



**Finn Skårderud, Bente Sommerfeldt & Peter Fonagy**

Oslo og London

## Den reflekterende kroppen Mentalisering og spiseforstyrrelser

Mentalisering som begrep og terapeutisk praksis fanger for tiden stor interesse. Kan mentalisering som begrepsmessig optikk fremme forståelsene av spiseforstyrrelser? I denne artikkelen føres mentaliseringens teoretiske begreper sammen med spiseforstyrrelsens kliniske fenomener.

Ved å anvende mentalisering som intellektuelt rammeverk – med forankring i utviklingspsykologi, tilknytningstradisjonen og nevrovitenskapene – ønsker forfatterne å styrke teoretiske forståelser av spiseforstyrrelser. Dette kan i neste omgang danne grunnlag for terapi tilpasset denne spesifikke patologiene i disse lidelsesformene.

Begreper kommer og går i våre fag. Noen kommer, fanger en kortvarig interesse, for så å forsvinne igjen. Deres forklaringsverdi eller kliniske nytte viste seg utilstrekkelig. Andre begreper er mer robuste. *Mentalisering* er et relativt nytt begrep som får mye oppmerksomhet i dag. Selve ordet mentalisering kan lyde noe fremmed, nærmest teknisk. Men dets innhold er dypt menneskelig. Det viser til en av våre mest avgjørende sosiale kompetanser: I hvilken grad vi kan forstå sinn? Både andres

og våre egne sinn er delvis tildekkete for oss. Våre manglende kompetanser til å mentalisere viser seg å være knyttet til psykopatologi. Det vil bli meget interessant å følge mentaliseringstradisjonen fremover, både i forhold til begrepets videre utdyping og presisering, dets forklarende kraft for å forstå menneskelig atferd, og ikke minst de praktiske implementeringene av mentaliseringsbaserte terapitradisjoner i forskjellige kliniske og diagnostiske kontekster.

Forfatterne arbeider med å utvikle mentaliseringsbaserte terapier for spiseforstyrrelser, med akronymet MBT-ED, hvor ED står for eating disorders. Denne teksten vil ikke omhandle terapi. Det henvises i stedet til Skårderud og Fonagy (2012). Et omfattende kapittel om spiseforstyrrelser inngår i det som inntil videre er den mest omfattende oppdatering av denne fagtradisjonen, både teoretisk, empirisk og klinisk, i Anthony Bateman og Peter Fonagys *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2012).

Det er et grunnpremiss i denne terapitradisjonen at holdning og intervensjoner skal utvikles med utgangspunkt i forståelsen av sentrale trekk i den aktuelle psykopatologien (Fonagy & Bateman, 2006; Kazdin, 2004). I denne teksten vil vi altså forsøke å vise hvordan mentaliseringsbegrepet utdyper våre forståelser av spiseforstyrrelsens psykopatologi. I tillegg postulerer vi at spiseforstyrrelsene, med sin kroppslige konkrethet, er særlig egnede til pedagogiske å anskueliggjøre forskjellige former for mentaliseringssvikt.

En ungdom som blir følelsesmessig utfordret utover et visst nivå, kan eksplodere i sinne. Slik atferd vil sannsynligvis kunne inngå i definisjonen av mentaliseringssvikt. En person med spiseforstyrrelser kan i stedet reagere med opplevelsen av at kroppen eser; hun eller han føler seg tykk. Og sultekuren kan kjennes som den nødvendige utveien for å håndtere en slik kroppsfornekkelse. En spesifikk, og ofte forvirrende variant av mentaliseringssvikt ved spiseforstyrrelser handler om at *det er som om sinnet blir til kropp*. Følelsesmessige erfaringer mestres, eller mestres ikke, via overopptatt- het av kropp (Skårderud, 2007a,b).

Det kliniske feltet spiseforstyrrelser har de siste par tiårene vært sterkt preget av kognitiv atferds- terapi. Styrken i slike tradisjoner er deres praktiske anvendbarhet, blant annet i form av manualisering av behandling. En sentral svakhet er teori. Tradisjonen representerer en tendens til *praktisisme*, i betydningen av å mangle gode nok teoretiske be- greper som kan guide terapeutiske intervensjoner. Her beskriver vi disse kliniske fenomenene som *selvforstyrrelser*. Dysfunksjonell kognisjon forstås snarere som en blant flere ytringer av organisering- en av det psykologiske selvet. Et for snevert fokus på tenkning underminerer et språk for og en årvåkenhet for sentrale trekk ved de alvorlige spi- seforstyrrelsene. De kognitive tradisjonene er selv

i ferd med å sprengre sine opprinnelige rammer ved både i nyere tenkning og praksis å bli mer emo- sjonsfokuserte. De faglige tradisjonene nærmer seg hverandre, selv om det i en viss grad anvendes for- skjellig språk om beslektede fenomener.

Gjennom mentaliseringstradisjonens sterke for- ankring i utviklingspsykologi, tilknytningstradi- sjonen og nevrovitenskapene forsøker vi å (re-) vitalisere teoretiske forståelser av hvordan former for selvforstyrrelser kan knyttes til forskjellige fe- notypiske presentasjoner av spiseforstyrrelser. Vi skriver revitalisere da det innenfor psykodynamis- ke tradisjoner for tre-fire tiår siden ble formulert beskrivelser som kan synes noe glemt i dag, men som ved gjensyn oppleves som ytterst presise og relevante. Vi vil knytte forbindelsene mellom pioneren Hilde Bruch's innsikter og begreper fra 1960- og 1970-tallet og de tilsvarende forståelsene som mentaliseringstradisjonen i dag anvender (Bruch, 1962, 1973; Skårderud, 2009).

### Hva er mentalisering?

Gode evner til å mentalisere er beskrevet som "sin- nets immunapparat" (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Mentalisering viser til at våre erfaringer gjennom hjernens modning og gjennom møtene med andre *blir til sinn*. Det betyr at vi kan anvende våre sinn til å reflektere over våre egne sinn, og på engelsk beskrives dette som *mind-mindedness* eller *holding minds in mind*. Sigmund Freud brukte selv ikke slike begreper, men han har et farskap til den grunnleggende ideen om at kroppslige erfaringer raffineres til mentale representasjoner. Han så for seg hvordan den freudske driftsenergien libido *bin- des* (*Bindung*) til tanker og språk. Presserende in- dre impulser blir til tålbare og tenkbare erfaringer (Freud, 1895/1994; Bion, 1962). Det ikke-mentale blir til noe mentalt; altså mentalisert. I stedet for å handle på sterke impulser og affekter anvendes sinnet til å søke realistiske veier for håndtering og tilpasning. Når man forstår mer av hva som foregår i våre egne sinn, i andres sinn og mellom fastlåste ideer om oss selv og andre. Det kan bety å se tin- gene i sammenheng, være mindre skråsikker, og således få tingene mer på plass.

Begrepet mentalisering kommer opprinnelig fra den franske psykoanalysen på slutten av 1960-tal-

let. For spiseforstyrrelser er det idehistorisk særlig interessant hvordan begrepet først ble anvendt av fagpersoner som arbeidet med psykosomatiske tilstander (Lecours and Bouchard, 1997). Mentalisering, som altså er nært beslektet med begreper som *representasjon* og *symbolisering*, omformer soma til psyke. Psykosomatiske symptomer ble av denne tradisjonen fortolket som manglende mentalisering i form av at våre livserfaringer ikke blir noe vi er i stand til å reflektere over og forhandle omkring, men de forblir kroppslige. Dette er høyst relevant for spiseforstyrrelser gjennom overopptattheten av den konkrete kroppen. Den spiseforstyrrede kan panikkpreget fortape seg i kroppens ytre: i ting og tall, i hekto, kilo, centimeter, kalorier, BMI, fett og karbo, i stedet for å utforske sitt indre. En spissformulert, dog ikke karikert, illustrasjon av dette er den ikke ukjente ordveksling mellom pasient og behandler. Terapeuten spør: "Hvordan har du det i dag?" Pasienten kan svare: "Det vet jeg ikke ennå. Jeg har ikke veid meg." Følelser og forhold er i slike lidelser konkretisert og somatisert i stedet for mentalisert.

