisk sykdom i sammenheng med utviklingshemming.

andre lidelser. Man kan for så vidt også diskutere hvorvidt rusmisbruk i sammenheng med en nervøs spiseforstyrrelse faller inn under definisjonen dobbeltdiagnose eller komorbiditet. I denne oppgaven er det valgt å se dette som en form for komorbiditet av to grunner: 1) For det første er de lidelsene som opptrer hyppigst i litteraturen som omhandler dobbeltdiagnoser normalt av en annen og mer alvorlig art enn de nervøse spiseforstyrrelsene, herunder blant annet Schizofreni. 2) For det andre er rusmisbruk i forbindelse med spiseforstyrrelser en svært aktuell problemstilling, hvilket vises i undersøkelsen som ble presentert i det empiriske avsnittet.

Det er dog verdt å dvele litt omkring hvorfor rusproblematikk i sammenheng med psykisk lidelse har sin egen betegnelse som skiller seg fra det en normalt omtaler som komorbiditet. Det kan være flere grunner til dette. Mulig kan man argumentere for at rusproblematikk må ses som et symptom på psykisk lidelse, snarere enn en isolert lidelse i seg selv. Selvmedisinerer er et utbredt begrep innenfor psykiatrien (og til en viss grad innenfor det somatiske helsevesenet også, for eksempel blant pasienter med smerter), der en ser at personer diagnostisert med en eller flere psykiske lidelser bruker rusmidler som et redskap for å døyve symptomene sine. Denne formen for symptomlindring finner man innenfor en rekke diagnoser, herunder angstlidelser, affektive lidelser og psykoser (Akerholdt, 2006, p. 222-225). Man kan her argumentere for at dette punktet også gjelder for personer med nervøse spiseforstyrrelser. Rusen blir en måte hvorigjennom personen kan flykte fra sin egen lidelse. Sånn sett ser det ut til at argumentet fra foregående avsnitt (5.3.1) også er plausibelt i forbindelse med rus og spiseforstyrrelser.

Man kan dog også stille spørsmålstegn til hvorfor nettopp bulimikere hyppigere benytter rusmidler enn anorektikere. Mulig kan årsaken her ligge i det ambivalente forholdet til å innta næring som ser ut til å være en av karakteristikkene ved bulimien. Man kan argumentere for at den forskjellen man ser mellom restriktiv og bulimisk type av anorexia nervosa underbygger dette. Impulsiviteten kan også være en medvirkende faktor. Mens de restriktive anorektikerne i større grad yter en kontroll over det å innta føde, har personer med bulimiske spiseforstyrrelser en større tendens til å "sprekke" og innta store mengder på en gang. En større lempfeldighet i forhold til det å innta både føde, men også rusmidler, vil således naturlig også medføre en høyere forekomst av misbruk og avhengighet.

5.4 OPPSUMMERING

I forhold til de komorbide psykiske lidelsene som hyppigst ses i forbindelse med de nervøse spiseforstyrrelsene, er det noen trekk som ser ut til å gå igjen ut fra forklaringsmodellen som er blitt presentert i denne oppgaven.

Eksternalisering og mangelfull affektkontroll er et gjennomgående tema. Kort oppsummert ser det ut til at for både angstlidelsene (OCD og PTSD) og borderline personlighetsforstyrrelse, kan båndene som knytter disse lidelsene til spiseforstyrrelsene ses som springende ut fra mangelfull tidlig tilknytning hvilket igjen medfører en dårlig mentaliseringsevne og affektregulering. Resultatet er at ytre faktorer forøkes kontrolleres gjennom atferden man forbinder med spiseforstyrrelser. Traumer eller mangelfull omsorg i barndommen ses som et felles grunnlag for utviklingen av alle lidelsene, både de komorbide og spiseforstyrrelsene.

For de depressive tilstandene og rusproblematikken er det derimot denne oppgaven argumentert for at disse heller hovedsakelig bør ses som medfølgende ”symptomer” på det å lide av psykisk sykdom. Depresjonen ses som en konsekvens av lidelsen av at livskvaliteten reduseres ved forekomst av en spiseforstyrrelse, mens rusmisbruket er en måte hvorigjennom den syke kan flykte fra lidelsen.

6.0 KONKLUSJON

I dette avsnittet konkluderes oppgaven i henhold til oppgavens problemformulering (avsnitt 1.1).

6.1 Komorbide lidelser i forbindelse med nervøse spiseforstyrrelser

I forbindelse med bulimia og anorexia nervosa viser empirien at følgende komorbide psykiske lidelser opptrer hyppigst i sammenheng med disse:

Unipolare depressive lidelser er den formen for komorbide lidelser som opptrer hyppigst blant personer med både bulimia og anorexia nervosa. *Rusmisbruk/avhengighet* opptrer også hyppig i forbindelse med nervøse spiseforstyrrelser, særlig hos personer med bulimia nervosa.

Blant angstlidelsene opptrer *obsessiv-kompulsiv lidelse* komorbid med både bulimia og anorexia nervosa, dog hyppigst i sammenheng med sistnevnte. Posttraumatisk stresslidelse opptrer derimot kun i særlig grad komorbid med bulimia nervosa.

For bulimia nervosa opptrer *borderline personlighetsforstyrrelse* hyppigst av Akse II-lidelsene fra DSM-IV klassifikasjonssystemet. For anorexia nervosa er det ikke mulig ut fra empirien å konkludere med sikkerhet noen særlig sammenheng med lidelser fra denne akse.

Det er viktig å poengtere at en rekke andre psykiske lidelser også er påvist i sammenheng med nervøse spiseforstyrrelser. Dog varierer resultatene fra empirien i så stor grad at man ikke kan konkludere komorbid forekomst sikkert.

