



Selvskading og spiseforstyrrelser

Sammendrag

Bakgrunn. Formålet med artikkelen er å gi en oversikt over sammenhenger mellom selvskading og spiseforstyrrelser samt presentere teoretiske modeller som kan gi bedre forståelse av sammenhengene. Vi legger vekt på likheter mer enn forskjeller mellom disse to formene for symptomatisk atferd.

Materiale og metode. Grunnlaget for artikkelen er et ikke-systematisk litteratursøk i databasene Medline, Psych-Info og EMBASE (1985–2008) samt eget litteraturarkiv.

Resultater. Empiriske studier bekrefter at det er en sterk sammenheng mellom selvskading og spiseforstyrrelser. Det er vide variasjoner i prevalens. Rapportert forekomst av selvskade hos spiseforstyrrede personer varierer i området 13–68 %. Det oppgis høyere forekomst av selvskading ved bulimia nervosa og anorexia nervosa «bulimisk» type enn ved anorexia nervosa restriktiv type. Mulige fellesfaktorer er impulsivitet, obsessiv-kompulsiv trekk, dissosiasjon, selvnedvurdering, traumer, konflikter i familiemiljøet og følsomhet for kulturelle forhold.

Fortolkning. Både selvskading og spiseforstyrrelser representerer svikt i affektregulering, og begge former for kroppspraksiser kan fungere som forsøk på affektiv mestring.

Finn Skårderud

finns@online.no

Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
2626 Lillehammer

Bente Sommerfeldt

Poliklinikk for spiseforstyrrelser
Oslo universitetssykehus, Aker
og
Regional avdeling for spiseforstyrrelser
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Både selvskading og spiseforstyrrelser er selvdestruktive typer atferd. Det ligger riktignok en distinksjon i at selvskading, eksempelvis med selvpåførte sår i huden og brannskader, omtales som «direkte selvskading», mens spiseforstyrrelser i likhet med rusmisbruk og risikoatferd blir kategorisert som «ikke-direkte selvskading» (1). Både selvskading og spiseforstyrrelser debuterer hyppigst i ungdomsårene, og det er størst forekomst hos jenter og kvinner (2, 3). Fenomenene diskuteres gjerne atskilt i den vitenskapelige litteraturen, men klinikere ser ofte at en og samme pasient praktiserer begge former for kroppslig selvdestruktiv atferd. Empiriske studier bekrefter i stor grad dette.

Spiseforstyrrelser har i årevis vært gjenstand for omfattende forskning og klinisk interesse, mens både klinisk erfaring og produksjon av vitenskapelig empiri i forhold til selvskading er kommet langt kortere. Med slike begrensede forutsetninger vil vi i denne artikkelen gi en oversikt over en del kjente sammenhenger mellom selvskadende atferd og spiseforstyrrelser, og vi vil derfor vektlegge fenomenlikheter mer enn forskjeller mellom disse to formene for symptomatisk atferd. Vi ønsker også å forankre observasjoner og empiri i teoretiske modeller for å fremme kompetanse til å forstå og møte fenomenene.

Materiale og metode

Grunnlaget for artikkelen er et ikke-systematisk litteratursøk i de elektroniske databasene Medline, PsychInfo og EMBASE for perioden 1985–2008 samt eget litteraturarkiv som også inkluderer fag- og populærlitterære tekster. Egen klinisk og psykoterapeutisk virksomhet fra begge felter, både selvskading og spiseforstyrrelser, utgjør et grunnlag for å fortolke litteraturen.

Definisjoner og avgrensninger

I de diagnostiske systemene DSM-IV (2) og ICD-10 (4) omtales hovedformene for spise-

forstyrrelser, anorexia nervosa og bulimia nervosa, samt atypiske former. Den vitenskapelige litteraturen baseres i stor grad på klassifikasjonen i DSM-IV, hvor det gjøres et skille mellom restriktiv anoreksi som primært handler om vegring av næring, og bulimisk anoreksi, hvor det også er en viss forekomst av overspising. De atypiske formene blir i DSM-IV samlet i en egen kategori «uspesifiserte spiseforstyrrelser», som også inkluderer former for overspising (binge eating disorder) (5). I ICD-10 skilles det mellom anorexia nervosa og atypisk anorexia nervosa (4).