Tradisjon omkring mentalisering delte seg på tidlig 1990-tall. Simon Baron-Cohen (1995) og andre brukte det til å forklare nevropsykologiske svekkelser hos schizofrene pasienter og autister, mens Peter Fonagy, Mary Target og kollegaer i London anvendte begrepet til å fortolke psykopatologi og psykologisk utvikling i forhold til tidlige tilknytningsforhold (Fonagy & Target, 1996, 1997). Bowlby (1969) grunnla tilknytningsteorien, og beskrev hvordan mennesker har et grunnleggende, biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for overlevelse og utvikling. Fonagy og kollegaer har videreutviklet tilknytningsmodellen ved at tilknytning ikke bare bidrar til overlevelse, men til den viktige sosiale kompetansen mentalisering. På basis av empiriske observasjoner utviklet Fonagy og Target en teori om at det psykologiske selvet dannes gjennom å kjenne mentale tilstander, *følte følelser* (Damasio, 2003), og at denne kapasiteten til å kjenne, utover genetikk og biologi, oppstår og utvikles gjennom samhandling med omsorgsgiverne via en prosess av speiling. Mentaliseringstradisjonen representerer ikke minst en *utviklingspsykologi*. Vi blir ikke oss selv av oss selv. Det menneskelige sinnets opprinnelige matrise er gener og biologi. Men sinnets, og også den fysiske hjernens utvikling er derfra også avhengig av hvem vi møter og

kvalitetene på disse møtene. Barnet vokser mentalt ved å finne seg selv i de andres, de voksnes, bevissthet og omtanke. Jeg *er*, fordi du tenker på meg.

Det originale i denne London-skolen er viljene og evnene til å konstruere helhetlige intellektuelle modeller gjennom å integrere elementer fra en rekke kilder, som evolusjonsteori, utviklingspsykologi, psykoanalytisk orientert psykoterapi, og altså reviderte versjoner av tilknytningsteori (Skårderud & Karterud, 2007; Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Og ikke minst relevante er ambisjonene om å sette mennesket sammen igjen: å forene kropp og sinn, psyke og hjerne. Dette kommer til uttrykk som forsøk på å integrere moderne psykoanalyse og psykoterapi med nevrovitenskapene. Takket være moderne teknologi vet vi betraktelig mer om følelsenes biologiske forankring. For spiseforstyrrelsens del handler dette ikke minst om nyere kunnskaper om *ungdomshjernen*.

Rimelig god mentalisering er altså knyttet til *følelsesregulering*. Hemmete mentaliseringsevner og forskjellige former for psykopatologi er forbundet med hverandre gjennom redusert regulering av følelser. Ikke minst ser vi ofte mangel på følelseskontroll hos personer med personlighetsforstyrrelser; som hittil har vært mentaliseringstradisjonens fremste felt for teoretisk, klinisk og vitenskapelig virksomhet. Eller vi kan, som ved spiseforstyrrelser og selvskading, erfare at den menneskelige kroppen blir anvendt som affektiv regulator. Opplevelsene av å ikke holde ut vanskelige følelser, kan lede til å forsøke å sulte, spise eller skjære dem vekk. Eller den dårlige regulerte selvfølelsen kan lede mot den overdrevne anstrengelsen for å mestre, vinne, prestere og å bli anerkjent.

God mentalisering kan beskrives som evner til *å føle klarere*. Det er ikke minst Jon G. Allen (2006) som har ment at selve begrepet mentalisering kan virke teknisk. Ordet *mental* kan ifølge Allen oppleves som intellektuelt kjølig og rasjonelt til forskjell fra det varmere *følelse*. Vi bør således, skriver Allen videre, bidra til å minne om begrepets menneskelige kvaliteter. Det kan enklest gjøres ved å minne om at de mentale tilstandene som vi utveksler med andre, alltid er forbundet med følelsesmessige kvaliteter. Mentalisering er for det meste ubevisst. Det er intuitive følelsesmessige reaksjoner som respons på sosiale samhandlinger. Mentalisering er således en form for *følelsesmessig kunnskap*. Mentalisering bidrar med sosiale sammenhenger til våre

følelser, og det er slik mentaliserende egenskaper gir oss hjelp til å regulere følelser. God mentalisering handler om at "følelser hjelper oss å få tingene på plass" (Goldie, 2004 s. 255). I de ofte utfordrende møtene med andre sinn, og ikke minst i intime relasjoner, bidrar god mentalisering med rikdom og presisjon (Allen, 2006).

### Ungdomshjernen

Ikke bare spiseforstyrrelser, men også rusproblemer, selvskadning og depresjon er fenomener som oftest debuterer i ungdomsårene. Noe kan forstås via endrete sosiale roller på livsvandringen fra barn til voksen. Men nyere hjerneforskning viser også hvordan puberteten igangsetter en betydelig oppgradering av hjernen. Vi fikk et større innblikk i det faktiske byggearbeidet i ungdomshjernen da amerikanske National Institute of Health lot hundre unge personer gjennomgå hjerneskanninger mens de vokste opp på 1990-tallet. Ungdomshjernen vokser lite i størrelse, men blir et langt raskere og mer avansert organ. Myelinisering øker farten på informasjon, annet vev dør hen, det lages nye synapser, og de kjemiske budbringerne, transmittorsubstansene, blir mer effektive.

Den omfattende ombyggingen av ungdomshjernen begynner bakerst, rent anatomisk. Dette kan knyttes til det heftige ved ungdomsfasen. Skanningene viser hvordan de fysiske forandringene beveger seg langsomt fra områder ved hjernestammen, fra den eldre hjernen som styrer mer grunnleggende funksjoner som pust og bevegelse, til de i evolusjonær forstand nyeste områdene lengst fremme under pannebrasken, særlig frontal cortex. Der finner vi viktig lokalisering til mer avanserte funksjoner som klok refleksjon, språk, abstrakt tenkning, etikk og evnen til å forstå hverandre. Og det er slike funksjoner vi trenger for å regulere våre følelser på gode vis.

Vi kan bringe voksne og ungdom inn i laboratoriet. Vi kan utsette dem for forskjellige stimuli, som bilder med varierende grad av følelsesmessig innhold. Vi bearbeider slike inntrykk forskjellige steder i hjernen. Den voksne vil ha en tendens til å arbeide med slike inntrykk i den moderne hjernen, altså at vi tenker mer over sakene; eller at vi mentaliserer. Den unge vil ha en tendens til å bruke eldre hjernestrukturer, blant annet kjernen

amygdala som er et senter for frykt og uro (Monk, McClure, Nelson et al., 2003). Den unge er simpelthen mer emosjonell. Om vi tenker evolusjon, er ungdomshjernen egnet å komme seg ut i verden. Den er laget for å søke nye erfaringer og nye mennesker. Ungdomshjernen er sansesulten og opplevelsesorientert. Hjernens systemer for belønning og begeistring fyrer i møtene med nye venner. Ungdomshjernen er laget for å ta sjanser og risiko, ikke for å bli sittende i ro.

