



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Tilknytningsteori***  
***- en forklaringsmodell for "drop-out" fra behandling ved spiseforstyrrelser?***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Anette Thu Andersson**  
**Nadja Josefine Nyhammer Monsen**  
**Ellen Møllerløkken**

Vår 2008

Veiledet  
Jon Christian Laberg

## Abstract

Research on what constitutes drop-out from psychological treatment of eating disorders has until recently been scarce, despite the fact that about 50 % of the patients with this life threatening illness drop out. There have been made attempts to explain the high drop-out rates, and among these, the major focus has been on patient characteristics. This study encompasses a comprehensive literature review of existing research evidence on drop-out. The review found few consistent variables that can be used to explain the drop-out. However, relational variables showed a possible influence on drop-out.

In the absence of a theoretical framework in the abovementioned research, this study has tried to apply attachment theory to explain drop-out from treatment of eating disorders. About 96 % of the patients with eating disorders have been classified with an insecure attachment style. Thus, the attachment perspective might generate a deeper and more profound understanding of drop-out. An insecure attachment style influences the patients' ability to establish and maintain meaningful relationships, which in turn will have implications for the patient-therapist relation and, hence, constitutes an increased risk of dropping out. The thesis ends with a discussion whether attachment theory is sufficient to explain drop-out from psychological treatment of eating disorders.

## Sammendrag

Frafall i behandling av spiseforstyrrelser, ”drop-out”, har inntil nylig vært et lite utforsket område, til tross for at opptil 50 % av pasientene med denne livstruende lidelsen dropper ut. Det har vært gjort forsøk på å forklare frafallet ved hjelp av ulike mekanismer. Blant disse har hovedfokus vært på pasientkarakteristika. Denne studien innebærer et omfattende litteratursøk av aktuell forskning på ”drop-out”, som har vist at det foreligger få konsistente variabler som kan forklare ”drop-out”. Relasjonsvariabler viste imidlertid en mulig innvirkning på ”drop-out”.

I mangel på et overordnet teoretisk rammeverk i den overnevnte forskningen, har denne studien søkt å anvende et tilknytningsteoretisk perspektiv for å få en bredere og mer nyansert forståelse av ”drop-out” fra behandling av spiseforstyrrelser. Bakgrunnen for dette er at om lag 96 % av pasienter med spiseforstyrrelser har en usikker tilknytningsstil. En usikker tilknytningsstil vil påvirke pasientenes evne til å danne og opprettholde relasjoner, som i så måte vil ha implikasjoner for pasient-terapeutrelasjonen. Dette tenkes å gi en økt risiko for ”drop-out”. Avslutningsvis i oppgaven problematiseres det hvorvidt tilknytningsteori er tilstrekkelig for å forklare ”drop-out” fra behandling av spiseforstyrrelser.

## Innholdsfortegnelse

Abstract .....	i
Sammendrag .....	ii
1. Innledning.....	1
1.1 Problemstilling/design.....	2
1.2 Definisjon av spiseforstyrrelser.....	3
1.3 Epidemiologi .....	3
1.4 Konsekvenser av DO fra behandling av spiseforstyrrelser .....	5
1.5 Tilknytningsteori .....	6
1.5.1 Tilknytningsstil hos barn .....	7
1.5.2 Tilknytningsstil hos voksne.....	10
1.6 Tilknytningsteori i forhold til utvikling av spiseforstyrrelser .....	12
2. Metode.....	15
3. Resultater fra litteratursøket .....	16
3.2 Generelle funn .....	20
3.2.1 Pasientkarakteristika.....	20
3.2.1.1 Demografiske variabler.....	21
3.2.1.2 Spiseforstyrrelser; diagnose, trekk og atferd.....	22
3.2.1.3 Annen psykopatologi.....	24
3.2.1.4 Familiefungering.....	25
3.2.2 Terapeut- og terapikarakteristika .....	26
3.2.3 Pasient – terapeut relasjon.....	27
3.3 Kvalitative studier .....	28
3.4 Oppsummering av funn .....	29
3.5 Vurdering av funn fra litteratursøket.....	29
3.6 Tilknytningsteori som rammeverk for å forstå DO fra behandling av spiseforstyrrelser .....	33
4. Hvordan og i hvilken utstrekning frafall fra behandling av spiseforstyrrelser kan forstås i lys av tilknytningsteori .....	35
4.1 Tilknytningskategorier blant pasienter med spiseforstyrrelser .....	35
4.1.1 ”Avvisende” tilknytningsstil .....	36
4.1.2 ”Overopptatt” tilknytningsstil .....	37
4.2 En dimensjonal forståelse av tilknytning .....	38
4.2.1 Konsekvenser for behandling.....	39
4.3 Tilknytning, tillitt og relasjon til terapeuten.....	40
4.4 Terapeutens tilknytningsstil .....	41
4.5 Betragtninger rundt tilknytningsteori som forklaringsmodell på DO .....	42
4.5.1 Terapeuten som trygg base – er det nok? .....	43
4.5.2 Komorbiditet .....	45
4.5.3 Samfunnsperspektiv .....	46
5. Avslutning .....	46
Referanser.....	49

