



# **Fellestrekk ved spiseforstyrrelser og selvskading.**

5.årsoppgave i Stadium IV – Profesjonsstudiet i medisin  
ved Universitetet i  
Tromsø.

Av: Synnøve Vullum og Tine Stokmo Lønneberg,  
medisinkull 2006

Veileder: Professor Rolf Wynn, IKM, UiT.

## ” Fellestrekk ved spiseforstyrrelser og selvskading.”

### **Forfattere:**

Tine Stokmo Lønneberg

[tinelonneberg@gmail.com](mailto:tinelonneberg@gmail.com)

Profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø, medisinkull 2006.

Synnøve Vullum

[vullums@gmail.com](mailto:vullums@gmail.com)

Profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø, medisinkull 2006.

### **Veileder:**

Rolf Wynn

[rolf.wynn@unn.no](mailto:rolf.wynn@unn.no)

Professor, IKM, UiT.

**Nøkkelord:** Selvpåført skade, spiseforstyrrelse

## **Innholdsfortegnelse**

Forord.....	s. 4
Sammendrag/abstract.....	s. 5
Innledning.....	s. 8
Materiale og metode.....	s. 9
Definisjoner og bakgrunn.....	s. 10
Fellestrekk ved spiseforstyrrelse og selvskading.....	s. 18
Direkte og indirekte selvskade.....	s. 35
Diskusjon.....	s. 36
Konklusjon.....	s. 40
Referanser.....	s. 41

## **Førord**

Vi vil først og fremst takke Rolf Wynn for hans jobb som vår veileder. Han har gjort en veldig god jobb og har vært til god hjelp og støtte under hele prosessen med oppgaven.

Vi ønsker dernest å takke Edward og Astrid Thadens legat for økonomisk støtte som har gjort det mulig for oss å legge ned ekstra innsats i oppgaven.

Å arbeide med dette prosjektet har vært en svært interessant og lærerik prosess for oss, og vi håper vår oppgave kan være til nytte også for andre som ønsker å lese den.

## **Sammendrag**

### Formål:

Formålet med oppgaven er å gi en oversikt over fellesfaktorer, etiologiske og symptomatiske, mellom spiseforstyrrelse og selvskading. Vi har hatt et spesielt fokus på impulsive og tvangspregete trekk.

### Materiale og metode:

Litteraturen som danner grunnlaget for oppgaven har i hovedsak blitt funnet via ikke-systematiske litteratursøk i den medisinske databasen PubMed.

### Resultater:

Det er funnet økt forekomst av selvskading blant spiseforstyrrede, mellom 13,6 % og 68,1 %, sammenliknet med normalbefolkningen. Spiseforstyrrelser og selvskading har også vist seg å ha flere likhetstrekk, både med tanke på symptomer og etiologiske forhold, noe som kan bidra til å forklare forholdet mellom lidelsene. Vi har studert en rekke av disse likhetstrekkene, og vi har valgt å fokusere særlig på impulsive og kompulsive trekk.

### Diskusjon:

Noe av grunnene til at selvskading ofte ses hos spiseforstyrrede kan nettopp være at de har såpass mange fellestrekk. Begge kan være tegn på underliggende problemer som kan komme til uttrykk gjennom spiseforstyrrelsen og/eller selvskadingen. Begge tilstander kan ses på som en kroppsliggjøring av følelser og der de uheldige hendelsene mot egen kropp kan være et forsøk på affektiv mestring. Det virker til å være en forskjell mellom impulsive og tvangspregete trekk blant individer med spiseforstyrrelse og selvskading, men disse trekkene behøver ikke nødvendigvis å oppfattes som motsetninger.

Betydningen av begrepene ”selvskading”, ”impulsivitet” og ”tvangspreg” har variert mellom de ulike studiene.

### Konklusjon:

Det ser ut til å være vanskelig å gjøre et klart skille mellom impulsive og tvangspregete trekk og flere individer virker til å ha karaktertrekk fra begge. Da både spiseforstyrrelser og selvskading er betraktet som selvdestruktive handlinger og kan fylle samme funksjon for pasienten, kan man velge å anse spiseforstyrrelser som en form for indirekte selvskading.

### **Abstract**

#### Object:

The intent of our study was to give an overview of common features, both regarding etiology and symptoms, of eating disorders and self-injurious behavior. We have had a special focus on impulsive and compulsive features.

#### Material and methods:

The literature used in this study has mainly been found by non-systematic searches in the medical database PubMed.

#### Results:

It's been found to be higher prevalence of self-injurious behavior amongst eating disordered individuals, between 13,6 % and 68,1 %, in comparison to the general population. The two conditions also seem to share a number of similar symptoms and etiological conditions, which may contribute to explain the relationship between the conditions. We have studied a many of these features, focusing especially on impulsive and compulsive features.

#### Discussion:

One of the reasons for the relationship between eating disorder and self-injury may be that the disorders share a number of common features. Both may be a sign of underlying pathology that may be expressed through eating-disorders or self-injury. Both disorders may be perceived as an attempt to physically express emotions and the destructive actions against the body may be an attempt of affective control. It seems to be a difference between impulsive and compulsive features amongst patient with both eating disorders and self-injurious behavior, but the features should not necessarily be viewed as opposites.

The meaning of the terms "self-injury", "impulsivity" and "compulsion" has varied between the different studies.

Conclusion:

It seems to be difficult to completely separate impulsive and compulsive features, and many individuals seem to express both features. Since both eating disorders and self-injury is considered self-destructive actions and may fulfill the same function, one can choose to view eating disorders as an indirect form of self-injury.

## **Innledning.**

Den typiske selvskadende pasienten og den typiske spiseforstyrrede pasienten er i stor grad den samme. Begge er kvinner i ung voksen alder (1, 2, 3, 4) og viser seg å ha flere fellestrekk både når det gjelder bakgrunn og symptomuttrykk (5, 6). Flere undersøkelser mener å finne sammenhenger mellom spiseforstyrrelser og selvskading (4, 7, 8, 9, 10, 11), og forekomsten av selvskading hos pasienter med spiseforstyrrelser varierer fra 13,6 - 68 % for ulike typer spiseforstyrrelser (6).

En måte å tolke denne sammenhengen på er å se på spiseforstyrrelser og selvskading som en del av den samme selvdestruktive oppførselen. Begge lidelsene kan være et uttrykk for andre problemer, vanskelige situasjoner og en følelse av hjelpsløshet (2, 12), og kan dermed fungere som mestringsmekanismer (5, 13, 14, 15, 16). En spiseforstyrrelse kan oppfylle samme funksjon som selvskading og kan dermed betraktes som en metode for selvskading i seg selv (5, 13, 15). Med utgangspunkt i dette kan man tenke seg et skille mellom direkte og indirekte selvskading, hvor direkte selvskading involverer aktiv selvpåført smerte og skade, mens indirekte selvskading kan komme til uttrykk som spiseforstyrrelser, rusmisbruk, risikoatferd og ødeleggende relasjoner (5, 17, 18).



## **Materiale og metode.**

### Formål.

Formålet med oppgaven er å gi en oversikt over fellesfaktorer, etiologiske og symptomatiske, mellom spiseforstyrrelse og selvskading. Vi har hatt et spesielt fokus på impulsive og tvangspregete trekk.

### Type studie.

Oppgaven er en litteraturstudie, hovedsaklig basert på 44 artikler, 8 fagbøker samt informasjon fra noen nettsider og retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser fra Statens helsetilsyn. De fleste studiene tar utgangspunkt i pasienter med diagnostisert spiseforstyrrelse som også har selvskadende atferd. Ett av studiene tar derimot utgangspunkt i selvskadere som også har spiseforstyrrelsesproblematikk.

### Metode.

Artiklene er i stor grad funnet ved hjelp av ikke-systematisert søk i PubMed, samt etter anbefalinger fra vår veileder. Fagbøkene er hovedsakelig funnet som følge av at tidligere sentrale artikler på de aktuelle problemstillingene har referert til disse.

Pasientgruppene i litteraturen vi har benyttet oss av består stort sett av unge kvinnelige pasienter, og de spiseforstyrrelsene som fokuseres på er bulimia nervosa og anorexia nervosa. Sistnevnte spiseforstyrrelse deles også i enkelte studier videre inn i restriktiv type og tømmingstype.

### Avgrensninger.

Vi omtaler spiseforstyrrelsene slik de er definert etter DSM-IV og ICD-10, med hovedvekt på kriteriene i DSM-IV da det er den mest brukte definisjonen i litteraturen. Vi velger i stor grad å omtale spiseforstyrrelser som en gruppe, og skiller kun unntaksvis undergruppenes relasjon til selvskading.

De former for selvskade som stort sett nevnes i litteraturen er direkte vevsskade, og det er dermed også den formen for selvskade vi i størst grad omtaler. Andre former for selvskade nevnes også i enkelte avsnitt.

## Definisjoner og bakgrunn

### Spiseforstyrrelser.

”Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse.” Skårderud, *Sterk/Svak* 2004 s.11.

Spiseforstyrrelser er en felles betegnelse på beslektede lidelser av ulik art og alvorlighetsgrad, men med flere likhetstrekk (16). DSM-IV og ICD-10 tar for seg to hovedgrupper innenfor spiseforstyrrelser, anorexia nervosa og bulimia nervosa. I tillegg til disse hovedgruppene nevnes atypiske og uspesifiserte former for spiseforstyrrelser i en egen gruppe. De atypiske formene beskriver overspising samt andre former for spiseforstyrrelser som ikke oppfyller kriteriene til anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Overspising som spiseforstyrrelse nevnes kun i DSM-IV. DSM-IV opererer i tillegg med undergrupper av både bulimia nervosa og anorexia nervosa. Disse undergruppene kan dog bidra til at skillet mellom de ulike formene for spiseforstyrrelser blir noe uklart (16). Mesteparten av den vitenskapelige litteraturen baserer seg på DSM klassifikasjonene (5) og vi har for enkelhets skyld derfor også valgt å forholde oss til denne klassifikasjonen. Det bemerkes dog at DSM-III ble erstattet av DSM-IV i 1994, og at de diagnostiske kriteriene til spiseforstyrrelser ble noe endret i forbindelse med dette (16).