Men så kan det bli for mye uro, og unge tyr i dagens komplekse samfunn til kroppen for å sulte, skjære eller slå seg til ro, oversikt, kontroll og mening. Den umodne ungdomshjernen prosesserer emosjonelle stimuli slik at det sammenlignet med den voksne hurtigere blir svart-hvitt, enten-eller, alt-eller-intet; som jo er velkjente kognitive og affektive trekk hos den unge med en spiseforstyrrelse. Det interessante, og problematiske, er ungdomstidens lave toleranse for frustrasjon og stress. Det som sender en del unge mennesker ut i fortvilelsen, er forhold, sett fra et voksent perspektiv, ikke nødvendigvis er så overveldende. *I ungdomsperioden er våre liv konstruert slik at vi kan ha vansker for å tåle ganske vanlige utfordringer og belastninger.*

Mentalisering er kompetanser som oppstår i det vi i vår psykologiske utvikling evner å forstå at andre har sinn, *theory of mind*, men kvalitetene på slike mentale funksjoner er naturlig nok også avhengig av den biologiske modningen av hjernen. De former for mentaliseringssvikt som er knyttet til spiseforstyrrelser hos ungdom må også forstås i et slikt nevropsykologisk perspektiv om sårbarhet. En avvisning, som tilhører det vi må forvente å bli utsatt for, kan bli tolket overdrevent sterkt. I tillegg kommer kulturelle faktorer som at de vestlige senmoderne samfunnene er så komplekse at det settes ekstra krav til emosjonelle og relasjonelle kompetanser, altså mentalisering; og at denne kompleksiteten på kollektiv plan er med å undergrave stabile tilknytningsforhold, altså grunnlaget for den mentaliseringen som trengs. Enda et kompliserende forhold er at ungdom både sosialt og nevropsykologisk er sårbare, og slik sett er avhengige av voksne som trygge veiledere; samtidig som voksenautoriteten i dag er nedvurdert, både av ungdom og voksne selv. Med spiseforstyrrelser som case kan vi se hvordan kultur og biologi interagerer. I kulturer og subkulturer preget av raske endringer og mye ustabilitet får kroppen

og kroppspraksiser ofte en fremskutt plass i den symbolske kommunikasjonen. Også kollektivt blir kroppen et språk for sinnet (Skårderud, 2004).

### Spiseforstyrrelser som selvforstyrrelser

I tidligere psykologiske og psykoanalytiske modeller om spiseforstyrrelser ble symptomer fortolket som formidlere av spesifikke psykologiske budskap, slik eksempelvis jentas spisevegring ble fortolket som en motvilje mot seksuell modning. I psykoanalytiske modeller som den freudske driftkonflikt og den objektrelasjonelle skolen har man forsøkt å fortolke hva symptomet "egentlig sier" om underliggende psykodynamikk. Mentalisering representerer en annen forståelse av sinnets symbolske funksjoner. Symptomer formidler fortsatt symbolsk betydning, men det handler mer om behovet for å lindre smertefulle selvtilstander. Når vi snakker om sinnets symbolske eller mentaliserende funksjoner, er det med større vekt på mentale representasjoner som prosesser og kompetanser enn på selve meningen av symptomer og tegn (Fonagy, Edgumbe, Moran, Kennedy & Target, 1993). Det betyr en større interesse for representasjonens *hvordan* – eksempelvis som hemmet mentalisering – på bekostning av representasjonens *hva*. Mangler i selvutvikling kan komme til uttrykk som mangler i opplevelse av sammenheng, velvære, vitalitet, trygghet og i manglende regulering av spenning og selvfølelse.

Det er en økende konsensus om å beskrive og forstå spiseforstyrrelser som reguleringsforstyrrelser (se for eksempel Goodsitt, 1997; Guarda, 2008; Higbed & Fox, 2009; Skårderud & Fonagy, 2012). Og i mentaliseringstradisjonen blir slike vansker med selvregulering og følelsesregulering eksplisitt knyttet til erfart utrygg tilknytning i oppveksten. For en oversikt over studier om spiseforstyrrelser og tilknytning målt ved hjelp av Adult Attachment Interview, viser vi til Zachrisson og Skårderud (2010). Oversikten viser at forekomsten av trygg tilknytning er lav på tvers av de diagnostiske undergruppene av spiseforstyrrelser.

Symptomene ved spiseforstyrrelser kan sees på som mulig lindrende, som strategier som er mer eller mindre vellykkete eller mislykkete for å gjenvinne sammenheng, vitalitet og selvregulering (Goodsitt, 1997; Skårderud, 2007a,b). Fellestrekk

ved forskjellige atferder som å sulte seg, overspising, oppkast og hyperaktivitet er dragingen mot å lindre eller kvitte seg med vanskelige følelser. Mangelen på indre trygghet og selvregulering bidrar til at personen med en spiseforstyrrelse føler seg utilstrekkelig, mislykket og uten kontroll.

### Hemmet mentalisering ved spiseforstyrrelser

Slik mentalisering er et vidt begrep, kan også mentaliseringssvikt anta mange former. Mentalisering er en dynamisk kompetanse, og vi vil alle falle i mentalisering om vi blir tilstrekkelig følelsesmessig stresset, især i tilknytningsforhold. Men noen ser ut til å ha mer omfattende reduksjoner i mentaliseringsevnene. Mentalisering er i forskningssammenheng blitt operasjonalisert som *reflekterende funksjon* (RF). *Reflective functioning manual* (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998) gir en tallverdi for evnene til å forstå eget og andres sinn. Utgangspunktet er Adult Attachment Interview (AAI) (Main & Goldwyn, 1995). I en studie fra Cassel Hospital i England ble 82 voksne ikke-psykotiske inneliggende pasienter gruppert i henhold til Akse I (depresjon, angst, rusmisbruk og spiseforstyrrelser) og Akse II diagnoser. De spiseforstyrrede pasientene skåret lavest på reflekterende funksjon sammen med pasientene med borderline personlighetsforstyrrelse (Fonagy, Leigh, Steele et al., 1996). RF-skalaen er også brukt i en nyere studie (Rotschild-Yakar, Levy-Schiff, Fridman-Balaban et al., 2010), og der beskrives det hvordan lav mentalisering er en risikofaktor mens høyere grad av mentalisering er en beskyttelsesfaktor i forhold til utviklingen av spiseforstyrrelser.

### Den mentaliserte kroppen

For å bli mer spesifikke i å beskrive mulige mentaliseringssvikter ved spiseforstyrrelser, er det hensiktsmessig å bevege oss mot sentrale trekk i den spesifikke psykopatologien. Det betyr å se nærmere på kroppsopplevelsene og kroppsfølelsene ved spiseforstyrrelser.

I engelsk språk har vi anvendt begrepet *embodied mentalizing* når vi skal beskrive den spiseforstyrrede personens opplevelser av den egne krop-

pen (Skårderud & Fonagy, 2012). På den ene siden er det som regel en negativ overopptatthet av det kroppslige, især på utseende, og en manglende evne til å holde denne misnøyen på avstand. Personen fremstår som *hyper-embodied*. På samme tid kan den unge personen vise manglende kontakt med og årvåkenhet for egne kroppslige signaler, og slik sett *dys-embodied*. Kroppen blir mer erfart via øyet, ved å se på vektens tall, i speilet, ved å måle omkrets av lemmer, telle hudfolder på magen, og via fantasiene om å bli betraktet av andre, enn ved å *kjenne sin egen levde kropp* (Merleau-Ponty, 1962). Papezová, Yamamotová og Uher (2005) beskriver økte smerteterskler ved spiseforstyrrelser, altså at man kjenner mindre, og Pollatos, Kurz, Schreder et al. (2008) beskriver nedsatt persepsjon også av andre kroppssignaler ved anorexia nervosa. Kroppsrealitetene ved spiseforstyrrelser kan være at man på samme tid erfarer sin kropp som *for virkelig* og som *for uvirkelig*. Det er forvirrende. Vi kommer tilbake til dette senere i teksten.

Hilde Bruch (1962), som kanskje har vært den mest betydningsfulle premissleverandøren for klinikk og tenkning i spiseforstyrrelsesfeltet de siste femti årene, var den første som beskrev hvordan den unge anoreksipasienten har vansker med å sanse og tolke kroppens signaler, som sult og metthet, men også tretthet, slitenhet og tegnene på underernæring (Skårderud, 2009). Hun observerte også hvordan disse pasientene opplevde egne følelser på en forvirrende måte, og hvordan de hadde problemer med å beskrive disse følelsene. Hilde Bruch beskrev manglende koblinger mellom affekt, kropp og språk (Taylor, Bagby and Parker, 1997).