Avgrensning av selvskading er mer problematisk, da det finnes flere forskjellige definisjoner i den kliniske og vitenskapelige litteraturen (6, 7). En klinisk og akademisk pioner innenfor selvskadingsfeltet, Armando R. Favazza definerer selvskading som en *direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon* (8). Favazza beskriver at en slik atferd ofte er repetitiv. Eksempler på slik gjentatt selvskadende atferd er kutting, risping, brannskader, slag mot egen kropp og hindring av sårtilheling. Det handler således om mer eller mindre synlige skader mot kroppens overflater. En annen definitorisk tilnærming er begrepet «villet egenskade». Det finnes flere varianter av definisjoner av villet egenskade. I en multisenterstudie i seks europeiske land og Australia, CASE-studien, har man definert dette slik at skaden kan ha skjedd både uten og med suicidal hensikt, som overdoser av narkotiske stoffer eller intoksikasjoner av farmaka i suicidal hensikt, og at det også inkluderer engangstilfeller av selvdestruktiv atferd, som å kutte seg selv, hoppe fra store høyder eller svelge ikke-fordøyelige stoffer eller gjenstander (9).

Hovedbudskap

- Vitenskapelig litteratur dokumenterer en sterk assosiasjon mellom spiseforstyrrelser og selvskading
- Selvskading og spiseforstyrrelser deler viktige fenomenologiske og psykologiske karakteristika og etiologiske faktorer
- Et sentralt fellestrekk er redusert affektregulering

Forekomst

Samvariasjonen mellom selvskading og spiseforstyrrelser er blitt studert med utgangspunkt i begge de kliniske populasjonene (ramme 1) (10–12).

Selvskading hos spiseforstyrrede personer
Svirko & Hawton fant ni studier publisert i perioden 1989–2005 om forekomst av selvskadende atferd ved spiseforstyrrelser (10). Forekomsten av selvskadende atferd lå på 13,6–42,1 % hos pasienter med anorexia nervosa restriktiv type, 27,8–68 % ved anorexia nervosa «bulimisk» type, og 26–55,2 % ved bulimia nervosa (2, 10). Den vide variasjonen i prevalens forklares dels med forskjellige definisjoner av selvskading, men også med at gruppen av spiseforstyrrede pasienter er heterogen i forhold til eksempelvis alvorlighetsgrad.

Av de ni studiene er det bare Welch & Fairburn som har sammenliknet forekomsten med andre grupper, henholdsvis en gruppe pasienter med andre psykiatriske lidelser

og en kontrollgruppe (13). Den rapporterte forekomsten av selvskading var 11 % hos psykiatriske pasienter og 2 % i kontrollgruppen, sammenliknet med 26 % hos pasienter med bulimia nervosa. I litteraturen beskrives det generelt høyere forekomst av selvskading hos pasienter med bulimia nervosa og anorexia nervosa «bulimisk» type enn ved den restriktive subtypen av anoreksi, noe som bekrefter kliniske erfaringer (10).

Spiseforstyrrelser hos selvskadende personer

Det finnes færre studier om forekomst av spiseforstyrrelser blant selvskadende personer. Favazza var banebrytende innenfor selvskadingsfeltet med en studie i 1989 hvor man intervjuet 240 kvinnelige selvskadere som enten hadde meldt egeninteresse etter et TV-program om temaet, eller som allerede var til behandling for selvskading (11). 61 % av pasientene rapporterte at de hadde eller hadde hatt en spiseforstyrrelse. Herpetz identifiserte fem år senere 54 kvinnelige inneliggende psykiatriske pasienter som hadde hatt minst tre episoder med selvskadende atferd (12). Over halvparten av dem hadde en spiseforstyrrelse.