### **Ramme 1.**

#### Diagnostiske kriterier for anorexia nervosa i henhold til DSM-IV-TR:

- A) Nekter å opprettholde kroppsvekt på eller over den minimale normalvekten sett i forhold til alder og høyde (vekttap som fører til en kroppsvekt under 85% av forventet vekt, eller svikt i å nå forventet vekt i en vekstperiode, noe som fører til kroppsvekt under 85 % av forventet vekt).
- B) Intens frykt for å gå opp i vekt eller bli tykk, selv om personen er undervektig.
- C) Forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form. Urimelig påvirkning av kroppsvekt eller kroppsform ved selvvurdering eller benekting av alvoret i den nåværende lave kroppsvekten.

D) Amenoré hos kvinner som har nådd menarke, dvs. fravær av menstruasjonen i minst tre påfølgende menstruasjonssykluser. (En kvinner betegnes til å ha amenoré hvis hennes menstruasjoner kun kommer etter administrasjon av hormoner for eksempel østrogen.)

Spesifiserte former:

*Restriktiv type:* Individet har, i den aktuelle perioden med anorexia nervosa, ikke gjentatte episoder med overspising eller tømminger (som for eksempel selvindusert oppkast eller misbruk av laksantia, diuretika eller klyster).

*Tømmings type:* Individet har, i den aktuelle perioden med anorexia nervosa, hatt gjentatte episoder med overspising eller tømminger.

**Ramme 2.**

Diagnostiske kriterier for bulimia nervosa i henhold til DSM-IV-TR:

A) Gjentatte episoder med ukontrollert overspising. En overspisingsepisode er karakterisert av følgende;

- I en spesifikk tidsperiode (for eksempel innen en 2-timers periode), inntak av en mengde mat som er definitivt større enn hva de fleste ville spise i løpet av samme tidsperiode og under like omstendigheter.
- En følelse av tap av kontroll over spisingen i løpet av episoden (f. eks en følelse av at en ikke kan stoppe å spise, eller ha kontroll over hvor mye en spiser).

B) Gjentatte uhensiktsmessige forsøk på kompensatorisk atferd for å unngå vektøkning som selvindusert oppkast, misbruk av laksantia, diuretika, klyster eller andre medikamenter, faste eller overdreven trening.

C) Overspisingen og den kompensatoriske atferden forekommer gjennomsnittlig minimum to ganger per uke over en periode på tre måneder.

D) Selvtilliten er sterkt påvirket av kroppsvekten og kroppsformen.

E) Lidelsen forekommer ikke bare i perioder med anorexia nervosa.

Spesifiserte former:

*Tømmings-type:* Under den nåværende episoden med bulimia nervosa har individet gjentatte episoder med selvindusert oppkast, misbruk av laksantia, diuretika eller klyster.

*Ikke-tømmings-type:* Under den nåværende episoden med bulimia nervosa bruker individet metoder som faste og ekstrem trening for å kompensere for energiinntaket. Metoder som selvindusert oppkast, misbruk av diuretika, laksantia eller klyster, blir ikke brukt regelmessig.

### **Ramme 3.**

DSM-IV diagnostiske kriterier for EDNOS (= Eating Disorder Not Otherwise Specified):

- A) For kvinner; alle kriteriene for anorexia nervosa er innfridd, bortsett fra at individet har regelmessig menstruasjon.
- B) Alle kriteriene for anorexia nervosa er innfridd, bortsett fra at til tross for et signifikant vekttap, er individets vekt innenfor normalområdet.
- C) Alle kriteriene for bulimia nervosa er innfridd, bortsett fra at overspisingen med dertil følgende bruk av tømmingsmetoder forekommer sjeldnere enn gjennomsnittlig to ganger i uken over en periode på tre måneder.
- D) Regelmessig bruk av uheldige kompensasjonsmetoder for et individ med ”normal” kroppsvekt etter inntak av små mengder mat (for eksempel selvindusert oppkast etter inntak av to kjeks).
- E) Gjentatt tygging med påfølgende utspyting av store mengder mat (maten svelges ikke).
- F) Tvangsspising: Gjentatte episoder med overspising uten bruk av de karakteristiske tømmingsmetoder i etterkant.

Flere internasjonale undersøkelser har konkludert med at omlag 2 % av den vestlige verdens kvinner lider av anorexia nervosa og/eller bulimia nervosa. Det har likevel vist seg vanskelig å komme fram til et samlet tall for alle typer spiseforstyrrelser. Årsaken til dette er at de ulike formene for spiseforstyrrelser ofte overlapper hverandre og mange pasienter veksler mellom de ulike formene for spiseforstyrrelser i ulike perioder av livet (2).

Spiseforstyrrelser opptrer hos begge kjønn, men synes å opptre oftere hos kvinner enn hos menn (2, 15, 16) og hyppigst i tenårene eller ung voksen alder (3, 4, 15, 16). Til tross for en betydelig mindre andel menn enn kvinner med spiseforstyrrelser kan man gå ut fra at det her er store mørketall. Spiseforstyrrelser er i stor grad betraktet som en

kvinnelidelse, noe som både kan føre til at færre menn med spiseforstyrrelser oppsøker helsevesenet, men også at helsepersonell ikke nødvendigvis tenker på denne lidelsen som så veldig nærliggende hos menn. Det er også en mulighet for at en spiseforstyrrelse arter seg annerledes hos menn enn hos kvinner (16). Jenter har oftere et ønske om å bli tynnere, mens gutter i større grad har et ønske om en sunnere, mer muskuløs kropp med lav fettprosent (19). Denne typen spiseforstyrrelse er så langt ikke definert i DSM-IV eller ICD-10, men har på folkemunne og av en del klinikere fått kallenavnet *megareksi*.

Å ha en spiseforstyrrelse kan være svært tidkrevende og altopplukende, og kan dermed bidra til at personer med spiseforstyrrelser unngår sosial omgang og relasjoner og situasjoner som kan oppleves som vanskelige (19).

Til tross for at et av kriteriene som ligger til grunn for diagnosen anorexia nervosa etter DSM-IV er et forstyrret kroppsbilde, finnes det eksempler på pasienter med spiseforstyrrelser som er fullstendig klar over at de er for tynne (2). Dette tyder på at det er mer enn et forstyrret kroppsbilde som spiller inn på utviklingen av spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser kan for eksempel fungere som måter å sette grenser på, etablere autonomi og skape en identitet (16).

### Selvskading.

”Selvskade er et uttrykk for følelser på avveie” Finn Skårderud, *Skrift i hud*, 2006, s. 26.

Å avgrense og definere selvskading er noe mer problematisk enn å definere spiseforstyrrelser. Dette på grunn av at det finnes flere ulike definisjoner av selvskading og en del av disse definisjonene har i tillegg vært uklare (5, 12, 15, 20). Både DSM-IV og ICD-10 er mangelfulle når det gjelder diagnostiske kriterier for intensjonell selvskade. Det benyttes også mange ulike begreper i ulik litteratur, blant annet begrep som *villet egenskade*, *selvmutilering* og *selvskade* for å nevne noen. Vi har valgt å benytte sistnevnte begrep. En annen utfordring er å skille mellom selvskading og selvmordsforsøk (20, 15, 21). ICD-10 skiller for eksempel ikke mellom selvskade med suicidal hensikt og selvskade uten suicidal hensikt. Spesielt kan det være vanskelig å vurdere hvorvidt medikamentoverdose eller annen forgiftning er en form for selvskade eller et forsøk på selvmord. Mange studier på

selvskading velger av den grunn ikke å inkludere forgiftning som selvskademetode, men begrenser begrepet selvskading til vevsskade (15). Suyemoto (1998) beskriver selvskading som en direkte sosialt uakseptabel handling som forårsaker mindre eller moderate fysiske skader, og er repetitiv. Når selvskadingen finner sted er individet i psykisk ubalanse, men har ikke til hensikt å ta sitt eget liv. Handlingen tenkes da ikke å være svar på en trang for selvstimuli eller stereotypisk handlingsmønster som ved mental retardasjon (22).

Armando Favazza regnes som en av de fremste innenfor forskning på selvskading, og definerer selvskading som ”en direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon” (Favazza 1998, *The coming of age of self-mutilation*, s. 260). Favazza og Simeon gjorde i 1995 et skille, først og fremst mellom *sosialt og kulturelt akseptert selvskading* og *patologisk selvskading*, hvor blant annet tatoveringer, piercing, omskjæring m.m. faller inn under førstnevnte gruppe. Videre inndelte han den patologiske selvskadingen inn i 3 undergrupper, *selvmordsatferd*, med andre ord atferd som utføres med hensikt å ta sitt eget liv, *helsefarlig atferd*, som for eksempel å forbli i dårlige relasjoner eller å sulte seg, og *selvskading*. Sistnevnte delte han videre inn i 3 undergrupper:

1. *Alvorlig selvskading*: omfattende og potensielt dødelig ødeleggelse av eget kroppsvev. Omfatter blant annet amputasjoner, kastrasjon etc. Synes å forekomme oftest i forbindelse med psykose, shizoid personlighetsforstyrrelse, alvorlig psykisk utviklingshemming m.m.
2. *Stereotypisk selvskading*: Omfatter blant annet rytmisk dunking av hode mot vegg. Denne formen for selvskading er ofte repetitiv og rytmisk og kan sees hos psykisk utviklingshemmede, hos autister, mennesker med Tourettes m.m.
3. *Overfladisk/moderat selvskading*: Resulterer som regel i relativt liten vevsskade. Dette er den oftest forekommende formen for selvskading.

(Favazza og Simeon 1995, *Self-mutilation*, s. 185-196)

Sistnevnte er den formen for selvskading som omtales i denne oppgaven (heretter referert til kun som *selvskading*).