Slike erfaringer har blant annet blitt kategorisert som *alexithymi*. Alexithymi har blitt definert som redusert eller fraværende symbolsk tenkning, affektive utbrudd uten evnene til å forklare eller knytte dem til relevante følelser, og hemmet fantasi (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977). Alexithymi omfatter også vanskene med å identifisere følelser, beskrive dem for andre og en ytreret kognitiv stil. Forekomster av alexithymi ved spiseforstyrrelser har blitt grundig undersøkt, og har blitt vurdert til å være i omfanget 66%-75% i forhold til 6%-26% i ikke-kliniske populasjoner (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; Cochrane, Brewerton, Wilson & Hodges, 1993; Deborde, Berthoz, Wallier et al., 2008; Schmidt, Jiwanjy &

Treasure, 1993). Med mentalisering som begrepsmessig brilje vurderer vi alexithymi som et aspekt av hemmet mentalisering.

Den manglende kontakten med indre erfaringer og vanskene med å stole på følelser, tanker og kroppserfaringer som guider for atferd, kan bidra til sterke opplevelser av å ikke leve sitt eget liv (Bruch, 1962, 1973). Det kliniske bildet avspeiler pasientens anstrengelser for å kompensere for slike underliggende mangler. Bruch (1973, s. 24) definerer anorexia nervosa som en "struggle for control, for a sense of identity, competence and effectiveness". Hun (1973) presenterte en utviklingspsykologisk modell for å forklare slike psykologiske mangler ved alvorlige spiseforstyrrelser. I hennes forståelse var en slik indre forvirring, "interoceptive confusion", en følge av vedvarende dårlig inn-toning mellom barnets behov og omsorgsgivernes responser til disse behovene. Feiltolkning av barnets non-verbale førsymbolske kommunikasjon og foreldrenes

"direct mislabelling of a child's feeling state, such as that he must be hungry (or cold, or tired), regardless of the child's own experience ... (leads) a child to mistrust the legitimacy of his own feelings and experiences". (s. 62).

Med dagens utviklingspsykologiske terminologi ville vi kunne beskrive dette som "incongruent mirroring" (Gergely & Watson, 1996). For Bruch er den unge personen med anoreksi *en som ikke vet* fordi han eller hun *ikke har lært å skille*. Både følelsesmessige og kroppslige erfaringer blir "miscategorised". Når barnet ikke vet *hva* det føler og trenger, så er det i nærheten av å erfare en realitetsbrist. Fokuset på spesifikke kroppslige kvaliteter, som å være tom i magen, tynn eller trent, gir en opplevelse av å være koblet til realitetene gjennom umiddelbare fysiske erfaringer.

Innenfor mentaliseringstradisjonen beskriver Fonagy og kolleger (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) slike sammenhenger mellom hemmet mentalisering og den kroppslige konkretismen hos den unge på følgende vis:

"When psychic reality is poorly integrated, the body takes on an excessively central role for the continuity of the sense of self." (s. 405).

”Not having a clear sense of themselves from within, they need to find a sense of the self through getting other people to react to them, and through treating themselves as objects, literally rather than metaphorically, because the self is experienced as a physical being without psychological meaning.” (s. 406)

Sentralt i vår forståelse av spiseforstyrrelsens psykopatologi er altså den manglende *egenmentaliserings*, og vi finner det viktig også å integrere kroppsopplevelsene i en utvidet forståelse av mentaliseringsbegrepet.

### Sosial kognisjon

Begrepet viser altså både til eget sinn og kropp, men også til å fortolke andres sinn og kropp. Det er udiskutabelt at sosiale funksjoner er hemmet ved spiseforstyrrelser, og det er dokumentasjon for at dette spesielt gjelder anorexia nervosa (Godart, Perdereau, Curt et al., 2004). I akuttfasen av sykdommen kan dette delvis forstås som underernærings konsekvenser for hjernen (Oldershaw, Hambrook, Tchanturia et al., 2010). Nevrologiske abnormaliteter som skyldes sult i viktige utviklingsfaser, som i puberteten, kan også bidra til senere sosiale vansker (Connan, Campbell & Katzman et al., 2003). Men det er også dokumentasjon for at jenter og kvinner med anoreksi erfarte premorbide sosiale problemer (Troop and Bifulco, 2002), og at disse vedvarte etter tilfriskning fra spiseforstyrrelsen (Wentz, Gillberg, Gillberg & Råstam, 2001).

Forskjellige begreper kan dekke mer eller mindre de samme grunnleggende ideene, slik mentalisering i betydningen å forstå andre, dekker mye av det samme som begrepene *theory of mind* (ToM) og *social cognition* (Sharp, Fonagy & Goodyer, 2008). Sosial kognisjon er et vidt begrep om de mentale operasjonene som ligger til grunn for vår sosiale atferd. Det inkluderer kompetansene til å forstå intensjoner og disposisjoner hos andre. Vi vil illustrere temaet gjennom noen empiriske funn fra spiseforstyrrelser. Legenbauer, Kleinstaubler, Muller og Stangier (2008) beskriver manglende følsomhet i forhold til andres fysiske mangler og defekter. Altså man vurderer andres utseende mer

positivt i forhold til opplevelsen av seg selv. Dette er beskrevet som at det kan forsterke negative selvevaluering, negativt kroppsbilde og således bidra til å opprettholde lidelsen.

Russell, Schmidt, Doherty et al., (2009) vurderte sosial kognisjon ved anoreksi via to theory of mind (ToM) tasks; Baron-Cohen's "Reading the Mind in the Eyes Test" task and Happé's "Cartoon task". Dette er oppgaver som forsøker å tappe henholdsvis affektive og kognitive aspekter av mentalisering. Førstifire kvinnelige pasienter deltok i studien, og sammenlignet med den ikke-kliniske kontrollgruppen presterte de signifikant dårligere på begge testene. Dette er funn som replikerer tidligere arbeider (Tchanturia, Happé, Godley et al., 2004).

"Reading the Mind in the Eyes Test" er et mål for å vurdere evnene til å avlese sinnstilstander hos andre på trettiseks svart-hvitt fotoer av ansiktets øyeregion (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill et al., 2001). Vi anvender testen i et Oslo-basert behandlings- og forskningsprogram for spiseforstyrrelser, og fant, til forskjell fra ovenstående, at opptil flere av våre pasienter presterte meget bra på denne testen. Det er fristende å si påfallende bra. Vi har følgende hypoteser for å fortolke slike funn:

Varianter av utrygg tilknytning i kombinasjon med andre forhold kan bidra til at mentalisering hemmes hos en del personer med alvorlige spiseforstyrrelser, jamfør lave prestasjoner på en slik test. Men utrygg tilknytning i kombinasjon med andre forhold kan også bidra til en sensitivitet for andres sinn. Manglende egen trygghet og selvregulering kan gjøre den spiseforstyrrede personen ekstra avhengig av andres bekræftelser for å ha det bra. Det er kjent ved spiseforstyrrelser at mange er svært ytrestyrte og tvangsmessig sammenligner seg med andre. Men en slik anspent årvåkenhet for andre bør ikke forveksles med mentaliserende kompetanser til å forstå andre. Kanskje tvert i mot. Vi finner tilsvarende sprikende funn fra bruken av denne testen i en gruppe med borderline personlighetsforstyrrelse (Fertuck, Jekal, Song et al., 2009). Personen med en spiseforstyrrelse eller en personlighetsforstyrrelse kan være besatt av å fortolke andre, og kan være svært dyktige til å avlese selve affekten, eksempelvis irritasjon eller kjedsomhet. Men mentaliseringssvikten kan komme til uttrykk i feiltolkningen av graden av affekt og hvorfor denne affekten oppstår, som at man er skråsikker på

at man selv er grunnen til at den andre er så veldig irritert eller kjeder så voldsomt.