Fellesfaktorer

Fra studier om forekomst vet vi altså at det er stor komorbiditet mellom selvskading og spiseforstyrrelser. Spørsmålet er så hvilke trekk, faktorer og etiologiske forhold som er mer eller mindre felles. I det følgende vil vi med bakgrunn i den vitenskapelige litteraturen løfte frem flere slike fellesfaktorer (10) (ramme 2). De interne relasjonene mellom faktorene er foreløpig uklare og kan være både interaktive samt forskjellige uttrykk for mer eller mindre de samme grunnleggende psykologiske forholdene.

Affektregulering

Dysregulering av følelser kan presiseres som manglende evner til å tolerere ubehagelige følelser, redusere spenninger, tåle stress og kjenne selvkontroll. Flere av fellesfaktorene beskrevet nedenfor kan forstås som aspekter eller varianter av slik affektiv tematikk. I sin studie av 54 pasienter med selvskadende atferd, viste Herpetz hvordan overveldende følelser, som nedstemthet, sinne, fortvilelse og angst ble rapportert å komme i forkant av de indre spenningene som i neste omgang førte til selvskadende atferd (12). Ross & Heath fant tilsvarende at ungdommer som skader seg selv, har høyere nivå av angst og aggresjon enn dem som ikke skader seg, og konkluderte med at hovedgrunnen til selvskading er ubehagelige følelser som fører til økt angst, og som kulminerer i selvskading (14). Flere forskere har beskrevet høyere forekomst av depresjon hos spiseforstyrrede pasienter som skader seg selv (15–17).

Affektiv dysregulering er også omfattende

de beskrevet hos pasienter med spiseforstyrrelser. Taylor og medarbeidere relaterer affektiv dysregulering til begrepet aleksitymi, som viser til manglende ord for følelser. Det er robust empiri for at spiseforstyrrede pasienter er mer aleksityme enn normalpopulasjoner, og manglende evner til å identifisere, differensiere og symbolisere følelser oppfattes som knyttet til dårligere regulering av følelser og spesifikt at kroppen får en fremtredende rolle i affektiv regulering (18).

Impulsivitet

Impulsivitet kan forstås som et aspekt av følelsesmessig dysregulering. Selvskading har i stor grad blitt konseptualisert som problemer knyttet til impulsivitet (10, 19). Impulsivitet er også assosiert med spiseforstyrrelser, og da særlig bulimiske former og «bulimisk» type av anoreksi (10). Flere studier viser at økt impulsivitet skiller spiseforstyrrede pasienter som skader seg selv, fra dem som ikke gjør det (20, 21). Lacey og Favazza postulerer at samvariasjon av spiseforstyrrelse og selvskading er symptomer på en mer grunnleggende svikt av impulsivitet (19, 22).

En alternativ hypotese er at spiseforstyrret atferd fører til økt impulsivitet, og slik kan føre til selvskadende handlinger. Fessler presenterer funn som støtter en slik hypotese (23). Fra klinisk arbeid vet vi at spiseforstyrret atferd, som eksempelvis overspising og renselse, kan føre til hypokalemi, som igjen kan bidra til uro, humørsvingninger, irritabilitet m.m. (24).

Pasienter med impulsiv problematikk blir ofte involvert i flere former for problematisk impulsivitet, som selvskading, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, utagering og belastende seksuelle relasjoner. Welch & Fairburn hevder imidlertid at det er en spesifikk sterk relasjon mellom selvskading og spiseforstyrrelser (13). Og Favazza & Conterio fant at mens om lag 60 % av repetitive selvskadere hadde en historie med spiseforstyrrelser, var det bare om lag en femdel som hadde historier med rus- og stoffmisbruk eller kleptomani (11).

Obsessiv-kompulsive trekk

Sterk trang til handling er sentralt ved noen former for selvskading. Favazza beskriver hvordan tvangspreg, eksempelvis i form av ritualiserte rekkefølger av atferd, kan prege noen selvskadende pasienter (22). Tvangslidelser er også kjente komorbide tilstander ved spiseforstyrrelser (20). Paul og medarbeidere fant at spiseforstyrrede pasienter med selvskadende atferd hadde signifikant flere tvangstanker og mer tvangspregt atferd enn dem som ikke skadet seg selv (25).