## 1. Innledning

Generelt har psykoterapiforskning funnet at kun 15 % av behandlingsutfallet kan forklares ut fra behandlingsmetode eller terapiform. Videre kan 40 % av variansen forklares ut fra utenomterapeutiske forhold, eksempelvis jobbendring og dødsfall, mens 30 % kan forklares ut fra relasjonen mellom pasient og terapeut (Lambert & Barley, 2002). En svakhet med slike studier er imidlertid at flertallet ikke tar høyde for pasienter som velger å droppe ut fra behandling. Dermed sier forskningen i liten grad noe om hvilke faktorer som gjør at pasientene faller fra. Det kan tenkes at dersom pasientene som droppet ut hadde forblitt i terapi, ville dette kunne hatt en innvirkning på funnene. I så henseende er det mulig å tenke seg at dagens forskning er ”biased” i forhold til effekten av terapiform.

Forskning på ”drop-out” (heretter forkortet: DO) har vist at det er stor forskjell i antall pasienter som dropper ut i forhold til symptombylde og diagnose. Det kan tenkes at behandlingsform, terapeutisk relasjon og andre utenomterapeutiske forhold vil kunne ha ulik betydning avhengig av diagnose og karakteristika ved pasienten. En diagnose som har vist seg å være relatert til særlig høy DO er spiseforstyrrelser. Forskning viser at spiseforstyrrelser er forbundet med en DO rate på opptil 50 % i løpet av behandling (Bandini et al., 2006; Bell, 2001; Clinton, 1996; Eivors, Button, Warner & Turner, 2003; Guarda, 2007; Mahon, 2000; Zeeck, Hartmann, Buchholz & Herzog, 2005; Vandereycken & Pierloot, 1983). En så høy DO prosent gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om hva som er god behandling for denne gruppen. Man kan derfor argumentere for at det er et behov for å se spesielt på hva som gjør at disse pasientene dropper ut av terapi. Forskning har pekt på flere årsaker, hovedsakelig pasientkarakteristika. Samtidig er det økende evidens for at terapi- og terapeutkarakteristika og relasjonen mellom pasient og terapeut kan ha innvirkning på DO (Baekland & Lundvall, 1975; Bell, 2001; DuBrin & Zastowny, 1988; Mahon, 2000). Denne oppgaven vil følge opp hypotesen om mulige relasjonelle årsaker til drop-out.

Enkelte forskere, for eksempel Mahon (2000) og Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie & Balfour (2004) etterspør et overordnet teoretisk rammeverk som kan bidra til å guide forskningen på DO fra terapi ved spiseforstyrrelser. Det argumenteres for at dette vil bidra til å lette sammenligning av data på tvers av studier, og dermed gjøre det enklere å identifisere og forstå faktorer som kan relateres til fenomenet. I tråd med dette har overnevnte forskere foreslått at et tilknytningsteoretisk perspektiv kan være med å gi en bredere og mer utfyllende forståelse av nåværende antagelser omkring DO. Hvis denne antakelsen er riktig, kan et slikt rammeverk trolig bidra til å generere nye hypoteser om årsaker til DO hos disse pasientene. I sin tur kan dette legge grunnlag for å utvikle mer tjenelige behandlingstilnærminger (Mahon, 2000; Mahon, Bradley, Harvey, Winston & Palmer, 2001; Mahon, Winston, Palmer & Harvey, 2001; Tasca et al., 2004).

### 1.1 Problemstilling/design

Nyere forskning har vist at det er behov for å avdekke underliggende faktorer assosiert med DO fra behandling. Bakgrunnen for dette er blant annet at forskningsfeltet i større grad har blitt klar over omfanget av DO fra behandling. En større forståelse for hva som bidrar til at pasienter har vansker med å fullføre terapi, kan bidra til en forbedret behandling og redusere DO fra behandling.