Vi lager altså en utdyping av mentaliseringen av den andre, henholdsvis i *ytre og indre*, man identifiserer affekten, men overfortolker den. Vi benevner her en slik overspent sensitivitet for andres sinnstilstander som *hypermentalisering*. Og denne varianten av mentaliseringssvikt er et høyst relevant fenomen ved spiseforstyrrelser. Man projiserer sine egne selvnedvurderinger inn i de andre, og slik sett er man en aktør som bidrar til egne misforståelser.

### Spiseforstyrrelser og psykisk realitet

For å utdype hvordan mentaliseringbegrepet kan berike våre forståelser av spiseforstyrrelser, vil vi nå diskutere spiseforstyrrelsens kliniske fenomenologi opp mot mentaliseringstradisjonens modeller av hvordan vi tar inn psykisk realitet. Sentralt står de utviklingspsykologisk funderte begrepene *psykisk ekvivalens*, *forestillingsmodus* (pretend mode) og *teleologi* (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Disse beskrives som før-mentaliserende former, det vil si former som er normale hos det lille barnet, men som erfarer som mentaliseringsvikt hos ungdommen eller den voksne. Vi vil først beskrive disse tre formene og så illustrere med kliniske eksempler fra spiseforstyrrelsens verden.

**Psykisk ekvivalens.** Psykisk ekvivalens viser til en brist på symbolisering hvor ytre og indre realitet oppleves som like, det vil si ekvivalente (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Det *som-om* som er knyttet til våre symboliserende evner, blir til er. Ved økende psykisk stress kan våre reflekterende evner ”klappe sammen”, eller ”det går i svart”, og ”alle er mot meg”. Hos ungdom med en spiseforstyrrelse kan en slik isomorfisme mellom indre og ytre realiteter komme til uttrykk ved at sinnstilstander knyttes til kroppslige erfaringer.

”Physical attributes such as weight come to reflect states such as internal well-being, control, sense of self-worth, and so on, far beyond the normal tendency for this to happen in adolescence”. (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002, s. 405)

Hun eller han *føler* med kroppen. Følelser er *em-*

*bodied*. Å være tynn føles som om man er overlegen, og da *er* man overlegen. Skårderud (2007a) gir tallrike eksempler på psykisk ekvivalens basert på intervjuer med personer med anoreksi. Kroppslige erfaringer som sult, størrelse, vekt og form er ikke lenger et kildegrunnlag for symbolisering eller metaforisering av ikke-fysiske fenomener, men de blir selve erfaringen. I psykisk ekvivalens fungerer ikke slike kroppsmetaforer som *re-presentasjoner*, men i stedet som *presentasjoner* som erfares som konkrete og udiskutable fakta her-og-nå.

Psykisk ekvivalens er *for virkelig her-og-nå*. Det er en umiddelbarhet mellom mental og fysisk erfaring, en slags kortslutning, som undergraver tvil og usikkerhet. Slik ekvivalens er knyttet til psykisk smerte da personen er fanget i denne barske kroppsliggjøringen av følelser her-og-nå. ”Jeg er fet. Slik er det bare!”.

#### Kliniske eksempler

– Det er gruppeterapeutisk samling på sengeavdelingen. Det er en post som har spesialisert seg på behandling av ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser. En av pasientene har hatt en lengre permisjon. Hun kommer inn i rommet en stund etter de andre. Når hun kommer inn, stanser samtalen. Det var åpenbart at hun hadde mistet en del vekt den tiden hun hadde vært borte. Behandlerne måtte arbeide meget hardt for å gjenopprette samhandling. Det var som om gruppen var paralyseret. Senere utforsket man sammen hva som hadde skjedd. På forskjellige vis beskrev pasientene hvordan synet av den avmagrete kroppen hadde overveldet dem. Flere beskrev hvordan de sammenlignet seg, og ble stresset av dette. De brukte ord som ”følte meg fet og mislykket”, ”jeg vokste der-og-da”, ”klarte ikke å tenke”, osv.

– Elisabeth har hatt anoreksi i mange år, helt siden hun var tolv år:

”Ideen om å blande forskjellige former for mat på tallerkenen skremmer meg virkelig. Synet av for mange typer mat på tallerkenen, og ideen om at det skal blandes i magen min, får meg til å føle kaos. . . . Jeg må ha kontroll på tallerkenen for å ha kontroll i livet.”

– Veronica har bulimi:

”Da jeg gikk fra skolen i dag, tenkte jeg på



overspising. Og da jeg hadde tenkt på det, så var det somom jeg allerede hadde gjort det. Så da skyndte jeg meg hjem for å gjøre det. ... Andre dager står jeg i mot. Men all tenkingen om mat, lysten på å spise, fantasiene om smaker og kampen mot lystene, gjør at jeg føler at jeg legger på meg. Jeg blir fet bare av å tenke på det. Jeg blir overrasket når vekten viser at jeg ikke har gått opp.”

#### *Mulige konsekvenser for terapi*

Eksemplene illustrerer hemmet symbolisering. Refleksjonsrommet er innsnevret; eller for å vise til dette tidsskriftets navn: *Mellomrommet* innskrenkes. For terapeuten kan psykisk ekvivalens representere frustrerende vansker med å nå frem til pasienten, engasjere denne og bygge en virksom arbeidsallianse. Pasienten kan være fanget i sin kroppslige konkretisme, en fange av *er*, mens terapeuten forsøker å møte ham eller henne i et språk fundert i mentaliseringens *som-om*, om følelser, tanker, livshendelser og viktige relasjoner.

For å oppsummere, begrepet psykisk ekvivalens beriker våre forståelser av spiseforstyrrelsens psykopatologi, særlig med tanke på den konkrete kroppens rolle som et uttrykk for mentale forhold.

**Forestillingsmodus.** Den andre grunnformen av mentaliseringssvikt, forestillingsmodus (pretend mode), svarer i et utviklingspsykologisk perspektiv til en alternativ form for barnets måte å erfare virkeligheter på. Psykisk ekvivalens er normalt for en treåring. For det samme barnet er pretend en viktig alternativ og normal måte å ta inn virkelighet på. En banan kan bli til en telefon for å ringe farfar, eller en trepinne kan bli et magisk våpen. Barnet har evnene til å forestille seg. Til forskjell fra psykisk ekvivalens skjer det her en splittelse mellom indre og ytre realiteter (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). For å utvikle et sinn som erfares som virkelig og samtidig noe mer og annet enn den fysiske verdenen, trenger barnet leken og fantasien for å utvide den subjektive virkeligheten (Winnicott, 1971), for å lære ”playingwith reality” (Fonagy & Target, 1996). Men når en slik førmentaliserende form preger psykisk funksjon etter treårsalder, kan det bety virkelighetstap (Fonagy & Target, 2003). Hos tenåringen med en spiseforstyr-

relse kan dette komme til uttrykk som en frakopling, en dissosiasjon, mellom indre tilstand og ytre verden. I det psykoterapeutiske arbeidet anvender vi et språk om indre liv med forventningen om at dette berører pasienten. Men når pasienten er i forestillingsmodus, vil ordene kunne bli forstått, men de har ikke den forventede effekten. Anthony Bateman og Peter Fonagy (2004, s. 70) skriver:

”Therapy can go on for weeks, months, sometimes even years, in the pretend mode of psychic reality, where internal states are discussed at length, sometimes with excessive detail and complexity yet no progress is made, and no real understanding is experienced.”

Ideene utgjør ikke en tilstrekkelig bro mellom indre og ytre realiteter, og følelsene følger ikke tankene.