Sammenhengen mellom selvskading og henholdsvis impulsivitet og tvangstrekk understøtter Favazzas & Simeons underkategorisering av selvskade i impulsiv og kompulsiv form (26). Kompulsiv selvskading er ofte habituell, repetitiv og egodyston (jegg-

Ramme 1

Forekomst

Selvskading hos spiseforstyrrede personer (10)

- Det er vid variasjon i prevalens
- 13,6–42,1 % ved anorexia nervosa restriktiv type
- 27,8–68 % ved anorexia nervosa «bulimisk» type
- 26–55,2 % ved bulimia nervosa

Spiseforstyrrelser hos selvskadende personer

- Empirien er begrenset, men tyder på høy forekomst (11, 12)
- Av 240 kvinner med selvskadende atferd, hovedsakelig rekruttert via et tv-program, rapporterte 61 % at de hadde eller hadde hatt en spiseforstyrrelse (11)

Ramme 2

Mulige fellesfaktorer for selvskading og spiseforstyrrelser

- Affektiv dysregulering
- Impulsivitet
- Obsessiv-kompulsive trekk
- Dissosiasjon
- Behov for kontroll
- Selvnedvurdering
- Traumer
- Konflikter i familiemiljø
- Kulturelle forhold

fremmed) og kan uttrykke seg som trikotillomani (trekke ut hår), kløe og alvorlig neglebiting, mens impulsiv selvskading med kutt og brannskader ofte er mer episodisk, lindrende og egosynton (jegnær). En slik kategorisering i subtyper er blitt understøttet empirisk hos pasienter med spiseforstyrrelser som skader seg (27, 28).

Dissosiasjon

La oss introdusere denne kategorien med en kasuistisk beskrivelse.

B har gått inn og ut av psykiatriske akuttavdelinger. Ved flere situasjoner har den utløsende årsaken til akuttinnleggelse vært alvorlige former for selvskade, først og fremst i form av å kutte seg. Dette har skjedd både i beruset og edru tilstand. B evner selv å beskrive forskjellige sider av selvskaden. Han kan forklare at enkelte ganger er det som om han «våkner» på Legevakten, med bandasje og søm i huden, og at han husker lite av hvordan han har kommet dit. Andre ganger har han en sterk opplevelse av at han selv «velger» selvskade for å komme unna ubehagelige følelser av å miste kontakten med seg selv, bli tom og nummen.

Flere studier viser sterke sammenhenger mellom selvskading og dissosiative fenomener (2, 29). Språklig betyr dissosiasjon «å spalte av». I denne sammenhengen kan det bety å skille følelser og språk fra opplevelser, eller psyke fra kropp. I psykologisk litteratur er begrepet ofte knyttet til mestring av traumer. Gratz hevder at dissosiasjon medierer relasjonen mellom barndomstraumer og selvskading (30). Av og til kan pasienter beskrive en dypt dissosiativ tilstand forut for selvskaden. Dette er eksemplifisert gjennom Bs erfaringer med å «våkne opp» på legevakten. Depersonalisering, derealisering og følelsesløshet ledsages ofte av uutholdelig uro og en patologisk trang til å angripe kroppen.

B illustrerer også et annet aspekt ved dissosiasjon, ved at selvskading brukes som en metode for å få slutt på den dissosiative tilstanden. B sa: «Jeg gjør det for å kjenne at jeg er til.» Selvskading kan følge i kjølvannet av følelsesmessig ubehag knyttet til dissosiasjon eller være et forsøk på å komme ut av den dissosiative tilstanden ved å påføre fysisk smerte (11, 12).

Dissosiasjon er også beskrevet i spiseforstyrrelsens psykopatologi. Det gjelder særlig overspising som både i forskningsintervjuer og i klinisk sammenheng er blitt beskrevet som en teknikk for å «koble seg av» affekter, «bli nummen», mens selvindusert oppkast eller sult er beskrevet som metoder for å avslutte den dissosiative nummenheten (31).