Den overfladiske/moderate selvskadingen kan være impulsiv/episodisk eller tvangspreget/repetitiv (15, 23). Eksempler på selvskading i denne gruppen er kutting, risping, brannskader, slag mot egen kropp og hindring av sårtilheling (5). Kutting er den vanligste formen for selvskade (1, 3, 24, 25, 8) og oftest er det hender og armer

som skades (13). For noen pasienter kan samme type selvskade ha ulike betydninger eller funksjoner hver gang den benyttes. Det motsatte kan også være tilfelle, at ulike typer selvskading kan ha samme betydning eller funksjon (13). For eksempel kan en medikamentoverdose ha samme funksjon for selvskaderen som å kutte seg (15, 24). De overnevnte tilfellene bør behandles forskjellig (13), og Åkerman (2009) argumenterer også for at det ikke er selvskademethoden, men tanken og hensikten bak handlingen som bør vektlegges (15). Også Fox og Hawton (2004) advarer mot å vurdere problemets alvorlighetsgrad ut i fra mengden og graden av skade som påføres (25). Som tidligere nevnt kan det noen ganger være vanskelig å avgjøre hvorvidt selvskadingen utføres med suicidal hensikt eller ikke, spesielt i de tilfeller hvor selvskadingens alvorlighetsgrad gjør at det er fare for liv (21).

Undersøkelser indikerer at kun et fåtall av ungdommene som selvskader har vært i kontakt med helsevesenet, eller søkt hjelp overhodet, i etterkant av selvskadingen (24, 25, 20) og man kan dermed gå ut i fra at det er relativt store mørketall på dette området.

Den typiske selvskadende pasienten sett i psykiatrien er en ung kvinne som har skadet seg siden tenårene (1, 25, 15), men selvskading antas å være et økende problem også hos gutter/menn og mørketallene for menn som selvskader er sannsynligvis større enn for kvinner (15). Selvskading ser ut til å være et relativt hyppig problem blant ungdom (24, 20), men mer nøyaktig forekomst er vanskelig å si noe om grunnet ulike og uklare definisjoner av begrepet (15, 12, 5, 20), få av de som selvskader har vært i kontakt med helsevesenet (24, 25, 20) samt varierende registreringsmetoder av selvpåførte skader ved ulike sykehus (25).

Mange selvskadere har også bakenforliggende eller øvrige psykiske lidelser i tillegg til selvskadingen (12, 20).

### Relasjonen mellom selvskading og spiseforstyrrelser.

Høy frekvens av selvskading har vært beskrevet hos pasienter med spiseforstyrrelser, spesielt hos kvinner og særlig blant de med bulimia nervosa (7, 8, 26, 4, 11, 9). Også når forskere har tatt utgangspunkt i pasienter med selvskadeproblematikk viser det seg at om lag halvparten har eller har hatt spiseforstyrrelser, hvor bulimia nervosa var hyppigst forekommende (10).

I en studie av Peebles, Wilson & Lock i 2010 presentertes tall som viser en sterk assosiasjon mellom selvskading og spiseforstyrrelser. De gjennomgikk journalene til 1432 unge jenter i aldersgruppen 12-21 år med spiseforstyrrelser. Det viste seg at under halvparten av pasientene hadde blitt screenet for selvskading, men blant de som ble screenet hadde hele 40,8 % vist selvskadende atferd. Selvskading ble hyppigst rapportert blant de pasientene som overspiste og tømte seg. Studien mener også å påvise høy grad av komorbiditet og annen impulsiv atferd blant pasientene med både spiseforstyrrelse og selvskadeatferd (8).

Forekomsten av selvskading blant spiseforstyrrede pasienter ble rapportert i 9 studier fra vestlige land i perioden 1986 til 2004. Forekomsten varierte fra 13,6 % til 42,1 % for anorexia nervosa restriktiv type (AN-R), fra 27,8 % til 68,1 % for anorexia nervosa tømmings type (AN-BP), og mellom 26 % til 55,2 % for bulimia nervosa (BN) (6). De store variasjonene i prevalens kan muligens forklares av ulike definisjoner og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser og selvskading, samt ulik metodebruk i de ulike studiene. Det er også sannsynlig at selvskadeproblematikk hyppig blir oversett hos pasienter med spiseforstyrrelser, og hos psykiatriske pasienter på et generelt grunnlag (13).

Det har blitt foreslått at tilstedeværelse av selvskadende atferd hos pasienter med spiseforstyrrelser kan være et tegn på mer alvorlig psykopatologi (13, 9).



**Ramme 4.**

Rapportert selvskading blant pasienter med spiseforstyrrelser.

13,6 - 42,1% ved anorexia nervosa restriktiv type

27,8 – 68,1 % ved anorexia nervosa overspising/tømmingstype

26 - 55,2 % ved bulimia nervosa

(Ref: Svirko og Hawton 2007)

### **Fellestrekk ved spiseforstyrrelse og selvskading.**

Flere studier har vist en sterk assosiasjon mellom spiseforstyrrelser og selvskading og/eller annen selvdestruktiv atferd (7, 8, 9, 10, 4, 11). En rekke fellesfaktorer tilknyttet de to lidelsene har også blitt funnet og beskrevet (6, 5). Det er vanskelig å si hvorvidt disse fellesfaktorene har en direkte årsak-virkning sammenheng, samvariasjon eller korrelasjon med spiseforstyrrelser og selvskading. Man kan tenke seg at både spiseforstyrrelser og selvskading er komplekse og sammensatte problemstillinger hvor mer enn én faktor spiller en rolle.

### **Bakgrunn og risikofaktorer.**

#### Etiologiske teorier

Det finnes en rekke ulike teorier vedrørende etiologien bak selvskading og spiseforstyrrelser, eller psykiske lidelser generelt, og det kan virke som disse teoriene har endret seg noe med tiden. Tidligere forskning synes å ha lagt mye vekt på psykodynamiske modeller med tidligere livserfaringer som sannsynlige årsaker til utvikling av psykiske lidelser. Nyere forskning virker derimot til å stadig legge mer vekt på genetikk og biologiske faktorer. Det er også naturlig å stille seg spørsmål om hva som kan være disponerende faktorer og hva som kan være utløsende faktorer.

#### Genetiske og biologiske faktorer.

Ved hjelp av tvillingstudier har man funnet at det er en betydelig genetisk komponent i utviklingen av spiseforstyrrelse (27, 28, 29). Problemet er å ekskludere felles miljøfaktorer i fra disse studiene og mange har brede konfidensintervall.

Adoptivstudier som potensielt kunne gitt god informasjon om den genetiske komponenten i utviklingen av spiseforstyrrelser er vanskelig å gjennomføre på grunn av lav prevalens av anorexia nervosa og bulimia nervosa (28). Klump et al (2009) gjorde en adoptivstudie hvor de valgte å fokusere på spiseforstyrrelsessymptomer fremfor diagnosene anorexia nervosa og bulimia nervosa, og estimerte arveligheten av spiseforstyrrelsessymptomer mellom 59 % og 82 % (30). Noe som også kan styrke det økende antallet tvillingstudier som peker mot betydelig arvelighet i utviklingen av spiseforstyrrelse. Det siste ti årene har det blitt stadig flere studier som har søkt å identifisere genregioner og gener som kan gi et forvarsel for utvikling av anorexia nervosa og bulimia nervosa. Studier på genassosiasjon har tidvis gitt signifikante, men ofte ikke-replikerbare svar (27). Når det gjelder selvskading har vi ikke funnet

liknende tvillingstudier som for spiseforstyrrede. Det kan også være vanskelig å få entydige svar fra tvillingsstudier av selvskadere da man vet at mange ungdommer kan prøve ut selvskading uten at det er utrykk for alvorlig psykopatologi (20).

Serotonin er en transmitter som i nervesystemet har betydning for kontroll av søvn/våkenhetsyklus, appetitt, kroppstemperatur, smerteoppfattelse, kvalme, brekninger og av aggressiv adferd (31). Innen forskning på spiseforstyrrelser har gener forbundet med serotoninssystemet fått betydelig plass siden neurotransmitteren har betydning for atferd og særlig atferd i forhold til mat. Dog har ikke alle studier i den forbindelse gitt samme resultat og er derfor noe usikre (27). Studier har likevel vist at antidepressiva, inkludert trisykliske antidepressiva (TCA) og selektive serotonin reopptak inhibitorer (SSRI) reduserer symptomer på bulimia nervosa sammenliknet med en placebogruppe (32). Spesifikke serotonerge medikamenter blir brukt i behandling av bulimia nervosa (33, 34).

Når det kommer til selvskading kan man også tenke seg en forbindelse med serotoninssystemet. Det er flere studier som taler for at lav serotoninfunksjon kan lede til impulsive handlinger og aggresjon (36, 35). Dette gjør at man kan tenke seg at noe av det som knytter bulimia nervosa og selvskading så tett sammen kan skyldes en forstyrrelse av impulsivitet, muligens knyttet til serotoninindysfunksjon. Brian Daniel Smith har gjennomgått flere studier på bruken av SSRI hos selvskadere. Rapporter de har gjennomgått støtter bruken av SSRI i bruk i behandling av selvskading da det generelt viser reduksjon av impulsiv aggresjon, ofte forbundet med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Han understreker at flere mer nøyaktig konstruerte studier er nødvendig for å understøtte disse resultatene (37). Stiegler et al (2001) fant at graden av serotoninindysfunksjon hos kvinner med bulimia nervosa var assosiert med tilstedeværelse av selvskading (38).

### Traumer.

Mange selvskadere har rapportert tidligere traumer i livet som for eksempel seksuelle overgrep, mobbing eller andre belastende livserfaringer (24, 20). En stor andel spiseforstyrrede, mellom 20-50 %, har også rapportert traumer i form av voldelige/seksuelle overgrep. Slike tall finnes imidlertid også blant pasienter med andre psykiske lidelser (13). Studier av pasienter med både spiseforstyrrelse og

selvskading har også funnet et høyere antall traumatiske hendelser i ung alder hos pasienter med begge lidelsene sammenliknet med pasienter som kun led av spiseforstyrrelser (39, 40).

