



## Selvskading og spiseforstyrrelser

Studier viser at det er en sterk sammenheng mellom selvskading og spiseforstyrrelser.

Både selvskadere og personer med spiseforstyrrelser har vansker med å beherske vonde følelser som angst, sinne, fortvilelse eller kaos. Kroppslige handlinger skal uttrykke hva de føler.

### Adskilt i teorien, forbundet i praksis

Selvskading, som for eksempel kutting og brenning, regnes som "direkte selvskading". I slike tilfeller påfører man aktivt kroppen sår, smerter og skader. Spiseforstyrrelser omtales som "ikke-direkte selvskading" på lik linje med røyking, rusmisbruk og ødeleggende forhold.

### Sterk sammenheng

Empiriske studier viser at selvskadere ofte har spiseforstyrrelser, og omvendt.

Hypigheten av selvskading hos spiseforstyrrede personer i ulike studier:

- 26 - 55 prosent ved bulimia nervosa (overspising med påfølgende oppkast eller bruk av avføringsmidler)
- 13 - 42 prosent ved anorexia nervosa restriktiv type (spisevegring)
- 27 - 68 prosent ved anorexia nervosa "bulimisk" type (spisevegring og episoder med

overspising)

Tallene baserer seg på ni studier fra 1989-2005. Mange ulike definisjoner av "selvskading" kan være én av grunnene til den store variasjonen i prosentraten.

Når det gjelder spiseforstyrrelser hos selvskadere er empirien begrenset. Studier tyder på at det er høy forekomst. I en undersøkelse fra 1989 der 240 selvskadende kvinner ble intervjuet, kom det frem at 61 prosent av dem hadde eller hadde hatt en spiseforstyrrelse.

### Flere fellesfaktorer

I studier der man har sjekket samvariasjonen mellom selvskading og spiseforstyrrelser har man lagt merke til flere fellesfaktorer. Det er blant annet:

- Affektiv dysregulering
- Impulsivitet
- Obsessiv-kompulsive trekk
- Dissosiasjon
- Selvkritikk og straff
- Behov for kontroll
- Traumer
- Konflikter i familien
- Kulturelle forhold

Nedenfor følger beskrivelser av hvert punkt.

### Affektiv dysregulering

Affektiv dysregulering vil si at man har problemer med å uttrykke vonde følelser på en konstruktiv måte. Dette er et problem man ser hos både selvskadere og personer med spiseforstyrrelser.

Aleksitymi er et begrep som viser til manglende ord for følelser. Studier viser at personer med spiseforstyrrelser er mer aleksityme enn den generelle befolkningen. Deres forhold til kropp og mat kan ses på som en måte å takle overveldende følelser.

Selvskadende ungdom antas å ha et høyere nivå av angst og aggresjon enn de som ikke skader seg. Slike følelser oppgis ofte som en grunn til den selvskadende handlingen. Når språket ikke strekker til tyr de til kroppen for å uttrykke hva de føler. Et sår kan synliggjøre en indre tilstand.

### Impulsivitet

Både selvskading og spiseforstyrrelser, da særlig bulimiske former, knyttes til problemer med impuls kontroll. Flere studier viser at økt impulsivitet er det som skiller spiseforstyrrede pasienter med selvskadende atferd, fra dem som ikke skader seg.

Man kan også snu på flisen og tenke at det er spiseforstyrrelsen som fører til økt impulsivitet, som igjen leder til selvskading. Man vet at overspising og såkalt renselse kan føre til hypoglakemi (for lite kalium i blodet). Dette kan igjen bidra til uro, humørsvingninger, irritabilitet osv.

Pasienter som har vansker med impulskontroll har gjerne problemer på flere områder. Foruten selvskading og spiseforstyrrelser forekommer rusmisbruk, utagering og belastende seksuelle relasjoner.

Forbindelsen mellom selvskading og spiseforstyrrelser er sterk. I en amerikansk studie så man at av 240 selvskadere, hadde 60 prosent en historie med spiseforstyrrelser. Bare omkring 20 prosent hadde hatt trøbbel med rus- og stoffmisbruk eller kleptomani.

### **Obsessiv-kompulsive trekk**

En sterk trang til handling er sentralt ved enkelte former for selvskading. Handlingen er gjerne preget av tvang, for eksempel at ting må gjøres i en bestemt rekkefølge, med faste ritualer osv.

Tvangslidelser kan også knyttes til spiseforstyrrelser. Studier viser at spiseforstyrrede pasienter som skader seg selv har langt flere tvangstanker og mer tvangspreget atferd enn de som ikke skader seg selv.