Formålet med denne oppgaven er dels å utføre et litteratursøk for å undersøke hvilke årsaksfaktorer som er blitt knyttet til DO fra behandling ved spiseforstyrrelser, samt undersøke hvorvidt den høye andelen av frafall kan forklares ut fra det teoretiske rammeverket tilknytningsteori. Hensikten med oppgaven er derfor todelt: 1) Kartlegge faktorer som har blitt identifisert som medvirkende til DO fra behandling ved spiseforstyrrelser. 2) Undersøke hvordan og i hvilken utstrekning DO fra behandling av spiseforstyrrelser kan forstås ut fra tilknytningsteori.

Opgaven vil kort presentere kjennetegn ved spiseforstyrrelser og DO fra behandling, og det vil bli gitt en oversikt over tilknytningsteori samt dens relevans for utvikling av spiseforstyrrelser. Deretter vil det bli gjort en omfattende litteraturgjennomgang av tidligere forskning på årsaksfaktorer på DO. Disse funnene vil bli drøftet i lys av en tilknytningsteoretisk forståelse.

## 1.2 Definisjon av spiseforstyrrelser

Forskning som denne litteraturstudien baserer seg på omhandler anorexia nervosa og bulimia nervosa, eller en kombinasjon av disse. Derfor vil kun de diagnostiske kjennetegn for disse diagnosene være relevant for oppgaven, og således bli presentert her.

Ifølge International Classification of Diseases, 10th edition (WHO; ICD-10, 1992) blir anorexia nervosa karakterisert ved bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten, blant annet som et resultat av en forstyrret kroppssoppfatning. Lidelsen er forbundet med underernæring av varierende alvorlighetsgrad, med sekundære endokrine og metabolske forandringer samt forstyrrelser av kroppsfunksjoner. Et kriterium for diagnosen er en vekt på minst 15 % under forventet kroppsvekt, som tilsvarer en kroppsmasseindeks på under 17.5. Bulimia nervosa er et syndrom karakterisert ved gjentatte tilfeller med overspisning og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten. Dette fører til at individet tar i bruk ekstreme metoder, som selvfremkalt oppkast eller bruk av laksativer, for å dempe den ”fetende” virkningen av mat. Lidelsen kan betraktes som en følgetilstand ved vedvarende anorexia nervosa. Begge tilstandene kan føre til alvorlige somatiske komplikasjoner, som i ytterste konsekvens kan få dødelig utfall.

## 1.3 Epidemiologi

Det blir anslått at alvorlige spiseforstyrrelser rammer ca. 2 % av kvinner i alderen 15-45 år, hvorav ca. 0,2 – 0,5 % rammes av anoreksi og ca. 1,5 % rammes av bulimi (Hoek, 2006;



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004). Patologisk overspising rammer mellom 1,5 og 3,2 %. Dette gjelder i hovedsak kvinner i alderen 15 – 25 år. Uspesifikke spiseforstyrrelser kan forekomme blant 30 – 40 % av ungdom (Statens Helsetilsyn, 2000). Spiseforstyrrelser er mest utbredt blant kvinner. Det synes som det er et økende antall gutter og menn som får spiseforstyrrelser. Forholdet mellom antall menn og kvinner med spiseforstyrrelser er om lag 1:9 (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004).

Prevalensraten for spiseforstyrrelser blant barn og unge har økt de siste tiårene (Bulik et al., 2006; Guarda, 2007; Hoek, 2006). Dette antar man har bakgrunn i økt diagnostisk kompetanse blant helsepersonell og bedre behandlingstilbud, samt større åpenhet og mindre stigmatisering omkring spiseforstyrrelser (Statens Helsetilsyn, 2000). Som et resultat av dette har antall henvendelser om hjelp økt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004). Insidensraten for spiseforstyrrelser har imidlertid vært relativt stabil de siste tiårene. For anoreksi er insidensen anslått til 10 – 40 individer per 100 000 per år, mens den for bulimi er anslått til 5 – 65 individer per 100 000 per år (Statens Helsetilsyn, 2000). Forskning viser at av de som utvikler spiseforstyrrelser, blir ca. 50 % helt friske, ca. 30 % blir bedre men har restsymptomer og et svingende forløp, mens ca. 20 % forblir kronisk syke (Kahn & Pike, 2001; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004).