#### *Kliniske eksempler*

– Mangelen på realitetsforankring kan bidra til selvbedrag. Lisa beskriver:

”Jeg lurte meg selv ved å spise ting som var svært kalorittomme – kål, gulrøtter og selleri. Men når jeg gjorde dette, trodde jeg på et vis at det var næringsrikt.”

– Veronica er svært frustrert i timene. Hun klager over at hun ikke beveger seg fremover. I samtalene har hun riktig så mange ord, men det skjer stadig at hun har svært forskjellige versjoner av de samme situasjonene og endog motsier seg selv. Når behandleren forsøker å stoppe henne for å invitere til oppklaringer og også for å beskrive de aktuelle følelsene, blir hun enda mer frustrert. Hun har vansker med å få tak i de aktuelle følelsene, og i arbeidet med å utdype blir hun stotrende med formuleringer som ”forvirret”, ”vagt”, ”utydelig” og ”uklart”.

Av relevans for spiseforstyrrelsene er hvordan Veronica også har vansker med å beskrive kroppsfølelsen. På den ene siden, sier hun, hater hun sin kropp. Men hun beskriver det også som den ikke er ”hennes”, snarere ”et fremmed skall utenfor henne selv”. De dissociative erfaringene, her kalt forestillingsmodus, referer her således både til følelser og kroppslige erfaringer.

*Mulige konsekvenser for terapi*

Forestillingsmodus er en form for før-mentaliserende modus som ofte dekker over følelser av tomhet, tristhet og meningsløshet. Samtalens innhold kan virke relevant nok, gitt at tanker og følelser er i fokus, men virkningen er fraværende eller kortvarig. Denne formen for psykisk funksjon vil ofte være knyttet til *pseudo-mentaliserings*. Det kan ligne mentalisering, men er det like fullt ikke. Ordene går på tomgang, og de mangler presisjon når de skal beskrive mentale tilstander.

For å oppsummere, forestillingsmodus (pretend mode) er et meget nyttig begrepsmessig verktøy for å berike våre forståelser av uvirksomme terapier. Den aleksithyme pasienten vil mangle ord for indre liv og fungere på konkretistiske vis, mens andre personer med spiseforstyrrelser kan være rike på ord om følelsesmessige realiteter uten at de har særlig kontakt med disse følelsene eller nytte av navnettingen. Det er som om ordene ikke er deres egne. En kjent motoverføring vil være terapeutens mangel på konsentrasjon, forvirring, tretthet, kjedsomhet eller irritasjon. Forestillingsmodus er for *uvirkelig*, mens psykisk ekvivalens er for *virkelig*.

**Teleologi.** Teleologisk holdning er et meget relevant begrep for å berike forståelsene av fysikaliseringen av indre liv og relasjoner i spiseforstyrrelser. *Telos* er gresk og betyr "mål" eller "hensikt". Teleologi viser her til en utviklingsfase hvor barnet kan oppleve at en selv og andre har *agency*, evner til å handle, men at dette utelukkende er forankret i den fysiske verden (Gergely, 2001; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). For den unge eller voksne kan teleologi komme til uttrykk ved manglende tro på emosjonelle realiteter om de ikke kommer fysisk til uttrykk. "Jeg tror det ikke før jeg ser det."

Få kliniske tilstander illustrerer dette begrepet enn nettopp spiseforstyrrelsene. I panoramaet av psykiske lidelser er spiseforstyrrelser et særtilfelle, i den forstand at man i pasientenes biografier som oftest finner et aktivt ønske om å forandre seg. Hun eller han ønsker en forbedring, i selvfølelse og sosial aksept, og slike endringer blir forsøkt realisert gjennom å endre kroppen. *Sinnet skal endres ved at kroppen settes i arbeid*. Teleologi er et nøkkelbegrep for å forstå de kroppslig konkrete ambisjonene for selvdannelse ved spiseforstyrrelser.

*Kliniske eksempler**I forhold til en selv*

Pasienten beskriver lav selvfølelse, og løsningen er å tape vekt, fordi å slanke seg både i den personlige psyken, men også i den kulturelle konteksten, teleologisk er forbundet med mestring og selvkontroll. En generell følelse av mistillit kommer til uttrykk som mistillit til fysiske fenomener som vektens pålitelighet, anslag for mengder, kalorier eller gram. Den spiseforstyrrete personen kan også være en som driver med selvskadende atferd, hvor indre diffus smerte blir konkretisert til og regulert via ytre fysisk smerte (Skårderud & Sommerfeldt, 2009). La oss illustrere med noen utsagn:

– Vi vender tilbake til Elisabeth som i den kasuistiske illustrasjonen av psykisk ekvivalens beskrev hvordan flere typer mat på tallerkenen utløste indre kaos. Hun har en teleologisk løsning på sitt problem:

"... Gradvis forsto jeg å ta kontroll over maten var min vei til å ta kontroll ... over mine voldsomme bekymringer, min uro, angsten, og simpelthen over mitt behov for å være noen."

Det er slående hvordan det å rydde på en tallerken, en enkel fysisk gest, har så store sjelelige konsekvenser. Det bidrar ikke bare til en følelse av kontroll og følelsesregulering, men også til en opplevelse av identitet.

– Emily beskriver selvsulten som et ritual både for å fremme orden og forutsigbarhet, men også for rensel:

"Anoreksien min var der når alt annet var uforutsigbart, overspent og vilt. Strengheten, anoreksiens ryddige, rett-frem og konkrete vesen overvant usikkerheten med noe trygt – den var en kanal til noe mer grunnleggende, minimalistisk, ikke tilskitnet og rent."

– Hannah forteller om sine faste ritualer for å sjekke kroppen:

"Når jeg ikke har tilgang til ben og skjelett; når det er noe imellom og i veien når jeg tar meg selv på brystbenet eller hofteknammen, og ikke får direkte kontakt med det harde, da blir jeg redd. Da føler jeg at jeg ikke har

kontakt med innsiden av meg selv. Jeg blir uklar.”

#### *I forhold til andre*

Teleologi setter preg på de sosiale relasjonene. I forhold kan dette komme til uttrykk som behov for fysiske bevis for interesse eller hengivenhet, som at pasienten vil behandles privilegert annerledes enn andre pasienter for å føle seg verdt noe. Eller illustrert med følgende eksempler:

– Anna ble gradvis normalvektig, og ”den gamle, kaotiske ulykkelige meg” kom tilbake. Å få tilbake den gamle kroppen betød for henne å få tilbake gammel og kjent uro. Symptomene på spiseforstyrrelse var betraktelige mindre, men hun slet med angst. Hun falt til ro og tenkte klarere i time-ne med behandleren.

”Men når jeg forlater dette rommet, forsvinner roen. Du er bra for meg, og jeg stoler på deg. Jeg skulle ønske du var en bok. Hvis du var en bok, kunne jeg ha deg i vesken min, plukke den opp og lese i den når jeg måtte trenge det, lese om igjen og finne støtte.”

– Lisa utfordret behandleren med stadig å spørre om igjen og sjekke om igjen om vekten og kostlisten. Den spiseforstyrrede personens grunnleggende utrygghet og mistillit kan komme til uttrykk som mistillit til personer, ikke minst behandlerne. Og pasientens opplevelse av å mangle kontroll, kan utageres til kontrollerende atferd, som å sjekke, dobbeltsjekke og forsøke å styre behandlerens atferd.

#### *Mulige konsekvenser for terapi*

Pasientenes sterke avhengighet av å sammenligne seg selv med andre, behandlere, medpasienter ikke minst, familiemedlemmer osv., er et slående eksempel på teleologiens sentrale rolle ved spiseforstyrrelser. Som et teoretisk konstruert er det meget relevant for å forstå spiseforstyrrede personers relasjoner, og ikke minst terapeutiske relasjoner. Stadige kamper om avtaler, gram, kontrakter, tid og oppmerksomhet blir fysiske iscenesettelser av utrygghet i møtene. Relasjonene oppleves ikke som trygge nok i seg selv, og derfor må de bekreftes via materialitet. Om behandleren ”virkelig bryr seg”, kan det bli forventet at dette blir synliggjort, som gjennom tilgjengelighet på telefonen, ekstra timer, fysisk kontakt og tegn på at terapeuten er villig til

å utenfor noen definerte rammer. Dette kan igjen bidra til grenseoverskridelser i terapi (Bateman & Fonagy, 2004). Pasienten som forsøker å kontrollere behandleren, utløser hyppig negative overføringsreaksjoner.