### **Dissosiasjon**

Rent språklig betyr dissosiasjon "å spalte av". I psykologien handler det som regel om å mestre vonde opplevelser og følelser.

Hos pasienter som skader seg selv, er det gjerne en dissosiativ tilstand forut for handlingen, hvor de "faller ut". Når de "våkner opp" igjen husker de lite av hva som har skjedd.

I den dissosiative tilstanden der man opplever følelsesløshet og depersonalisering, blir man gjerne svært urolig og får en sterk trang til å angripe kroppen.

Selvskadingen kan fungere som en stopper for den dissosiative tilstanden. Smerten gir en følelse av å være levende og i kontakt med seg selv, i stedet for å føle seg tom og frakoblet.

Ved spiseforstyrrelser ser man at overspising er en metode for å koble av følelser og bli "nummen". Sult eller bevisst oppkast er et forsøk på å få slutt på den dissosiative tilstanden.

### **Selvkritikk og straff**

Både selvskading og spiseforstyrrelser kan forstås som en måte å straffe seg selv på. Pasienter med spiseforstyrrelser vil ikke unne seg noe godt, enten det er mat, luksus, ros eller omsorg.

Studier viser at bulimiske pasienter med selvskadende atferd er mer misfornøyde med kroppene sine enn bulimikere som ikke skader seg selv. Målet er delvis å ødelegge en kropp som de ikke liker.

Selvskadere kan også begrunne sin atferd med egenstraff. En slik tanke skyldes gjerne en sterk følelse av skam. Ved å påføre seg selv smerte får man den straffen man tror man fortjener. Det kan også være et ønske om at den selvpåførte smerten skal dempe selvforakten.

### Behov for kontroll

Både selvskadere og spiseforstyrrede pasienter mangler affektiv kontroll. Det gjør at de har et sterkt behov for kontroll på andre områder. Den anorektiske personen får en illusjon av kontroll ved å styre appetitten. Den selvskadende personen føler kontroll fordi det er en selv som forårsaker smerten.

Både selvskading og spiseforstyrrelser debuterer hyppigst i tenårene. Dette er en tid i livet der man både fysiologisk, psykologisk og sosialt kan oppleve mangel på kontroll.

### Traumer

Fysiske og seksuelle overgrep i barndommen er en risikofaktor for selvskading. Det er større sjanse for at spiseforstyrrede pasienter som skader seg selv har blitt seksuelt misbrukt i barndommen, enn spiseforstyrrede uten selvskading.

### Konflikter i familien

I tillegg til fysiske og seksuelle overgrep, kan omsorgssvikt, tap og separasjon av omsorgspersoner, samt kvaliteten på tilknytningsbånd ha en betydning for utviklingen av selvskadende atferd. Biologiske faktorer kan også spille en rolle.

En belgisk studie har tatt for seg familiemiljøet hos spiseforstyrrede pasienter, med og uten selvskading. I de tilfeller der pasienten også skadet seg var det som regel langt høyere konfliktnivå mellom familiemedlemmene. Familiene var også mer oppsplittede.

### Kulturelle forhold

Det finnes ingen eksakte tall, men det antas at forekomsten av både selvskading og spiseforstyrrelser har økt. Dette varierer imidlertid mellom ulike kulturer. Én mulig grunn til økningen i den vestlige kulturen kan være de raske endringene i samfunnet. Det gjelder både i skole, arbeidslivet og i personlige relasjoner. Hurtige endringer kan gjøre oss utrygge.

Videre har det vært en voksende interesse for begge sykdommene i media og blant ungdommer flest. Det kan være med på å gi konkrete handlingsideer til mennesker som sliter emosjonelt.

### Terapi

Selv om en pasient sliter med både selvskading og spiseforstyrrelser, vil én av lidelsene som oftest være mer fremtredende enn den andre. I alle terapeutiske tilfeller bør det være fokus på fellestrekkene fremfor hva som skiller dem.

Kilder:

1. F. Skårderud, B. Sommerfeldt, Selvskading og spiseforstyrrelser, Tidsskrift for Den norske legeforening, 2009; vol. 129 (9), pp. 877-81
2. B. Sommerfeldt, F. Skårderud, Hva er selvskading? Tidsskrift for Den norske legeforening, 2009; vol. 129(8), pp.754-8
3. L. Mehlum, K. Holseth, Selvskading – hva gjør vi? Tidsskrift for Den norske legeforening, 2009; vol. 129(8), pp. 759-62