Det er av spesifikk interesse i denne teksten at det er en særlig sammenheng mellom selvskading hos spiseforstyrrede pasienter og dissosiasjon (21, 24, 32). Selvskading

og spiseforstyrrelser er ofte samvarierende symptomer hos personer med alvorlig dissosiasjon, og som trenger flere enn en metode for å regulere sine dårlig regulerte følelser.

Selvkritikk og straff

Det er kjent fra klinisk praksis at pasienter med spiseforstyrrelser kan ha vansker med å unne seg noe godt. Og vegring av goder, enten det er mat, luksus eller ros og omsorg kan inngå i deres «selvkritiserende kognitive stil» (10). Slik vegring og eksempelvis overdreven fysisk aktivitet, er blitt beskrevet av pasienter som kroppspraksiser for å straffe seg selv (24, 28).

Personer som skader seg selv, kan også begrunne sin atferd med at det er for å straffe seg selv (9). Anderson og medarbeidere fant at bulimiske pasienter som skadet seg selv, var mer misfornøyde med kroppene sine enn bulimiske pasienter uten selvskading, og at selvskaden delvis ble motivert ut fra ønsket om å gå løs på en kropp de mislikte (15). Svirko & Hawton understreker imidlertid at «selvkritiserende kognitiv stil» vitenskapelig sett er et relativt vagt konstrukt (10).

Kontroll

Det psykologiske behovet for kontroll er sterkt knyttet til både selvskadingens og spiseforstyrrelsens psykopatologi (11, 33). Behovet for kontroll vil naturlig kunne oppstå nettopp fordi man erfarer affektiv dysregulering og således ikke har affektiv kontroll. Den anorektiske personen kan ha illusjonen av å ha kontroll fordi hun eller han kontrollerer appetitten. Den bulimiske personen har mistet kontrollen i overspisingen, og kan forsøke å gjenvinne kontrollen gjennom påfølgende restriksjon av næring. Den selvskadende personen kan oppleve en følelse eller illusjon av kontroll fordi det er en selv som forårsaker smerten, og ikke andre (11, 12). Både selvskading og spiseforstyrrelser debuterer mest frekvent i tenårene. Dette er en livsfase hvor man både fysiologisk, psykologisk og sosialt kan oppleve mangel på kontroll.

Traumets betydning

Fenomenene som er beskrevet ovenfor, som affektiv dysregulering, impulsivitet, tvang, dissosiasjon, selvstraff og behov for kontroll, kan alle delvis, men bare delvis, forstås som følgetilstander av alvorlige traumer. Tidlige traumer, og da særlig relasjonstraumer i form av fysiske og seksuelle overgrep i barndommen, er en risikofaktor for selvskading (12). Tilsvarende finnes det en omfattende litteratur som dokumenterer misbruk og overgrep som risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser. Tobin & Griffing fant at det var signifikant mer sannsynlig at selvskadende, spiseforstyrrede pasienter var blitt seksuelt misbrukt i barndommen, enn spiseforstyrrede som ikke skadet seg. Seksuelle overgrep er en generell risikofaktor for alvorlig psykopatologisk lidelse,

og spiseforstyrrede pasienter med overgrepshistorier viste signifikant flere komorbide symptomer, og ikke bare selvskading, enn pasienter uten overgrepshistorier (34).

Familiemiljø

I både klinisk og vitenskapelig litteratur vektlegges det at det særlig er barndoms erfaringer innenfor familiekonteksten som er forbundet med utvikling av selvskadende atferd hos ungdom og voksne. I tillegg til fysiske og seksuelle overgrep, kan omsorgssvikt, tap og separasjon og den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene ha betydning. Utover dette kommer individuelle risikofaktorer som biologisk redusert affektregulering i form av sensitivitet for følelsesmessige stimuli (30, 35, 36).