Spiseforstyrrelser er en lidelse med en av de høyeste dødelighetsratene blant psykiske lidelser (Hoek, 2006; Sullivan, 1995). De primære årsakene til den høye dødeligheten er komplikasjoner ved spiseforstyrrelsen eller selvmord (Sullivan, 1995). Forskning viser at dødeligheten er lavere for dem som mottar aktiv behandling. Samtidig er det estimert at kun 30 % av alle med anoreksi og under 6 % av de med bulimi kommer til behandling (Hoek, 2006; Statens Helsetilsyn, 2000). I så måte er det viktig at denne gruppen pasienter får tilbud om en god og tilpasset behandling.

#### 1.4 Konsekvenser av DO fra behandling av spiseforstyrrelser

På mikronivå vil DO fra behandling kunne ha implikasjoner for individet selv, samt for hans eller hennes familie og venner. Generelt sett har det vist seg at pasienter som avslutter behandling før terapeuten anser det som hensiktsmessig, har mindre sannsynlighet for å bli friske på egen hånd (Fairburn et al., 1993; King, 1989; ref. Mahon, 2000). Videre har studier vist at prematur avslutning av terapi er assosiert med lavere sosial fungering og mer alvorlige symptomer hos pasienter (Killaspy, Banerjee, King, & Lloyd, 2000). Prematur avslutning av terapi er også forbundet med større risiko for tilbakefall innen det første året etter innleggelse (Baran, Weltzin & Kaye, 1995; Surgenor, Maguire & Beumont, 2004). Dette er i sin tur forbundet med et mer kronisk og mer alvorlig forløp av lidelsen (Strober, Freeman & Morrell, 1997). Det å motsette seg og å droppe ut av behandling, predikerer med andre ord et dårligere utfall for den enkelte på lang sikt (Baran et al., 1995). Pasienter kan miste tillit til behandlerne og bli vanskelige å motivere for videre behandling eller gjenopptak av behandling (Kaplan & Garfinkel, 1999; Mahon, 2000). I tillegg kan familiemedlemmer og venner av pasienten komme til å oppleve unødige tilleggsbelastninger ved at pasienten dropper ut (Mahon, 2000).

På makronivå vil DO fra behandling av spiseforstyrrelser også kunne ha negative konsekvenser for samfunnet. Etersom spiseforstyrrelser er en sykdom som oftest starter i ungdomsårene, og ofte innebærer et kronisk forløp med langvarig behandling og gjentatte innleggelser, representerer sykdommen en økonomisk byrde for samfunnet (Beumont, Russel & Touyz, 1993). Det å droppe ut vil også kunne påvirke andre pasienter som har blitt henvist til terapi. Jo flere pasienter som dropper ut, jo større vil behovet kunne være for gjeninnleggelser. Dette kan føre til lange ventelister og at noen pasienter vil måtte vente unødvendig lenge på behandling (Mahon, 2000). I tillegg, dersom individet dropper ut av gruppeterapi, kan dette bidra til å forstyrre gruppedynamikken. Som følge av dette kan andre pasienter også velge å droppe ut (Mackenzie & Harper-Giuffre, 1992). Å forebygge DO kan

derfor bidra til å korte ned på sykdomsforløpet for den enkelte pasient, samtidig som det kan føre til at ventelistene blir kortere. Resultater av redusert DO ville dermed være at systemet ble mer effektivt (Mahon, 2000). Den høye DO prosenten kan også bidra til å demotivere terapeuter i deres forsøk på å hjelpe denne type pasienter (Merrill, Mines & Starkey, 1987). I et metaperspektiv kan DO fra terapi ved spiseforstyrrelser med andre ord ha store og mangefasetterte konsekvenser.

Jo mer en vet om mekanismene bak DO, jo bedre blir også mulighetene for igangsette vellykkede intervensjoner. Dersom man klarer å redusere DO, øker sannsynligheten for at behandling allerede på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet vil lykkes. Da kan også risikoen for langtidskonsekvenser som for eksempel irreversible og livstruende medisinske komplikasjoner og selvmord reduseres, belastning for familie og venner vil kunne bli mindre, ventelister vil kunne kortes ned og kostnadene for samfunnet vil i sin tur bli mindre. Empirisk forskning på faktorer som påvirker DO er derfor klart nødvendig. Slike data vil kunne bidra til å forbedre behandling for spiseforstyrrelser, noe som igjen kan komme til å bedre den generelle prognosen (Kahn & Pike, 2000). Som nevnt innledningsvis er det et behov for et overordnet teoretisk rammeverk ved slik forskning. I så henseende har et tilknytningsteoretisk perspektiv blitt vurdert som spesielt interessant (Mahon, 2000; Tasca et al., 2004).