Behandleren som arbeider med spiseforstyrrelser bør også være klar over at ens egen kropp blir vurdert, bedømt eller fordømt. Dette kan, især i begynnelsen av terapi, påvirke arbeidsalliansen. ”Kan jeg lære kontroll av min overvektige terapeut, som åpenbart ikke har kontroll?” ”Skal jeg lære å legge på meg av den undervektige ernæringsfysiologen?”

For å oppsummere, teleologi som analytisk begrep treffer essenser av spiseforstyrrelsens psykopatologi. Og teleologisk modus kan representere en betydelig hindring for tradisjonelt psykoteraeutisk arbeid. Samtidig åpner det opp for at pasienten som er vanskelig å møte, kan la seg møte i konkrete diskusjoner om mat, vekt og fysiske forhold. Josephs (1989, s. 495) skriver at

”an alternative to getting the patient to enter the realm of the symbolic (the therapist’s world), is the therapist instead entering the realm of the concrete (the patient’s world). After all, the patient is usually looking for an ally.”

#### **Oppsummering av før-mentaliserende former.**

Vi vil her kort oppsummere beskrivelsene av de tre såkalte før-mentaliserende funksjonsformenes relevans. Det er slett ikke gitt at en person med spiseforstyrrelse fungerer innenfor én av de tre formene. Mest sannsynlig pendler de mellom alle tre former, og hvor teleologi nærmest er identisk med den diagnostiske definisjonen av spiseforstyrrelse: overopptatthet av kropp, vekt og utseende.

Alle de tre formene bidrar til former for realitetsbrist. I normalutviklingen vil barnet integrere psykisk ekvivalens og forestillingsevnen til en reflekterende modus, eller mentalisering, hvor tanker og følelser blir opplevd som representasjoner.

”Inner and outer reality are seen as linked, but separate, and no longer have to be either equated or dissociated from each other.” (Bateman & Fonagy, 2004, s. 70)

En slik sinnstilstand er det beste grunnlaget for psykoterapi. Uten den vil terapi kunne bli krevende, slik det ofte er ved spiseforstyrrelser. Å nærme

seg egne tanker og følelser kan utløse sterke opplevelser av fysisk ubehag, som å kjenne seg som ekkel, fet og voksende. Eller terapiens svikt viser seg ette lengre tid, fordi man på pseudomentaliserende vislager en boble hvor man kan føle seg ok nok, men hvor utvekslingen av ordene ikke har emosjonelle eller praktiske konsekvenser over tid.

### Kroppsbildeforstyrrelse, revised

Kroppsbildeforstyrrelser er et av de teoretisk og kliniske mest utfordrende fenomenene ved spiseforstyrrelser, især ved anoreksi (Espeset, Nordbø, Gulliksen et al., 2011a,b). Den avmagrete pasienten kan se seg i speilet som stor og tykk. La oss forsøke å anvende de kliniske og teoretiske konstruktene før-mentaliserende modi på dette fenomenet. Hilde Bruch (1962) var også pioneren på dette området. Kroppsbildeforstyrrelse utgjør et av de diagnostiske kriteriene for anorexia nervosa (American Psychiatric Association, 1994). Det er forsket mye omkring kroppsbildeforstyrrelser, men det er fortsatt lite konsensus om fenomenets grunnleggende karakter. I stor grad har kroppsbildeforstyrrelsene blitt sett som et stabilt trekk som kan studeres utenfor de kontekstene det opptrer. I egen forskning har vi imidlertid beskrevet hvordan kroppsbildet ved anoreksi fluktuerer, naturligvis i tilknytning til måltider, men også avhengig av følelser og forhold. Personen kan kjenne seg større når hun eller han er utrygg eller i visse sosiale situasjoner, mens hun eller han føler seg mer passe i tryggere sammenhenger (Espeset, Nordbø, Gulliksen et al., 2011b). Dette støtter opp om konklusjonen til Slade og Brodie (1994, s. 41) om at pasienter med anoreksi har et kroppsbilde som er "uncertain, unstable and weak".

Om vi forstår kroppsbildeforstyrrelser i tilknytning til *mentalisering av kroppen*, vil vi nettopp forvente at opplevelsene av kroppen endrer seg med sinnstilstander. *Kroppsbildeforstyrrelsene kan sees som en spesifikk form for mentaliseringssvikt ved spiseforstyrrelser og beslektete kroppspraksiser*. Slik negative følelser hemmer mentalisering hos andre pasientgrupper (Bateman and Fonagy, 2004), kroppsbildeforstyrrelse sees som en konsekvens av økende mentaliseringssvikt i kjølvannet av negativ følelsesmessig aktivering hos den kroppsoptatte, men hvor representasjonen ikke bare er følelser av ube-

hag, men som kroppslig ubehag, kroppsmisnøye og manglende kontroll over opplevelsen av kroppens form og grenser (Skårderud & Fonagy, 2012).

For å oppsummere, med sine kliniske og teoretiske beskrivelser om spiseforstyrrelser foregrep Hilde Bruch senere modeller om hemmet mentalisering. Og ikke minst opplyste hun oss om hvordan slike midlertidige eller mer omfattende kompetanser rammer *både egne sinnstilstander – minding one's own mind* – men også *somatiske sensasjoner – minding one's own body*. Kanskje mentaliseringsmodellen slik kan hjelpe oss til å rekonseptualisere kroppsbildeforstyrrelse som en kombinasjon av *psykisk ekvivalens* – hvor de kroppslige konkretiserte følelsene er overveldende og for virkelige her-og-nå – og *forestillingsmodus* – hvor den følelsesmessige kontakten med en selv er for uvirkelig, frakoblet både fra affekter og somatiske stimuli; og hvor *teleologien* forankrer slike følelser i det kroppslige.

### Avslutning

Pasienter med spiseforstyrrelser er heterogene når det gjelder bakgrunn, klinisk fremtoning, samsykelighet og personlighet, men vi postulerer her at hemmet refleksiv funksjon, kontekstuellet eller mer omfattende, er sentralt i psykopatologien. Vi foreslår at mentalisering som intellektuelt rammeverk ikke bare kan hjelpe oss til bedre forståelse av spiseforstyrrelser hos ungdom, men også til at vi som behandlere bedre kan tolerere slike fenomener. Mentalisering handler ikke bare om *dem*, men også om *oss*. Å arbeide med pasienter med alvorlig mentaliseringssvikt, som anoreksi, kan vekke meget sterke følelser og dermed true våre egne mentaliseringsevner. Gode beskrivelser og teoretiske modeller kan hjelpe oss til å empatisere med pasienten og fremme "negative capability", det vil si evnene til å tåle og holde ut (Holmes, 2001). Dette har således ikke bare kliniske, men også etiske sider. Vi trenger selv modeller for å forebygge at vår egen refleksjon kollapse; for at nysgjerrighet, undring og åpenhet for pasientens erfaringer holdes oppe. Spiseforstyrrelser kan utfordre oss på slike vis at de terapeutiske aktivitetene ikke fremmer helse, i verste fall gjør vondt verre.