Man kan tenke seg at personer som har vært utsatt for traumer er mer sårbare for stressende og vanskelige situasjoner, samt dårligere egnet til å takle de (13). Både selvskading og spiseforstyrrelser kan i så måte fungere som mestringsmekanismer når noe oppleves som vanskelig (13, 14, 5, 15, 16). En annen mulighet er at pasienter som tidligere har gjennomgått traumer vil kunne ha et negativt selv bilde som kommer til uttrykk i form av spiseforstyrrelser og/eller andre former for selvdestruktiv atferd (13). Man vet likevel at selvskading opptrer relativt hyppig blant ungdom (24), og at mange ungdom prøver ut selvskading uten at det nødvendigvis fungerer som en mestringsstrategi for vonde følelser og uten at de er i fare for en alvorlig skjevutvikling (20).

Barn som har gjennomgått traumer, som for eksempel seksuelle overgrep eller annen barnemishandling, har også vist seg å ha høyere utslag på dissosiasjonsscore. Dess flere overgripere, høyere alvorlighetsgrad eller hyppighet av overgrep eller overgrep fra familiemedlemmer dess høyere score (41). Det kan altså synes å være en sammenheng mellom traumets alvorlighetsgrad og tilstedeværelse av dissosiative opplevelser. Økt grad av dissosiasjon som følge av tidligere gjennomgåtte traumer ser ut til å spille en viktig rolle for flere pasienter med spiseforstyrrelser (13).

Vanderlinden og Vandereycken (97) fremla en teori om at utviklingen av en spiseforstyrrelse kan være en reaksjon på et gjennomgått traume og kan oppstå lang tid etter selve traumatiseringen. De så at en del pasienter først utviklet spiseforstyrrelser i etterkant av en utløsende situasjon, en trigger, som minnet de om det opprinnelige traumet. Pasientene opplevde altså en form for retraumatisering. Eksempelvis kunne unge jenter som tidligere hadde vært utsatt for overgrep, oppleve det komme i kontakt med egen seksualitet som en slik trigger (13).

Det er viktig å poengtere at et traume ikke trenger bety det samme for ulike personer. En situasjon som oppleves traumatisk for en person behøver ikke å bli oppfattet som traumatisk for en annen (15).

### Familiemiljø.

Langvarig belastning i form av konflikter i hjemmet har vist seg å være tilfelle for mange selvskadere (24). Det er også funnet sammenheng mellom selvskading og foreldre med alkoholproblematikk (1), familiemiljø preget av kriminalitet eller stor fattigdom (25). Andre former for belastninger i familiemiljøet kan være tap av omsorgspersoner, fravær av omsorg i oppveksten, emosjonelt misbruk eller lignende (25, 5, 13). Det kan også se ut til at det forekommer økt risiko for bulimi i familier hvor andre familiemedlemmer har hatt spiseforstyrrelse og/eller hvor det er mye fokus på slanking og vekt (16). Det er ikke urimelig å betrakte et belastet hjemmemiljø som en traumatisk oppvekst, og at det dermed kan ha samme funksjon og konsekvens for pasienten som traumer i form av seksuelle overgrep eller lignende (13).

Fox og Hawton (2004) poengterer at mennesker kan bli stresset av mange ulike faktorer (for eksempel mobbing, misbruk, vanskelige oppvekstvilkår m.m.), og at samtidig forekomst av flere slike faktorer kan gjøre det vanskelig for en person å takle situasjonen. Særlig kan dette oppleves vanskelig dersom personen selv allerede føler seg sårbar (25). Med andre ord kan et en vanskelig hjemmesituasjon eller vanskelig relasjon til omsorgspersoner ha betydning for senere utvikling av selvskading eller spiseforstyrrelser uten at det nødvendigvis har forekommet fysisk eller seksuelt misbruk (13, 15).

### Personlighetsforstyrrelser.

Personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser viser seg å ofte opptre samtidig (16). Selvskading og suicidalforsøk er også svært vanlig hos pasienter med personlighetsforstyrrelser. Det er typisk at disse pasientene bruker selvskading som en metode for å regulere og lindre stress (21).

Når pasienter med spiseforstyrrelser i tillegg har andre psykiske lidelser kan det tyde på at pasienten lider av en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (13). Emosjonelt ustabil og tvangspreget personlighetsforstyrrelse er de vanligste personlighetsforstyrrelsene hos pasienter med spiseforstyrrelser (42). Man går ut fra at tvangspreget personlighetsforstyrrelse er svært vanlig hos personer med restriktiv anorexia nervosa (43), og kan ligge til grunn for utviklingen av denne typen

spiseforstyrrelse. En tvangspreget personlighetsforstyrrelse kan være tilstede hos så mange som 22 % av restriktive anorektikere, noe som er betydelig høyere enn hos befolkningen for øvrig (42).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er funnet å være hyppig tilstede hos personer med spiseforstyrrelser, og da spesielt de med bulimia nervosa (43). En studie fant at hele 28 % av pasientene med bulimia nervosa hadde denne diagnosen. Samlede tall for individer med bulimia nervosa og anorexia nervosa tømmings type tyder på at emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er tilstede hos omlag 25 % (42). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan ha ulike dominerende symptomer som endrer seg mellom for eksempel spiseforstyrrelser, rusmisbruk, selvskading m.m.. Pasientene kan dermed oppleve å få flere ulike diagnoser etter hvilke symptomer som dominerer i øyeblikket (13).

I følge DSM-IV-TR inkluderer emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse selvskading som et diagnostisk kriterium, uten at det skilles mellom selvskading med eller uten suicidal hensikt. En studie utført på inneliggende pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse fant selvskadeproblematikk hos 85% av pasientene (13). Komorbiditet hos pasienter med psykiske lidelser er vanlig, og man kan derfor se ustabile personlighetstrekk som selvskading også hos pasienter med andre personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser enn emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (21).

### **Symptomer.**

#### Emosjoner og affektiv dysegulering.

Dysregulering av følelser kan presiseres som en manglende evne til å tolerere ubehagelige følelser, redusere spenninger, tåle stress og kjenne selvkontroll (5). Peebles, Wilson og Lock (2010) fant at pasienter med samtidig spiseforstyrrelser og selvskading ofte hadde komorbid stemningslidelse (8). Herpertz framla i 1995 en teori på at affektdysregulering er en grunnleggende psykopatologi som forbinder selvskading med blant annet spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og en rekke andre lidelser relatert til problemer med atferdskontroll (3).

Selvskading kan bli benyttet som en metode for å lindre, regulere eller få utløp for følelser på (15, 20), for redusere spenning og stress (3), sinne eller andre ubehagelige følelser (26, 39). Selvskading har blitt beskrevet som et forsvar mot ubehagelige følelser (12). Det viser seg at flere pasienter i forkant av selvskadingen opplever at det bygger seg opp sterke indre spenninger og/eller et spekter av følelser som dysfori, sinne, stress, fortvilelse, angst m.m. Selvskadingen kan være et forsøk på å regulere eller mestre disse følelsene og kan bidra til å redusere spenningen (3, 13, 14, 23). Å påføre seg selv ytre smerte kan i seg selv være smertelindrende og gi ro (23, 15). Også spiseforstyrrelser kan fungere som en metode for å unnsnippe tanker og følelser (13). Både overdrevet trening, fråtsing, oppkast og sult kan være teknikker for å glemme eller undertrykke ubehagelige følelse og tanker (44). Selvindusert oppkast kan blant annet føre til utmattelse som kan bidra til å dempe sinne og frustrasjon (42). Fråtsing kan også virke beroligende for noen, mens andre opplever å få et "kick" av fråtsingen (13). På samme måte kan selvskading virke beroligende eller lindrende for noen, men for andre bidra til en opplevelse av et "kick" eller lystfølelse (21). Flere pasienter med både bulimia nervosa og selvskadeproblematikk beskrev en lettelse i etterkant av kuttingen som de sammenliknet med følelsen de fikk i etterkant av fråtsing (4). Vanderlinden og Vandereycken (1997) beskriver også hvordan selvskading kan fungere som en tømning av følelser sammenliknet bulemikerens tømning i etterkant av fråtsing (13).

Selvskaderen sliter ofte med angst, depresjon og lav selvfølelse (24, 15). Spiseforstyrrede pasienter med selvskadeproblematikk har i flere studier vist seg å ha større grad av depresjon og større sannsynlighet for bruk av antidepressiva sammenliknet med spiseforstyrrede pasienter som ikke selvskader (40, 45, 8). Når språket ikke strekker til som mestringsmekanisme for vanskelige følelser og tanker, kan selvskaderen ty til kroppen og selvskadingen som et forsøk på mestring. Ved å skade seg selv kan smerten forflyttes fra innsiden til utsiden av kroppen, det skapes en enhet mellom det indre og det ytre (23, 15) og den sjelelige smerten får en fysisk manifestasjon som kanskje kan være lettere for pasienten å takle (13, 25).

### Kommunikasjon.

Pasienter kan ha et ønske om å vise at de er syke utad, og selvskadingen eller spiseforstyrrelsen kan være en appell om omsorg (2). Skårderud (2004) påpeker at

kroppen har en symbolsk betydning og kan være et redskap for kommunikasjon til en selv og andre om sin identitet. Han poengterer at klinikere ofte ser at ”kroppen snakker” hos pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, da pasientenes tanker og opplevelser kommer til uttrykk gjennom det man ser som typiske handlinger hos spiseforstyrrede (44).

Ved å forflytte smerten fra innsiden til utsiden av kroppen kan selvskadere uttrykke sin indre tilstand i form av fysiske sår og skader. Den smerten de føler blir på den måten også synlig for andre og kan uttrykke et behov for omsorg (23, 15) eller gi uttrykk for desperasjon (24). Muligens kan også elementer tilknyttet spiseforstyrrelser ha denne funksjonen. Ved å fråse og deretter kaste opp forsøker den spiseforstyrrede å takle sine følelser, og ved å falle raskt i vekt eller bli ekstremt tynn kan det sende et signal til andre om at den spiseforstyrrede sliter og har behov for omsorg og hjelp.