Claes og medarbeidere sammenliknet ved hjelp av Family Environment Scale trekk ved familiemiljøet hos spiseforstyrrede pasienter med og uten selvskading (37). Hvor selvskading var til stede, ble det beskrevet høyere konfliktnivå mellom familiemedlemmene samt at familiene var mer oppsplittede.

Kulturbundne syndromer

En slik redegjørelse for mulige fellesfaktorer mellom spiseforstyrrelser og selvskade er langt fra tilstrekkelig, da den ikke inkluderer kulturelle forhold. Det er vitenskapelig belegg for økning av forekomst av både selvskading og spiseforstyrrelser (10), men foreløpig er empirien begrenset når det gjelder selvskading. Med dokumentert økning av både spiseforstyrrelser og selvskading innenfor vår egen kulturkrets svarer begge fenomener til definisjonen av «kulturbundne lidelser», hvor forekomst, symptomdannning og meninger som tilskrives symptomene, varierer sterkt mellom forskjellige kulturer (38). Det kan virke som et paradoks at unge mennesker skader seg selv, direkte og ikke direkte, i vår kultur preget av relativ materiell velstand og sosial trygghet. Det sentrale spørsmålet er hva som er spesifikt patogent i vår egen senmoderne vestlige kultur i forhold til både spiseforstyrrelser og selvskading og kombinasjonen av dem.

Et mulig svar er at vår samfunnsformasjon er så preget av hastige endringer i så vel skole, arbeidsliv og personlige relasjoner, at den representerer betydningsfulle endringer i tilknytningsforhold, og dermed i vilkårene for å danne en trygg identitet. Antropologen Margaret Mead (1901–78) har beskrevet hvordan kroppen får en mer fremskutt plass som symbolsk uttrykk for personlig og kollektiv psykologi i kulturer i rask endring (39). Et tilleggsforhold er hvordan oppmerksomhet omkring både spiseforstyrrelser og selvskading i medier og i ungdomskulturen kan gi konkrete handlingsideer til mennesker med følelsesmessige vansker. Språk kan fungere som smittebærer. For mer utdypende refleksjoner om kultur og psykisk helse vises det eksempelvis til Skårderud & Nasser (40).

Teoretiske modeller

En transdiagnostisk tilnærming ser på likheter på tvers av diagnostiske kategorier. I tilnærmingen til selvskading og spiseforstyrrelser fremhever vi et fellesskap ved at begge fenomener kan forstås som uttrykk for svekket følelsesregulering, og at de representerer kroppsliggjøring av følelser (41). Affektregulering som begrep er beskrevet i så vel biologisk som psykologisk teori, og er knyttet til så vel genetikk som kvaliteter på tilknytningsbånd i oppveksten (42, 43). Ifølge Gratz kan traumatiske erfaringer i barndommen, som seksuell og fysisk mishandling, bidra til en kronisk hyperaktivering som øker risiko for følelsesmessig dysregulering (44).

Det er et allmennmenneskelig fenomen at kroppslige egenskaper anvendes som symboler i kommunikasjon, som at tynnet i vår kulturkrets ofte knyttes til selvkontroll og mestring. Det som ikke er allmennmenneskelige, men snarere psykopatologiske fenomener, er at den selvskadende kan oppleve seg styrt av å måtte skade seg for å lindre den indre smerten, den spiseforstyrrede må gjenvinne kontroll gjennom å kontrollere appetitten, osv. Det oppleves ikke «som-om», men som at det «er» slik. Opplevelsen av valg er i liten grad til stede, og i stedet kan pasientene beskrive sine opplevelser med ord som tvang, nødvendighet eller besettelse (45).

Linehan og medarbeidere har formulert en såkalt biososial teori om affektiv dysregulering knyttet til selvskading (46). Man tenker seg her at personer med en medfødt følelsesmessig sårbarhet kan utvikle et mønster av slik dysregulering dersom vedkommende vokser opp i et miljø som overser, avfeier eller straffer barnets uttrykk for personlige erfaringer, følelser og inntrykk (46).