### 1.5 Tilknytningsteori

Tilknytningsteori kan sies å bestå av et bredt spekter av kunnskap, teori og empiri vedrørende utviklingen av og kvaliteten på relasjonelle bånd mellom et individ og hans eller hennes omsorgsgivere. Tilknytningsteori bygger i stor grad på arbeidene til John Bowlby (1969; 1973; 1980), som brakte sammen kunnskap fra psykoanalyse, etiologi og læringsteori (O'Kearney, 1996; Ward, Ramsay & Treasure, 2000). Ut fra sin misnøye med det psykoanalytiske fokus på driftsreduksjon og separasjon, formulerte Bowlby en teori som postulerte at spedbarn er biologisk predisponert til å knytte seg til hans eller hennes

omsorgsgivere (Orzolek-Kronner, 2002). Dette skjer i følge Bowlby (1969; 1973; 1980) på bakgrunn av et grunnleggende behov for nærhet som fungerer som en adaptiv strategi som gir barnet trygghet og fremmer overlevelse.

Tilknytningsrelasjonens hovedfunksjon kan dermed, fra et evolusjonsperspektiv, sies å være beskyttelse og resulterer i både psykologiske, kognitive, emosjonelle og atferdsmessige uttrykk hos barnet. Mønsteret og kvaliteten på disse uttrykkene dannes allerede i spedbarnstiden gjennom samspillet mellom barnet og dets omsorgsgivere. Når barnet kommer i situasjoner hvor det føler seg truet vil dets tilknytningssystem aktiveres, og barnet vil inngå i atferd som bringer det (i den grad det er mulig) nærmere omsorgsgiver, for eksempel ved å skrike eller gråte. I følge Bowlby (1988) er trygg tilknytning en forutsetning for eksplorering av omverdenen. Barnets tilknytningsatferd kjennetegnes som en balanse mellom denne eksploreringen og nærhet til tilknytningssystemet. Dette mønsteret av atferd har blitt dokumentert blant annet ved Ainsworths studier av spedbarn som blir separert fra sine mødre, fra Sør-Afrika (1963; 1967) og USA (1969; 1978). Ainsworth utviklet på grunnlag av dette en metode for å kartlegge spedbarnets tilknytningsatferd, kalt "Strange Situation". Metoden går ut på å kartlegge et (ca. 12 måneder gammelt) spedbarn sitt reaksjonsmønster i forhold omsorgsperson ved opplevd fare. Dette vil si at spedbarnet blir eksponert for flere separasjoner fra – og gjenforeninger med – sin omsorgsperson, vanligvis mor (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1988).

### 1.5.1 Tilknytningsstil hos barn

Et fundamentalt skille i spedbarns tilknytningsstil er mellom barn som kan klassifiseres som trygt tilknyttede og de som kan klassifiseres som utrygt tilknyttede. Trygg tilknytning utvikles når barnets omsorgsgivere oppfattes av barnet som tilgjengelige og responsive (Bowlby, 1988). Barn med denne form for tilknytning kommuniserer åpent både positive og negative emosjoner, og vil i møte med stressende omstendigheter søke nærhet til omsorgsgiver for å

reducere ubehagelige emosjoner. Disse barna vil også komme omsorgsgiver i møte ved gjenforening etter separasjon (Ainsworth 1963; 1967; ref. Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973). Trygt tilknyttede barn vil gjennom gjentatte erfaringer med sine omsorgsgivere utvikle en forventning om at foreldrene vil være tilgjengelige ved behov og at de selv er verd å ta vare på (Dozier, 1990). Usikker tilknytning utvikles ved at barnet gjentatte ganger opplever sine primære omsorgsgivere som utilgjengelige, avvisende og/eller insensitive i forhold til dets behov. For å unngå å bli værende i en tilstand av stress og angst vil barnet ofte utvikle strategier for å monitorere hvorvidt omsorgsgiver vil komme til å bli tilgjengelig, samt danne alternative måter å mestre sitt behov for trygghet på (O'Kearney, 1996).