En stor andel selvskadere angir problemer med å sette ord på følelsene sine (26). Både selvskading og spiseforstyrrelser har blitt beskrevet hos individer som opplever problemer med å identifisere og verbalt uttrykke emosjoner (23). *Aleksitymi* betyr ”uten-ord-på-følelser” (2) og viser til nettopp problemer med å uttrykke emosjoner med ord, samt problemer med å identifisere og skille emosjoner fra kroppslige sanseintrykk (46). *Aleksitymi* har vist seg å være mer hyppig tilstede hos pasienter med spiseforstyrrelser og en del andre lidelser relatert til manglende impuls kontroll enn hos den øvrige normalbefolkningen (2). En kan sådan tenke seg at *aleksitymi* spiller en rolle også i den affektive dysreguleringen, da pasientene tenderer til å søke utløp for sine følelser ved hjelp av impulsive eller tvangspregete handlinger (46).

#### Oppmerksomhet og manipulasjon.

Mange har en oppfatning av at pasienter skader seg selv hovedsakelig for å oppnå oppmerksomhet (13, 25, 12, 15, 20), og det kan virke som at et ønske om oppmerksomhet er motiv for en del selvskadere (13). Flere pasienter har oppgitt at de skader seg med hensikten å manipulere andre (14), for å hevne seg på noen, skape en reaksjon hos andre og/eller som et rop om hjelp med hensikt om å oppnå beskyttelse og omsorg (13, 23). Det virker likevel som et ønske om oppmerksomhet i de færreste tilfellene er årsaken til selvskadningen, og at de fleste selvskadere tvert om ønsker minst mulig oppmerksomhet omkring sine handlinger og arr (23, 25). Vanderlinden



og Vandereycken (1997) påpeker at mange pasienter skjuler sin selvskading, og at nettopp det kan være årsaken til at problemet kan overses hos pasienter med psykiske lidelser (13). Vanligvis er problemet først synlig for andre når det er omfattende og/eller alvorlig (25). Selv om et ønske om oppmerksomhet skulle ligge til grunn for selvskadingen, betyr det ikke at de som selvskader ikke har det vondt (12).

Økt oppmerksomhet ovenfor symptomer tilknyttet spiseforstyrrelser kan føre til en fascinasjon relatert til å ha en slik lidelse. Medier og populærpresses oppmerksomhet omkring spiseforstyrrelser og liknende lidelsesformer kan også bidra til at flere intensjonelt prøver ut og ”velger” den type atferd. Personer med spiseforstyrrelser kan også oppleve å få positive tilbakemeldinger fra omgivelsene i forbindelse med at de går ned i vekt eller har restriksjoner i matveien (19).

Åkerman (2009) påpeker at oppmerksomhetsbehov sjelden er årsaken til at en person starter med selvskading, men at oppmerksomhet derimot kan bidra til å opprettholde problemer som selvskading og spiseforstyrrelser. Dette fordi personen som selvskader og/eller har spiseforstyrrelse opplever omsorg når de er syke. Når personen derimot blir friskere trekker gjerne folk seg unna. Av den grunn kan sykdommen opprettholdes for å bevare omsorgspersonene rundt seg (15). Åkermans teori kan muligens forklare resultatene fra en skoleundersøkelse blant ungdom publisert av Ystgaard i 2003. I undersøkelsen rapporterte 19,2 % av de som hadde selvskadet eller forsøkt å ta sitt eget liv, at de ønsket oppmerksomhet. 30,8 % svarte at de ønsket å finne ut hvorvidt noen var glad i dem, 27,8 % ønsket å vise desperasjon og 21,8 % svarte at de ønsket å skremme noen. Alle disse utsagnene er i større eller mindre grad basert på manipulasjon av andre, et ønske om oppmerksomhet eller et rop om hjelp. I samme undersøkelse svarte flertallet av ungdommene at en venn visste om handlingen, mens det langt sjeldnere var foreldre som var kjent med situasjonen. Det kom også fram at en klar hovedvekt, over 40 %, av ungdommene søkte hjelp hos venner både i forkant og etterkant av episoden, men kun et fåtall søkte hjelp hos familie (24).

### Dissosiasjon.

Dissosiasjon betyr atskillelse eller spalting (47). Det kan i denne sammenheng anses som en delt oppmerksomhet hvor to eller flere tankeprosesser ikke integreres og hvor

ens bevissthet over følelser og tanker reduseres og/eller unngås (41). Det har vist seg at pasienter som både lider av selvskading og spiseforstyrrelse har høyere score på dissosiasjonstester enn pasienter som kun led av spiseforstyrrelse (9, 39). Flere selvskadere rapporterer at de kjenner lite eller ingen smerte når de skader seg (3, 13, 9), og de som ikke angir smerte ved selvskading viser seg å ha høyere dissosiasjonsscore enn de som angir smerte når de selvskader. Dette åpner for teorien om at dissosiasjon fungerer som en slags anestesi (9).

Selvskading benyttes for enkelte pasienter for å få en følelse av realitet og identitet (3), for å føle seg virkelig eller ”føle noe” (26, 13) og kan ha som funksjon å regulere eller bryte en dissosiativ tilstand (13, 15, 5, 20). Selvskading kan også igangsette en dissosiativ tilstand eller rett og slett avlede pasientens oppmerksomhet, og kan på den måten være pasientens forsøk på å unnsnippe vanskelige følelser eller en spenningstilstand (13). I løpet og/eller like i etterkant av fråtsing kan bulemikere oppleve dissosiasjonen som en slags emosjonell nummenhet, hvorpå selvindusert oppkast og matrestriksjon fungerer som en metode for å avslutte dissosiasjonen (49).

### Kontrollbehov.

Behov for kontroll virker å være sentralt både for pasienter med spiseforstyrrelse og selvskadeproblematikk (26). Flere pasienter som selvskader har uttalt at selvskadingen hjelper deres følelse av kontroll (26, 3) og fungerer som et forsvar mot en intens følelse av ubehag (12). De påfører seg selv fysisk smerte og kan på den måten oppnå kontroll over kroppen sin og smerten de føler, noe som kan være en trøst i et ellers kaotisk liv (15).

En opplevelse av manglende kontroll over tanker, følelser og eget liv kan også føre til et forsøk på å få kontroll via regulering av matinntak (44). Typiske trekk hos personer med anorexia nervosa er regler for matinntak og måltider, treningsregimer, kaloritelling og behov for å kontrollere næringsinnhold i mat (42). I dagens samfunn er den slanke kvinnekroppen et skjønnhetsideal (16, 44), og en kropp som samsvarer med skjønnhetsidealet kan dermed uttrykke et indirekte budskap om selvkontroll og moralsk styrke (16). Spiseforstyrrede kan oppleve at vekttap og restriksjoner i forhold til mat gir en følelse av mestring og kontroll (19). I etterkant av fråtsing kan bulimikeres tømning benyttes som en metode for å gjenvinne kontroll (7). Enten det

gjelder å takle traumer, vanskelige situasjoner eller økt press i livet for øvrig, vil det som regel være et behov for å få kontroll over situasjonen og hjelpeløsheten. Både selvskading og spiseforstyrrelser kan fungere som mestringsmekanismer og teknikker for å oppnå kontroll (14, 5, 16, 2, 12). Da både spiseforstyrrelser og selvskading har vist seg å hyppigst debutere i tenårene (5, 9, 15, 16) kan man tenke seg at det har en sammenheng med tap av kontroll over egen kropp (6, 5) ettersom puberteten medfører mange psykiske, fysiske og sosiale endringer.

#### Selvkritikk og selvavstraffelse.

For noen kan motivet bak selvskadingen være et negativt selvbilde, selvaggresjon og/eller selvavstraffelse (3, 13, 14, 25, 39, 23, 15). I en studie av pasienter med bulimia nervosa og selvskadeproblematikk ble misnøye med egen kropp og selvavstraffelse beskrevet som de viktigste grunnene til at pasientene kuttet seg selv (4).

Personer med lav selvfølelse har ofte et ønske om å forandre seg, og en slik forandring kan gjøres konkret ved å forandre kroppen (19). En kroppslig forandring kan representere et ønske om å bli en annen og/eller håp om annen fremgang moralsk, psykologisk eller sosialt (44).

Spiseforstyrrelsen kan være et forsøk på å takle et negativt selvbilde (13) eller å fremme selvfølelsen, men kan ende med å bli et selvforsterkende problem. Dette da det er vanlig at spiseforstyrrede opplever et kontrolltapet i etterkant av fråtsingen som igjen bidrar til tap av selvfølelse (19).

I noen tilfeller kan en negativ forestilling om egen kropp stamme fra tidligere traumer i form av seksuelle eller fysiske overgrep, og man kan se dette komme til uttrykk i form av spiseforstyrrelser og/eller annen selvdestruktiv atferd. En spiseforstyrrelse kan altså være pasientens forsøk på å takle en negativ kroppslig opplevelse som for eksempel et overgrep (13). Pasienter med spiseforstyrrelser som også skader seg selv har rapportert å være generelt mer misfornøyd med egen kropp enn pasienter med spiseforstyrrelser som ikke selvskader (40, 13, 49), de rapporterer også lav selvfølelse, mye innadvendt aggresjon og sterk tendens til selvkritikk (15). Et negativt selvbilde hos den spiseforstyrrede kan ha betydning for utfallet av et gjennomgått

traume. Selvbebreidelse i etterkant av traumet kombinert med dårlig selvbilde og selvfølelse vil kunne øke sannsynligheten for utvikling av dissosiative symptomer og spiseforstyrrelser (13).

### Impulsive trekk.

#### **Ramme 5.**

##### Impulsforstyrrelse i henhold til DSM-IV-TR:

Det mest essensielle trekket ved impulsforstyrrelse er en manglende evne til å motstå en impuls, fristelse eller trang til å utføre en handling som er skadelig for en selv eller andre. Under seksjonen impulsforstyrrelse nevnes intermitterende explosive disorder, kleptomani, pyromani, patologisk gambling og uspesifisert impulsforstyrrelse. For de fleste av forstyrrelsene i denne seksjonen gjelder det at individet føler en spenningsøkning før handlingen utføres, og lettelse, nytelse eller tilfredsstillelse når handlingen utføres. Påfølgende kan de føle anger, skyld og selvbebreidelse.