Mentalisering er et overordnet teoretisk begrep som setter følelsesmessig dysregulering i en større sammenheng (47, 48). Paradigmatisk forsøker begrepet å integrere utviklingspsykologi, tilknytningsteori og nevropsykologi, samt å knytte dette til skreddersøm av terapeutiske tilnærminger. Begrepet sier noe om evnene til å forstå egne og andres handlinger som uttrykk for mentale fenomener (47, 48). Mentalisering er en form for emosjonell kompetanse som gir oss hjelp til å regulere følelser. God mentalisering kan beskrives som evnene til å redusere feiltolkninger og misforståelser og til å føle klarere.

Mentalisering som sosial kompetanse er utviklingsmessig avhengig av biologi og genetikk, men den teoretiske tradisjonen legger ikke minst vekt på at dette utvikles gjennom trygge tilknytningsforhold. Utrygghet eller traumer kan bidra til mentaliserings-svikt. Hemmede mentaliseringsevner og forskjellige former for psykopatologiske forhold er forbundet med hverandre nettopp gjennom redusert affektregulering. Og når følelser blir vanskelige, kan man ty til kroppen som redskap for å regulere disse vanske-

lige følelsene. Når man har vansker med å føle seg selv «innenfra», kan man føle seg tvunget til å erfare seg selv «utenfra» via typer av kroppslig atferd som selvpåført smerte, sult og renselse. I et slikt perspektiv er selvskading og spiseforstyrrelser eksempler på mentaliseringsvikt (45).

Terapi

Det er ikke et mål i denne teksten å si noe utdypende om behandling av kombinasjonen av selvskading og spiseforstyrrelser. Men kortfattet mener vi at det er viktig å ha oppmerksomheten rettet mot fellestrekk mer enn mot hva som skiller. Noen pasienter presenterer seg primært som spiseforstyrrede og kan beskrive episoder av selvskading når følelser kjennes som uutholdelige. Da er det nærliggende å tenke på spiseforstyrrelsen som primær og selvskaden som sekundær. Andre kan ha en opplevelse at av de «trender» begge former for symptomatisk atferd, for å utholde negativ affekt. Det kan spesielt gjelde personer med historier med sterkt forstyrret affektproblematikk, enten i form av alvorlige personlighetsforstyrrelser eller som følge av traumer. Uansett bør det være en grunnleggende terapeutisk holdning at man forsøker å møte slike sammensatte fenomener som forskjelligartede ytringer av en grunnleggende beslektet patologi. Grovt formulert – terapeutisk holdning er grunnleggende den samme, med ønsker om å fremme ord og uttrykk til tanker og følelser som er bundet i kroppslige praksiser (45).

Konklusjon

Selvskading og spiseforstyrrelser er to kliniske fenomener med stor samsykelighet. Det finnes flere fellesfaktorer. Begge fenomener representerer en kroppsliggjøring av følelser, og begge er sensitive for kulturelle forhold. Både selvskading og spiseforstyrrelser representerer svikt i affektregulering, og begge former for kroppspraksiser kan fungere som forsøk på affektiv mestring. Terapeutisk holdning handler om å stimulere til at kroppslige praksiser blir omformet til språk om følelser og forhold.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sutton J. Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds. 3. utg. Oxford: How to books, 2007: 23.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. utg. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
3. Suyemoto KL. The function of self-mutilation. Clin Psychol Rev 1998; 18: 531–54.
4. WHO. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal, 2002.
5. Gøtestam KG, Skårderud F, Rosenvinge JH et al. Patologisk overspising – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2118–20.
6. Sommerfeldt B, Skårderud F. Hva er selvskading? Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 754–8.
7. Ekeberg Ø. Villet egenskade, parasuicid eller selvmordsforsøk? Suicidologi 2001; 6: 6–7. www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2001-nr1/Ekeberg.pdf [23.1.2009].