6.2 Teorigrunnlagets forklaringsmodell

Gjennom denne oppgavens teorigrunnlag er det forsøkt å gi en forklaring på hvorfor man ser de overnevnte komorbide lidelsene i sammenheng med de nervøse spiseforstyrrelsene. Mangelfulle tidlige tilknytningsforhold ser her ut til å spille en rolle da disse medfører en redusert evne til mentalisering og regulering av affekt. Dette medfører at kontrollen av emosjoner eksternaliseres til et ytre objekt – kroppen. Ulikhetene som finnes mellom anorexia og bulimia nervosa kan mulig forklares ved impulsivitet og ambivalens hos bulimikere. Traumer og vanrøkt ses også som et sentralt felles grunnlag for utviklingen av både spiseforstyrrelsene og de komorbide lidelsene.

Dog er det i oppgaven argumentert for at denne forklaringsmodellen i større grad passer på borderline personlighetsforstyrrelse og angstlidelsene. Depresjon og rusmisbruk ser derimot heller som et resultat av spiseforstyrrelsene, gjennom at det utvikle en depresjon trolig kan forårsakes av det å leve med en psykisk lidelse og rusmisbruk blir en form for selvmedisinering for å unnslippe lidelsen.

7.0 REFERANSELISTE

- Akerholt, A. (2006). Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr. 03, 2006.
- Bateman, A.W.; Ryle, A.; Fonagy, P. & Kerr, I.B. (2007). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared. *International Review of Psychiatry*, No. 19(1), February 2007.
- Blinder, B.J.; Cumella, E.J. & Santhara, V.A. (2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*. No. 68, 2006.
- Bowlby, J. (2003). *En sikker base – Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Frederiksberg: Det lille forlag.
- Brewerton, T.D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, No. 15, 2007.
- Conason, A.H.; Klomek, A.B. & Sher, L. (2006). Recognizing alcohol and drug abuse in patients with eating disorders. *QJM: An International Journal of Medicine*. No. 99, 2006.
- Dobbeltdiagnose.no. (2009). *Våre målgrupper*. Sist lastet fra: http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/dobbeltdiagnose/om_oss/vaare_malgrupper den 22. mai 2009.
- Egidius, H. (2001). *Psykologisk leksikon*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Fonagy, P. (2001). The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol. 65, No. 3, 2001.
- Fonagy, P. (2008). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. *Busch, F.N. (Edt.): Mentalization – Theoretical Considerations, Research Findings and Clinical Implications*. New York: The Analytic Press.

- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L. & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: The role in self-organization. *Development and Psychopathology*. No. 9, 1997.
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, No. 20(6), 2006.
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Nr. 16, 2004.
- Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients With Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, No. 16, 2008.
- Hudson, J.I.; Pope Jr., H.G. & Jonas, J.M. (1984). Psychosis in anorexia nervosa and bulimia. *The British Journal of Psychiatry*. No. 145, 1984.
- Joos, A. & Steinert, T. (1997). Komorbidität von Schizophrenie und bulimischer Anorexie: Ein Fall mit forensischer Relevanz. *Nervenarzt*. No. 68, 1997.
- Kaye, W.H.; Bulik, C.M.; Thornton, L.; Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*. No. 161, 2004.
- Kringlen, E. (1997). *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E.; Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry*. No. 158:7, July 2001.
- Lier, L.; Isager, T.; Jørgensen, O.S.; Larsen, F.W. & Aarkrog, T. (1999). *Børne og ungdomspsykiatri*. København: Hanz Reitzels Forlag.
- Mathias, J.L. & Kent, P.S. (1998). Neuropsychological Consequences of Extreme Weight Loss and Dietary Restriction in Patients with Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. Vol. 20, No. 4, 1998.
- McElory, Susan L.; Kotwal, R. & Keck Jr, P.E. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*. No. 8, 2006.

- Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (2005). *Kognitiv terapi: Modeller og metoder. Kap. 8: Kognitiv terapi ved personlighetsforstyrrelser*
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Abnormal Psychology*. New York: Mc Graw Hill.
- Pallister, E. & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*. No. 28, 2008.
- Perez, M.; Thomas Jr, E.J. & Lewinsohn, P.M. (2004). Is Major Depressive Disorder or Dysthymia More Strongly Associated with Bulimia Nervosa? Publisert online på *Wiley InterScience*, 2004.
- Salbach-Andrae, H.; Lenz, K.; Simmendinger, N.; Klinkowski, N.; Lehmkuhl, U. & Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric Comorbidities among Female Adolescents with Anorexia Nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev*. No. 39, 2008.
- Sanne, B.; Dag, A.A. & Tell, G.S. (2001). Depresjon – samfunnsmessige kostnader. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. No. 5, 2001.
- Sansone, R.A.; Levitt, J.L. & Sansone, L.A. (2005). The Prevalence of Personality Disorders Among Those with Eating Disorders. *Eating Disorders*. No. 13, 2005.
- Santos, M.; Richards, S.C. & Bleckley, K.M. (2007). Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors*. No. 8, 2007.
- Skårderud, F. (1997). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. No. 9, 2009.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2009). Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. No. 9, 2009.
- Svirko, E. & Hawton, K. (2007). Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. *Suicide & Life - Threatening Behavior*. No. 37(4), 2007.

Swinbourne, J.M. & Touyz, S.W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*. No. 15, 2007.

Sykehuset-Innlandet.no. (2006). *Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri*. Sist lastet fra:
http://www.sihf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=553&I=4895
den 22. mai 2009.

Forsideillustrasjon hentet fra Daria.no.