Favazza (1998) argumenterte for at selvskading skulle klassifiseres som en impulsforstyrrelse pga de mange likhetstrekkene med DSM-IV kriteriene for impulsforstyrrelse (14). Den impulsive selvskadingen er som regel episodisk og hendelsesutløst. Kutting og brenning av hud, forhindring av sårtilheling, nålestikking, benbrekking og selvpåførte slag regnes som typiske impulsive selvskadingsmetoder (17). Individene som utfører denne type selvskading rapporterer at handlingen hjelper de til å kontrollere negative følelser som angst, sinneløshet, ensomhet, depersonalisering og depresjon. Selvskadingen kan også være et forsøk på å flykte fra emosjonelt vanskelige situasjoner som for eksempel smertefulle minner, eller bidra til å tilfredsstille andre behov som for eksempel selvavstraffelse eller manipulasjon av andre (14, 13).

Det er også funnet økt grad av impulsivitet hos pasienter med spiseforstyrrelser, og da særlig pasienter med bulimia nervosa (46, 51, 13). Bruk av laksantia og/eller diuretika er beskrevet som typisk impulsiv atferd hos bulimikere (7).

Pasienter med både spiseforstyrrelser og selvskadeproblematikk har vist seg å ha høy grad av komorbiditet samt høy grad av annen impulsiv atferd. Spiseforstyrrede pasienter som selvskader har blant annet vist seg å ha høyere grad av rusmisbruk (8) og generell impulsivitet sammenliknet med spiseforstyrrede pasientene som ikke selvskader (9). Det kan altså virke som personer med impulskontrollproblemer har problemer på flere områder, og at flere former for selvdestruktiv atferd ser ut til å opptre samtidig hos disse personene. Eksempler på slik selvdestruktiv atferd er blant annet kleptomani, rusmisbruk, utagerende atferd, uheldige seksuelle forhold og vanskelige relasjoner til andre mennesker (4, 7, 15, 16, 13, 20). Særlig spiseforstyrrelser som involverer fråtsing har vist seg å ha en klar assosiasjon til andre former for impulsivitet (50). En studie av 112 normalvektige bulemikere fant at rundt 40 % av pasientene også hadde andre problemer, som f.eks. alkoholmisbruk, gjentatte tyverier, overdose eller selvskade i form av kutting. Videre hadde hele 80 % av disse pasientene en historie med 3 eller flere slike problemer (4). En del ungdom som selvskader har også vist seg å ha problemer på skole, med rusmisbruk og i relasjoner til andre mennesker (20). På grunnlag av den hyppig observerte tilstedeværelsen av flere former for selvdestruktiv atferd, har det blitt foreslått at det finnes en slags felles mekanisme som fører til svikt av impulskontrollen hos enkelte mennesker, en såkalt *multiimpulsiv lidelse*. Denne gruppen pasienter har økt grad av impulsivitet, viser gjerne flere typer impulsatferd samtidig og tilstanden er assosiert med dårlig prognose (50). Lacey og Evans (1986) foreslo også at pasienter med denne lidelsen hadde et varierende symptomuttrykk. Ved å behandle hvert symptom for seg, ville symptomene kunne skifte mellom ulike typer impulsiv atferd, og kun ved å fokusere på lidelsen i sin helhet vil man kunne komme i mål med behandlingen. En kan stille spørsmål om en slik multiimpulsiv lidelse er relatert til eller er en variant av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette da emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, i følge både ICD-10 og DSM-IV-TR, har nettopp impulsivitet, affektiv ustabilitet og tendens til selvdestruktiv atferd som diagnostiske trekk, i tillegg til at man har sett en relasjon mellom denne typen personlighetsforstyrrelse og selvskading og spiseforstyrrelser. Man kan dra paralleller mellom de karakteristiske trekkene man finner ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser med bulimiske trekk. Fråtsing, selvindusert oppkast, misbruk av laksantia og diuretika hos bulemikere kan reflektere det selvskadende aspektet ved personlighetsforstyrrelsen. Et vanlig trekk ved

emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en vedvarende tomhetsfølelse, og man kan tenke seg at fråsing kan være et forsøk på å fylle et slikt følelsesmessig tomrom (44, 42).

I følge DSM-IV defineres en impulsforstyrrelse som manglende evne til å motstå en impuls, men definisjonen sier ingenting om tidsaspektet.

Ystgaards skoleundersøkelse viste at det er stor variasjon i impulsivitetsgrad blant ungdom som har gjort selvmordsforsøk eller skadet seg selv med hensikt. 38 % av ungdommene i undersøkelsen hadde tenkt på selvskadingen i mindre enn 1 time før de skadet seg selv. 11,7 % hadde tenkt på selvskadingen mellom 1 time og 1 dag, 25,2 % hadde tenkt på det mellom 1 dag og 1 måned og 19,9 % hadde tenkt på selvskadingen i mer enn 1 måned før de skadet seg selv (24). De oppgitte tidsintervallene er relativt store, men en ser likevel at flesteparten av ungdommene som skadet seg selv hadde tenkt på selvskadingen i mindre enn en time før de utførte handlingen. Dette gir et bilde på hvor hovedgruppen av de selvskadende ligger med tanke på impulsivitet. Likevel er det et viktig poeng at denne undersøkelsen ikke skiller mellom selvskading med eller uten suicidal hensikt.

#### Tvangspregete trekk.

##### **Ramme 6.**

##### Tvangslidelse i henhold til DSM-IV-TR:

Tvangstanker (obsessivitet) er stadig tilbakevendende tanker eller forestillinger som er påtrengende og upassende, og som fører til økt stress og angst hos individet.

Tankene eller forestillingene skal ikke kun være overdrivelse av hverdagsproblemer.

Individet vil prøve å ignorere disse tankene eller forestillingene og prøve å

nøytralisere dem med andre tanker eller handlinger. Individet skal gjenkjenne at tvangstankene eller forstillingene er noe som skapes i eget hode.

Tvangshandlinger (kompulsivitet) er et repeterende handlingsmønster (for eksempel overdreven vasking, dobbeltsjekkning) eller er handlinger (for eksempel bønn, telling, repeterer ord stille) som personen føler seg drevet til å utføre i respons på tvangstanker eller i henhold til regler som strengt må bli utført. Handlingene utføres for å unngå eller redusere stress og for å unngå frykt forbundet med situasjoner. Disse handlinger eller situasjoner er ikke forbudet på en realistisk måte eller er klart overdreven.

Tvangspreget selvskading er vanepreget og repetitiv (17), og personen kan erfare at de har lite kontroll over egen atferd (23). Den tvangspregete selvskadingen har gjerne typiske tvangstrekk, altså en økt spenning når personen prøver å motstå trangen mot å skade seg selv og en lettelse av spenningen når handlingen blir utført. Selvskadingen bidrar på den måten til å redusere eller unngå angst og stress (13, 14) og kan ofte utføres flere ganger daglig. Uttalt neglebiting, hudplukking og kloring er eksempler på hva som betraktes som tvangspreget selvskading (17, 7).

Hos bulemikere blir selvindusert oppkast betraktet som en tvangspreget handling (7). Spiseforstyrrede kan også ha et tvangspreget forhold til å sjekke sin egen kropp, presis og jevnlig veiing, treningsregimer, regler for matinntak og måltider, kaloritelling, usikkerhet og trang til å kontrollere næringsinnhold i mat (44, 42, 51). Man kan se en sammenheng mellom denne typen atferd, spesielt hos pasienter med restriktiv anorexia nervosa, og de klassiske symptomene ved tvangspreget personlighetsforstyrrelse (regler, perfektjonisme, orden, kontroll, rigiditet). Kontrollen og rigiditeten kan komme til uttrykk ved for eksempel mat og treningsregimer, og trangen til å oppnå ”den perfekte kroppen” kan være et uttrykk for perfektjonisme (42). Tvangslidelse regnes som en av de viktigste differensialdiagnosene til anorexia nervosa, og de to kan noen ganger være vanskelig å skille (16). Kanskje er det slik at perfektjonismen og rigiditeten som følger av en tvangslidelse medfører økt sårbarhet for lidelser som restriktiv anorexia nervosa.

Der er også funnet relasjon mellom tvangspreget spiseforstyrrelse og annen tvangspreget atferd. Blant annet er tvangspreget shopping er funnet å være relatert til spiseforstyrrelser, og spesielt til bulimia nervosa. Både tvangspreget shopping og spiseforstyrrelser er funnet å involvere lav hemmende kontroll (evne til å stanse en upassende og uønsket handling) og lav aktiverende kontroll (evne til å utføre en handling når der er en sterk tendens til unngå handlingen) (52).

Pasienter med både spiseforstyrrelser og selvskadeproblematikk viser langt større grad av tvangsmessige tanker og handlinger enn pasienter som kun har spiseforstyrrelser (39).

### Relasjonen mellom impulsivt og tvangspreget handlingsmønster:

Favaros og Santonastasos studier (1998 og 2000) av selvsykdom blant spiseforstyrrede forsvarer Favazza og Simeons inndeling i impulsiv og tvangspreget selvsykdom (7, 53). I tillegg har de beskrevet spiseforstyrredes metode for å holde vekten nede slik som misbruk av laksatia/diuretika som en typisk impulsiv atferd ved bulimia nervosa og assosierer bruk av dette med impulsiv selvsykdom (7). Favaro og Santonastaso forsvarer også inndelingen i impulsiv og tvangspreget selvsykdom i et senere studie på selvsykdom ved anorexia nervosa. I dette studiet fant de derimot ikke grunnlag for å knytte selvindusert oppkast eller misbruk av laksantia/diuretika til hverken impulsiv eller tvangspreget atferd (53).