8. Favazza AR. Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
9. Madge N, Hewitt A, Hawton K et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49: 667–77.
10. Sivirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. Suicide Life Threat Behav 2007; 37: 409–21.
11. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 259–68.
12. Herpetz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 57–68.
13. Welch SL, Fairburn CG. Sexual abuse and bulimia: three integrated case control comparisons. Am J Psychiatry 1994; 151: 402–7.
14. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. J Youth Adolesc 2002; 31: 67–77.
15. Anderson CB, Carter FA, McIntosh W et al. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. Eat Disord 2002; 10: 227–43.
16. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behavior in eating disorder patients. Eat Behav 2001; 2: 263–72.
17. Favaro A, Santonastaso P. Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. Compr Psychiatry 1999; 40: 57–60.
18. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
19. Lacey JH. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. Br J Psychiatry 1993; 163: 190–4.
20. Collier DA, Treasure JL. The aetiology of eating disorders. Br J Psychiatry 2004; 185: 363–5.
21. Brown L, Russell J, Thornton C et al. Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33: 521–8.
22. Favazza AR. The coming of age and of self-mutilation. J Nerv Ment Dis 1998; 186: 259–68.
23. Fessler DM. Pseudoparadoxical impulsivity in restrictive anorexia nervosa: a consequence of the logic of scarcity. Int J Eat Disord 2002; 31: 376–88.
24. Skårderud F. Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2000.
25. Paul T, Schroeter K, Dahme B et al. Self-injurious behavior in women with eating disorders. Am J Psychiatry 2002; 159: 408–11.
26. Favazza AR, Simeon D. Self-mutilation. I: Hollander E, Stein D, red. Impulsivity and aggression. Sussex: John Wiley, 1995: 185–200.
27. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. J Nerv Ment Dis 2000; 188: 537–42.
28. Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates. J Nerv Ment Dis 1998; 186: 157–65.
29. Zlotnick C, Shea MT, Perlstein T et al. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self-mutilation. Compr Psychiatry 1996; 37: 12–6.
30. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10: 192–205.
31. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. Psychol Bull 1991; 110: 86–108.
32. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. Eur Eat Disord Rev 2003; 11: 379–96.
33. Fairburn CF, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behav Res Ther 1999; 37: 1–13.
34. Tobin DL, Griffing AS. Coping, sexual abuse, and compensatory behavior. Int J Eat Disord 1996; 20: 143–8.
35. Vivekananda K. Integrating models for understanding self-injury. Psychother Aust 2000; 7: 18–25.

>>>

36. Everett B, Gallop R. The link between childhood trauma and mental illness. New York: Sage, 2000.
37. Claes L, Vandereycken W, Vertommen T. Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 494–8.
38. Di Nicola VF. Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context. Part I: self-starvation as a historical chameleon. *Transcult Psychiatry* 1990; 27: 165–96.
39. Mead M. The concept of culture and the psychosomatic approach. *Psychiatry* 1947; 10: 57–76.
40. Skårderud F, Nasser M. (Re)figuring identities. My body is what I am. I: Nasser M, Baistow K, Treasure J, red. *The female body in mind. When the body speaks the mind. The interface between the female body and mental health.* London: Brunner-Routledge, 2007: 17–27.
41. Skårderud, F. Kropp, kompleksitet og kompetanse. Et mentaliseringsbasert perspektiv på spiseforstyrrelser, selvskade og rus. I: Nygren P, Thuen H, red. *Barn og unges kompetanseutvikling.* Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 211–20.
42. Schore A. *Affect dysregulation and disorder of the self.* New York: Norton, 2003.
43. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline disorder: mentalization-based treatment.* London: Oxford University Press, 2004.
44. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10: 192–205.
45. Skårderud F. *Psychiatry in the flesh. Embodiment of troubled lives. Studies of anorexia nervosa eating disorders.* Doktoravhandling. Oslo: Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo, 2007.
46. Linehan MM, Armstrong HE, Surez A et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–4.
47. Skårderud F, Sommerfeldt B. Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1066–9.
48. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline disorders. Mentalization-based treatment.* London: Oxford University Press, 2004.

Manuskriptet ble mottatt 12.11. 2008 og godkjent 2.3. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.