## Referanser

- Allen, J.G. (2006). Mentalizing in practice. I J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*, s. 3-30. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>th</sup> edition. Washington DC.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J.D., & Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Volume 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domains. *Concepts in Neuroscience*, 2, 27-51.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Cochrane, C.E., Brewerton, T.D., Wilson, D.B., & Hodges, E.L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Connan, F., Campbell, I.C., Katzman, M., Lightman, S.L., Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior* 79, 13-24.
- Damasio, A. *Looking for Spinoza: joy, sorrow and the feeling brain*. New York: Harcourt, 2003.
- Deborde, A.S., Berthoz, S., Wallier, J.M., Fermanian, J., Falissard, B., Jeammet, P., & Corcos, M. (2008). The Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire cutoff scores: a study in eating-disordered and control subjects. *Psychopathology*, 41(1), 43-49.
- Espeset, E.M.S., Nordbø, R.H.S, Gulliksen, K.S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2011a). The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: An empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eating Disorders*, 19, 175-193.
- Espeset, E.M.S., Nordbø, R., Gulliksen, K., Skårderud, F., & Holte, A. (2011b). Fluctuations of body images in anorexia nervosa: Patients' perception of contextual triggers. *Clinical Psychology and Psychiatry*, published online.
- Fertuck, E.A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M.C., Wilson, S.T., Brodsky, B.C. & Stanley, B. (2009). Enhanced "Reading the Mind in the Eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979-1988.
- Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 411-430.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Edgcombe, R., Moran, G. S., Kennedy, H., & Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 9-48.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of*

- Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. London: Whurr.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Freud, S. (1900/1973). *The interpretation of dreams. The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. IV*. London: The Hogarth Press and Institute of Psycho-analysis.
- Gergely, G. (2001). The obscure object of desire: "Nearly, but clearly not, like me". Contingency preference in normal children versus children with autism. In J. Allen, P. Fonagy & G. Gergely (Eds.), *Contingency, perception and attachment in infancy. Special issue of the Bulletin of The Menninger Clinic*, pp. 411-426. New York: Guilford Press.
- Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social bio-feedback model of parental affect-mirroring. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181-1212.
- Godart, N.T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M.F., 2004. Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders* 9, 249-257.
- Goldie P (2004). Emotion, reason and virtue. I D Evans & P Cruise (red.), *Emotion, evolution and rationality*. New York: Oxford University Press.
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*, pp. 205-228. New York: The Guilford Press.
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiology and Behavior*, 94 (1), 113-120.
- Higbed, L. & Fox, J.R. (2009). Illness perceptions in anorexia nervosa: a qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 307-25.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Josephs, L. (1989). The world of the concrete: A comparative approach. *Contemporary psychoanalysis*, 25, 477-500.
- Kazdin, A.E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, pp. 543-589. New York: Wiley.
- Lecours, S. & Bouchard, M-A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- Legenbauer, T., Kleinstaubler, M., Muller, T., & Stangier, U. (2008). Are individuals with an eating disorder less sensitive to aesthetic flaws than healthy controls? *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 87-95.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1995). Adult attachment classification system. In M. Main (Eds.), *Behavior and the development of representational models of attachment: Five methods of assessment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1962) *The phenomenology of perception*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Monk, C.S., McClure, E.B., Nelson, E.E., Zarahn, E., Bilder, R.M., Leibenluft, E., Charney, D.S., Ernst, M. & Pine, D.S. (2003). Adolescent immaturity in attention-related brain engagement in emotional facial expressions. *NeuroImage*, 20, 420-428.
- Oldershaw, A., Hambrook, D, Tchanturia, K., Treasure, J. & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72, 73-79.
- Papezová, H., Yamamotová, A. & Uher, R. (2005). Elevated pain threshold in eating disorders: physiological and psychological factors. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 431-438.
- Pollatos, O, Kurz, A-L., Albrecht, J, Schreder, T., Kleemann, A.M., Schöpf, V., Kopietz, R., Wiesmann, M. & Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 9 (4), 381-388.
- Rotschild-Yakar, L., Levy-Schiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E. & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behaviour. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 501-507.
- Russell, T.A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V.

- & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168 (3), 181-185.
- Sharp, C., Fonagy, P. & Goodyer, I. (Eds.) (2008). *Social cognition and developmental psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (1), 54-58.
- Sifneos, P.E., Apfel-Savitz, R. & Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 193-198.
- Skårderud, F. (2004). Den kommuniserende kroppen. Spiseforstyrrelser og kultur. *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, 124, 2365-2368.
- Skårderud, F. (2007a). Eating one's words. Part I. 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa. An interview study. *European Eating Disorders Review*, 15, 163-174.
- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words. Part II. The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa. Theory. *European Eating Disorders Review*, 15, 243-252.
- Skårderud, F. (2009). Hilde Bruch revisited and revised. *European Eating Disorders Review*, 17, 83-88.
- Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*, pp. 347-384. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Skårderud, F. & Karterud, S. (2007). Å forstå seg selv og hverandre – intet mindre. Introduksjon. I Bateman, A. & Fonagy, P. (red.), *Mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*, s. xi-xxxi. Oslo: Arneberg Forlag.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 128, 1066-9.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2009). Selvs-kading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 129, 877-81.
- Slade, P. & Brodie, D. (1994). Body-image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on the recent literature. *European Eating Disorders Review*, 2, 32-46.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Bara-Carill, N., Treasure, J. & Schmidt, U. (2004). Theory of mind in AN. *European Eating Disorders Review*, 12, 361-366.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I.C. & Råstam, M. (2001). Ten-year follow-up of adolescent onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 613-622.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge.
- Zachrisson, H.D. & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97-106.

**Keywords:** Adolescent psychiatry, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, mentalization.

**Søkeord:** Anorexia nervosa, bulimia nervosa, mentalisering, psykoterapi, spiseforstyrrelser, ungdom.

### Abstract

Spiseforstyrrelser er en av ungdomspsykiatriens store kliniske og teoretiske utfordringer. I denne teksten vil vi beskrive spiseforstyrrelsens psykopatologi gjennom mentaliseringsbegrepets linser. Mentalisering viser til hvordan mennesker danner mening gjennom å forestille seg sinnstilstander hos andre og en selv. Mentaliseringsbegrepet kan sees på som en ny modell for å forstå menneskelig atferd, og for å guide psykoterapi. Artikkelen beskriver hvordan refleksiv funksjon og sosial kognisjon er hemmet ved alvorlige spiseforstyrrelser hos ungdom, og er sentrale i psykopatologien. Spiseforstyrrelser debutterer som oftest i tenårene, og dette er en livsfase hvor utviklingen av hjernen også bidrar til en særlig sårbarhet. Det vil her være et særlig fokus på hvordan kroppen blir tilskrevet mentale funksjoner. Teksten handler således om hvordan "minding the minded body". Det postuleres at mentalisering som intellektuelt rammeverk beriker forståelsene av spiseforstyrrelser og bidrar til å ordne den utfordrende fenomenologi som pasientene presenterer.

### Abstract

Eating disorders is one of the clinically and intellectually most challenging phenomena in adolescent psychiatry. This article describes the psychopathology of eating disorders through the lenses of the mentalizing concepts. Mentalizing refers to the ways humans make sense of their social world by imagining mental states in others and oneself. Mentalizing is a model to understand human behaviour, and it is used to inform application of psychotherapy. The article documents how impaired reflective function and social cognition, contextually or more comprehensively, are central in the psychopathology. Eating disorders are most often presented during adolescence, and this is a life stage where the brain also contributes to a particular vulnerability. There is a specific focus on how body becomes mind: How bodily qualities and bodily practices play a crucial role in the mental life of the patients. This text is specifically about minding the minded body. It is the statement that mentalizing as an intellectual framework enriches the understanding of eating disorders in adolescents and helps to organize the challenging phenomenology presented by the patients.

**Finn Skårderud**, professor og overlege i psykiatri, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus.

**Bente Sommerfeldt**, psykolog, Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus.

**Peter Fonagy**, Freud Memorial Professor in Psychoanalysis, direktør ved Anna Freud Centre og forskningsleder, Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London.

finns@online.no