Øverland (2006) valgte også å gjøre et skille mellom de som rapporterte ritualistisk selvsykdom som en form for renselse, og de som rapporterte impulsiv selvsykdom som en reaksjon på en hendelse. Øverlands skille kan også sammenliknes med Favazza og Simeons (1995) inndeling i impulsiv og tvangspreget selvsykdom basert på typisk impulsivt og tvangspreget handlingsmønster (12, 17).

Øverland (2006) påpeker at det er mange likhetstrekk mellom pasienters beskrivelse av selvsykdom og selvindusert oppkast som en form for renselse. Det er vanlig at ungdom viser begge typene selvsykdom, men den impulsive selvsykdommen er den vanligste formen for selvsykdom. De som selvsykdommer som en form for renselse synes å ha mer kontroll enn de som selvsykdommer impulsivt (12). Det kan tyde på at pasienter med impulsive trekk, og fravær av tvangspregete trekk, i større grad har et mer langtrukket sykdomsforløp (7). Tvangspreget selvsykdom ansees likevel å være mer alvorlig enn den impulsive selvsykdommen. Dette er begrunnet i at den impulsive selvsykdommen kan være uttrykk for at individet ønsker å teste egne grenser, noe som i større eller mindre grad regnes som normalatferd hos ungdom. Derimot betraktes den tvangspregete og repetitive selvsykdommen som et ritual for å dempe psykologisk press, og hvor ytre handlinger kan bidra til å forsterke atferden (23).

Pasienter trenger ikke nødvendigvis ha enten impulsive eller tvangspregete trekk, men kan ha en kombinasjon av impulsiv og tvangspreget atferd (7). Favazza og Simeon



(1995) mente blant annet at det som er betraktet som tvangspregget selvskading kan inneholde både tvangspregete og impulsive elementer (17).

Man har også funnet en kombinasjon av impulsive og tvangspregete trekk hos bulimikere (33).

Impulsive og tvangspregete handlinger er ikke nødvendigvis å betrakte som motsetninger da det er funnet at de er positivt korrelert, noe som ikke ville vært tilfelle dersom atferdstrekkene hadde vært motsetninger (54). Forskere har argumentert for at impulsivitet og tvangsatferd bør oppfattes som separate, men ofte sameksisterende handlingsmønstre, men at pasienter kan ha karaktertrekk fra begge (50, 55). Lacey og Evans 1986 beskriver impulsive handlinger som mer plutselige og mindre forutsigbare enn tvangshandlinger, men poengterer at det kan være vanskelig å skille repeterende impulsivitet fra tvangsatferd (50). Lacey argumenterer derfor for en dimensjon mellom ytterpunktene tvangsatferd og impulsiv atferd, noe som også vil kunne bidra til å bedre forklare relasjoner mellom flere ulike lidelser (4).

Hårnapping (trikotillomani) har blitt betraktet som en tvangspregget handling av noen forskere (17, 7, 53), men er definert i DSM-IV-TR som en impulskontrollidelse. En fersk studie av Zucker et al (2011) på trikotillomani blant spiseforstyrrede fant at personer som hadde begge overnevnte problemer viste seg å ha en større tendens til andre ritualistiske tvangshandlinger fremfor tendens til impulsive handlinger. De stilte seg derfor spørsmål om de bakenforliggende trekkene en ser ved trikotillomani kunne ha en sammenheng med tvangspregget atferd hos spiseforstyrrede (51).

Zucker et al (2011) påpeker at et trekk eller en handling kan være tvangspregget for noen og impulsiv for andre, og nevner da blant annet fråtsing og trikotillomani som eksempler. De argumenterer videre for viktigheten av å ikke bare undersøke komorbide trekk, men også å undersøke fenomenene i seg selv og opplevelsen av de (51). Pasienter med samtidig forekommende impulsive og tvangspregete trekk har blitt tolket til å være fungere dårligere psykologisk og til å ha mer alvorlige depresjoner (7).

Engel et al (2005) undersøkte forholdet mellom tvangspreg og impulsivitet hos pasienter med bulimia nervosa, og fant at både tvangspreg og impulsivitet er vanlige

atferdstrekk hos bulemikere. Pasientene som hadde høy score på impulsivitet og tvangpreg også hadde mest symptomer. Denne gruppen hadde også sterk assosiasjon med rusmisbruk, depresjon og avvikende personlighetstrekk. Engel et al foreslår derfor at den sammenlagte effekten av begge typer atferdstrekk disponerer for økt komorbid psykopatologi (54).

### **Direkte og indirekte selvskading.**

”Spiseforstyrrelser er å skade seg selv.” Skårderud, *Sterk/Svak* 2004 s. 224.

Både spiseforstyrrelser og selvskading betraktes som selvdestruktiv atferd, da begge lidelsene kan medføre skade på egen kropp og kan fylle samme funksjon hos pasienten (5, 15, 13).

Spiseforstyrredes måter å holde vekten nede på, slik som fasting, selvindusert oppkast, laksanita- og diuratikamisbruk er usunne, men likevel bevisste handlinger, og kan som sådan anses som en del av et selvskadende handlingsmønster. Selvskading kan dermed betraktes som direkte selvskading, mens spiseforstyrrelse kan betraktes som indirekte selvskading. I likhet med at en som misbruker alkohol lukker øynene for konsekvensen av drikkingen, vil en bulimiker kunne fortsette med fråtsing og tømning til tross for de helsemessige konsekvensene. Spiseforstyrrelser som involverer fråtsing ser ut til å ha en tett relasjon til alkoholmisbruk og denne relasjonen har ført til at noen betrakter spiseforstyrrelser som en avhengighet i likhet med alkoholavhengighet (13). Det viser seg også at spiseforstyrrelser kan ha samme funksjon som rusmidler har for rusmisbrukere, og dette blir enda tydeligere ved at enkelte faktisk velger å se på spiseforstyrrelser som ”matmisbruk” (2). Man kan på sett og vis si at anorektikere er *avhengige* av å slanke seg og at bulimikere er *avhengige* av mat. Den repeterende selvskadingen kan også betraktes som en form for avhengighet (13).

## **Diskusjon.**

Vi har presentert et litteraturstudie over fellestrekk ved spiseforstyrrelser og selvskading.

For å si noe om forekomsten av selvskading hos spiseforstyrrede har vi brukt artikkelen til Svirko & Hawton fra 2007 som har gjennomgått 9 studier fra 1989 til 2004. Det viser seg å være stor forskjell i prevalens, fra 13,6 % til 68,1 %. Bare Welch & Fairburn (1996) har sammenliknet forekomst av selvskading hos spiseforstyrrede med kontrollgrupper (psykiatrisk og normal kontrollgruppe). Samtlige studier indikerer en tett assosiasjon mellom selvskading og spiseforstyrrelser. Selv om det er en del studier på forekomst av selvskading blant spiseforstyrrede, virker det som at det er gjort lite forskning på utbredelse av spiseforstyrrelse hos selvskadende pasienter. Det bør gjøres flere studier på individer med selvskading, spiseforstyrrelse og begge lidelsene samtidig. Gjerne også prospektive studier. Dette for å forsvare rollen til de ulike fellesfaktorene i utviklingen av begge lidelsene, og også for eventuelt å identifisere flere faktorer. Det vil da være lettere å se om fellesfaktorene er knyttet til selvskading eller spiseforstyrrelse hver for seg eller til assosiasjonen mellom selvskading og spiseforstyrrelser. Større forståelse for disse sammenhengende kan i fremtiden føre til bedre og mer skreddersydd terapi for denne gruppen pasienter.

Årsaken til utviklingen av spiseforstyrrelse og selvskading har vært antatt å være en kombinasjon av belastende miljøfaktorer og genetikk, og nyere forskning virker til å legge stadig større vekt på genetikk, da særlig tvillingstudier viser en betydelig genetisk komponent i utviklingen av spiseforstyrrelse.

Noe av grunnen til at selvskading ofte sees hos spiseforstyrrede kan nettopp være at de har såpass mange fellestrekk. Begge lidelsene kan være utrykk for underliggende problemer som kan komme til utrykk gjennom spiseforstyrrelsen og/eller selvskadingen. Man kan si at begge fenomener representerer en kroppsliggjøring av følelser (5).

Lacey og Evans (1986) stilte spørsmål om hvordan skille tvangspreget og impulsiv atferd da dette skillet i mange sammenhenger kan oppleves som hårfint (50).

Usikkerhet omkring disse begrepene kommer også tydelig frem i studiene vi har gjennomgått. For eksempel har Favaro og Santonastoso (1998, 2000) og Favazza og Simeon (1995) regnet trikotillomani som en tvangspreget handling (7, 53, 17), men DSM-IV-TR nevner det under impulskontrollidelse. Tvangspreget shopping har også vist seg å være sterkt knyttet til impulsivitet (52). Man kan dermed stille spørsmål om det er et kunstig skille mellom tvangspreget og impulsiv atferd når man kan klassifisere samme type atferd som både tvangspreget og impulsiv. Siden begge typer atferd ofte forekommer samtidig, kan man da ha tvangspreget impulsivitet? Med bakgrunn i observasjoner av individer med både impulsive og tvangspregete trekk, fremstår det for oss som impulsivitet og tvangspreg ikke er to endepunkter i et spektrum hvor det å ha høy score på impulsive trekk fører til lav score på tvangspregete trekk eller motsatt. Det synes for oss at individer gjerne kan ha samtidige impulsive og tvangspregete trekk, hvilket er i samsvar med funnene til Lacey (1986), Engel et al (2005), Favaro og Santonastoso (1998) og Newton et al (1993). Etter gjennomgang av studier på impulsivitet og tvangspreg virker det til at det er en teoretisk forskjell mellom tvangspreget og impulsiv selvskading slik som foreslått av Favazza og Simeon i 1995, men at dette skillet i praksis kan fremstå som mer utvisket. Det virker også problematisk å klassifisere ulike former for selvskading som enten impulsive eller tvangspregete på generelt grunnlag, da tanken og hensikten bak selvskadingen kan variere fra individ til individ og situasjon til situasjon. Favazza og Simeon (1995) nevner også nettopp det at neglebiting, hudplukking, kloring og trikotillomani innebærer en blanding av impulsive og tvangspregete elementer (17). Man kan dermed ikke se bort ifra at den ene type selvskading kan variere mellom et impulsivt og tvangspreget utrykk for samme person fra gang til gang.

Ved gjennomgang av studier på selvskading og spiseforstyrrelser har vi sett ulike forståelse av begrepet selvskading, impulsivitet, og tvangspreg. Vi har også sett at de forskjellige studiene inkluderer ulike undergrupper av spiseforstyrrelser og ulike former for selvskading. Tilnæringsmåter og metoder varierer også. En rekke faktorer bidrar til at forskningen blir usikker og mindre systematisk og dermed svekker sammenlikningsgrunnlaget for de ulike studiene.

Ulike typer måter å selvskade seg på er lagt til grunn i ulike studier. Noen skiller eksempelvis ikke mellom selvskade og selvmordsforsøk, og i Favaro og Santonastasio studier (1998, 1999, 2000) er spiseforstyrrelse inkludert som en selvskademetode (7, 45, 53). Det er også få studier som sier noe særlig om alvorlighetsgraden av selvskadingen, f.eks. om skadene førte til innleggelse på sykehus eller ikke. Favaro og Santonastasio studie fra 2000 har egne kriterier for selvskading, slik som at neglebiting kun ble inkludert når det skapte blødning eller inflammasjon (53).

For å få oversikt over symptomer forbundet med selvskading og spiseforstyrrelse er det benyttet ulike tilnæringsmetoder, både intervjuer og ulike spørreskjemaer. Den samme metoden er benyttet for å komme fram til symptomer på impulsivitet og tvangspreg hos individer i de ulike studiene. I Favazzas og Conterios studie (1989) er deltakerne rekruttert etter et TV show som omhandlet selvskading og individene i studiet var selvmotivert, selvmeldt og selvreferert (26).

Vedrørende impulsivitet er det knyttet usikkerhet til tidsaspektet for en impuls. Dette er ikke definert i DSM-IV, hvor definisjonen på impulsivitetsforstyrrelse i hovedsak dreier seg om følelser og handlinger knyttet til lidelsen, fremfor hvor lang tid det tar fra impulsen/innskytelsen kommer til handling. Dette har ført til at enkelte studier har satt egne kriterier for tidsaspektet til hva som betenges som impulsiv selvskading. For eksempel Herpertz (1995) satt som kriterium at det skulle bare være minutter mellom tanken på å skade seg til handlingen ble utført (3).

Som nevnt tidligere ble DSM-III erstattet av DSM-IV i 1994, og de diagnostiske kriteriene hva angikk kroppsvekt hos anoreksia nervosa ble i forbindelse med dette strengere. Som følge av denne endringen av diagnostiske kriterier kan man gå ut fra at

pasientene som ble vurdert etter DSM-III var noe sykere enn pasientene som ble vurdert etter DSM-IV. Intenjonell selvskading er ikke nevnt under egne diagnosekriterier i DSM-IV, noe som også skaper økende usikkerhet rundt begrepets innhold.

Dersom det var klarere kriterier for hva som skal inkluderes under begrepene ”selvskading”, ”impulsivitet” og ”tvangpreg” ville forskningen muligens blitt mer systematisert og dermed gitt et bedre sammenlikningsgrunnlag.

### **Konklusjon.**

Det er funnet økt forekomst av selvskading blant spiseforstyrrede sammenliknet med normalbefolkningen, og de to tilstandene har vist seg å ha flere likhetstrekk med tanke på årsaksforhold og symptomuttrykk. Vi har gjennomgått en rekke fellestrekk mellom lidelsene med et ekstra fokus på impulsive og tvangspregete trekk. Det virker til å være en forskjell mellom impulsive og tvangspregete trekk hos individer med samtidig spiseforstyrrelse og selvskading, men disse trekkene er ikke nødvendigvis motsetninger da individer kan ha både impulsive og tvangspregete trekk. Både spiseforstyrrelser og selvskading kan anses som kroppsliggjøring av følelser og den destruktive atferden mot egen kropp kan ha mange funksjoner som kan variere hos et og samme individ fra gang til gang. Da begge tilstandene er selvdestruktive og kan fylle samme funksjon for pasienten, kan man velge å anse spiseforstyrrelser som en form for indirekte selvskading.



## Referanser.

1. Favazza AR, Conterio K. The plight of chronic self-mutilators. *Community Ment Health J.* 1988 Vår;24(1):22-30.
2. Skårderud F. Sterk/svak, håndbok for spiseforstyrrelse. Aschehoug 2004.
3. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Jan;91(1):57-68.
4. Lacey JH. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *Br J Psychiatry.* 1993 Aug;163:190-4.
5. Skårderud F, Sommerfeldt B. Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2009 Apr 30;129(9):877-81
6. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Aug;37(4):409-21.
7. Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Ment Dis.* 1998 Mar;186(3):157-65.
8. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health.* 2011 Mar;48(3):310-3. Epub 2010 Okt 16.
9. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat Behav.* 2001 Høst;2(3):263-72.
10. Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav.* 1989 Vinter;19(4):352-61.
11. Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry.* 1996 Okt;169(4):451-8.
12. Øverland, S. Selvskading. En praktisk tilnærming. Fagbokforl. 2006.
13. Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. Bristol, PA: Brunner/Mazel; 1997
14. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis.* 1998 Mai;186 (5):259-68.
15. Åkerman, S. För att överleva - om självskadebeteende. Natur & Kultur, 2009.
16. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser, retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 2000;7.

17. Favazza AR, Simeon D: Self-mutilation. In: E Hollander & D Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression*. John Wiley & Sons; Sussex, England: 1995. p 185-200.
18. Favaro A, Santonastaso P. The spectrum of self-injurious behavior in eating disorders.  
*Eat Disord*. 2002 Fall;10(3):215-25.
19. Skårderud F, Rosenvinge J.H. & Gøtestam, K.G. Spiseforstyrrelser. En oversikt. *Tidsskr Nor Legeforen*, 2004 15, 1938-42.
20. Mehlum & Holseth. Selvskading-hva gjør vi? *Tidsskr Nor Legeforen*, 2009 Apr 16;129(8):759-62.
21. Urnes Ø. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen*, 2009 Apr 30; 129(9):872-6.
22. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998 Aug;18(5):531-54.
- 23 Skårderud F. Skrift i hud. *Rus & avhengighet* 03/2006.
24. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidology* 2003 Årg 8, Nr 2.
25. Fox, C. & Hawton, K. *Deliberate self-harm in adolescence*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
26. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Mar;79(3):283-9.
27. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 2005 Sep;30(5):335-9.
28. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings. *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2011, Vol6, 141-56. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010, Epub 2010 Okt 5.
29. Collier DA, Treasure JL. The aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2004 Nov;185:363-5.
30. Klump KL, Burt SA, Spanos A, et al. Age differences in genetic and environmental influences on weight and shape concerns. *Int J Eat Disord*. 2010 Dec;43(8):679-88.
31. Terje Simonsen, Jarle Aarbakke, Roy Lysaa. *Illustrert farmakologi*. 2 utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 1998

32. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, et al. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007 May;40(4):321-36.
33. Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatr Scand.* 1993 Jun;87(6):389-94.
34. Folkehelseinstituttet:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:56672::1:5647:6:::0:0&pid=233&trg=MainLeft\\_5648](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:56672::1:5647:6:::0:0&pid=233&trg=MainLeft_5648)
35. Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC, et al. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res* 1979;1: 131-39.
36. Brown GL, Linnoila MI. CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity, and violence. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (4,suppl): 31-41: discussion. Ref i Swann. Neuroreceptor mechanisms of aggression and its treatment .*J Clin Psychiatry.* 2003;64 Suppl 4:26-35.
37. Smith BD. Self-mutilation and pharmacotherapy. *Psychiatry (Edgmont).* 2005 Okt;2(10):28-37.
38. Steiger H, Young SN, Kin NM, et al. Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2001 Jan;31(1):85-95.
39. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2002 Mar;159(3):408-11.
40. Anderson CB, Carter FA, McIntosh VV, et al. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2002 Høst;10(3):227-43.
41. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clin Psychol Rev.* 1999 Aug;19(5):631-57.
42. Sansone RA, Sansone LA. Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innov Clin Neurosci.* 2011 Mar;8(3):14-8.
43. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev.* 2003 Feb;23(1):57-74.
44. Skårderud F. Den kommuniserende kroppen, spiseforstyrrelser og kultur. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2004 Sep 23;124(18):2365-8. )
45. Favaro A, Santonastaso P. Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry.* 1999 Jan-Feb;40(1):57-60.

46. G. J. Taylor, R. M. Bagby and J. D. A. Parker Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge University Press; 1997
47. Store norske leksikon: [http://snl.no/sml\\_artikkel/dissosiasjon](http://snl.no/sml_artikkel/dissosiasjon)
48. Swirsky, D., & Valory, M. The binge-purge cycle as a means of dissociation: Somatic trauma and somatic defense in sexual abuse and bulimia. *Dissociation*, 1996; 9, 18–27
49. Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. Eating-disordered patients with and without selfinjurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *Eur Eat Disord Rev* , 2003; 11, 379–96.
50. Lacey JH, Evans CD. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict*. 1986 Okt;81(5):641-9.
51. Zucker N, Von Holle A, Thornton LM, et al. The significance of repetitive hair-pulling behaviors in eating disorders. *J Clin Psychol*. 2011 Apr;67(4):391-403. doi: 10.1002/jclp.20770. Epub 2011 Jan 3.
52. Claes L, Bijttebier P, Mitchell JE, et al. The relationship between compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament in a sample of female students. *Compr Psychiatry*. 2011 Jan-Feb;52(1):50-5. Epub 2010 Jul 1.
53. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Aug;188(8):537-42.
54. Engel SG, Corneliussen SJ, Wonderlich SA, et al. Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005 Nov;38(3):244-51.
55. McElroy SL, Pope HG, Keck PE, Hudson JI (1995). Disorders of impulse control. In: E Hollander & D Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression*. John Wiley & Sons; Sussex, England: 1995. p 109-36.