I følge Main (1990) kan det biologiske begrepet "betingede atferdsmessige strategier" anvendes for å bedre forstå tilknytning. Slike handlingsstrategier kan deles inn i primære og sekundære strategier. Innen tilknytningssystemet, er primære strategier mer automatiske eller biologisk predisponerte betingede handlinger, som fremmer overlevelse og reproduksjon. Hvis barnet opplever det som vanskelig eller umulig å søke nærhet til omsorgsgiver, vil barnet utvikle sekundære strategier. Disse kan til en viss grad overstyre primære strategier. De sekundære strategiene er ikke maladaptive i og for seg, men er en aktiv og adaptiv løsning fra barnet side for å fremme best mulig overlevelse i møte med ulik grad av responsivitet og avvisning av omsorgsgiver. På sikt kan undertrykking av det primære systemet føre til dårligere psykologisk fungering i voksen alder (Main, 1990; Dozier, 1990). For øvrig vil et barns temperament også spille inn på samspillet med deres omsorgsgivere, og i sin tur i utvikling av sekundære strategier (Chess & Thomas, 1982).

I følge Ainsworth (1967; ref. Ainsworth et al., 1978) vil barnet under utilstrekkelige omsorgsforhold kunne utvikle en av følgende tilknytningsformer: unngående tilknytning eller ambivalent tilknytning. Slike typer tilknytningsstiler innebærer i følge Main (1990) en overstyring eller manipulering av den predisponerte aktiveringen av

tilknytningsatferdssystemet. Barnet vil derfor utvise sekundære strategier i situasjoner som egentlig krever en primær strategi. De to vanligste sekundære strategiene er deaktivering og hyperaktivering av tilknytningssystemet. Deaktivering vil si et forsøk på å minimere effekten av tilknytningssystemet, det vil si skru ned "responsantennene". Hyperaktivering innebærer det å maksimere effekten av systemet, det vil si skru opp "responsantennene" (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies & Fleming, 1993).

Generelt har man sett at et barns tilknytningsstil alltid vil være tilpasset kvaliteten på omsorgsgivers responsivitet for at barnet selv skal oppnå størst mulig trygghet (Main, 1990). Unngående tilknytning utvikles dersom barnet opplever mer eller mindre konsekvent avvisning ved forsøk på å oppnå nærhet. Barnet vil da forsøke å undertrykke sine følelser og vil i møte med ubehag prøve å distrahere seg selv ved å fokusere på andre aspekter av situasjonen og opplevelsen. De vil med andre ord søke å "deaktivere" tilknytningssystemet sitt, og minimere dens effekt (Kobak et al., 1993; Main, 1990). Ved gjenforening etter separasjon vil disse barna ofte ignorere foreldrene (Ainsworth et al., 1978). Barn med unngående tilknytning vil komme til å forvente at andre mennesker ikke er i stand til å møte deres behov, og de utvikler ofte et deevaluerende syn på andre (Slade, 1999). Som et resultat av dette blir de på sikt ofte ukomfortable med nærhet og avhengighet (Shaver & Mikulincer, 2002).

Barn med ambivalent form for tilknytning vil på den andre siden ha opplevd at foreldrene har vært inkonsistente eller upredikerbare i forhold til responsivitet. Barn med denne type foreldre blir ofte oversensitive og utvikler en hypervigilant strategi for å maksimere mulighetene for oppmerksomhet og omsorg. Tilknytningssystemet er hypersensitivt i forhold til potensielle farer, og blir derfor meget lett aktivert (Kobak et al., 1993; Main, 1990). Barn med ambivalent tilknytning har ofte et uttalt fokus på og bekymring i forhold til foreldrene, og strategien er ofte forbundet med nedsatt eksplorering og lek. Barna

er gjerne klengete, blir lett stresset, og er ofte vanskelige å trøste ved gjenforening (Ainsworth et al., 1978).

Et tredje mønster for uttrygg tilknytning ble identifisert av Main og Solomon i 1990 og kalles disorganisert tilknytning. Som en konsekvens av at omsorgsgiverne oppleves som ekstremt inkonsekvente, truende eller farlige, utvikles det ikke noen bestemt strategi for håndtering av stress. Barna kan i stedet utvise tilsynelatende motstridende, meningsløs eller bisarr atferd ved gjenforening etter separasjon fra omsorgsgiver. Eksempler på dette kan være ”frysing”, selvskading eller at barnet begynner å gå mot omsorgsgiver, for så å stoppe (Main & Solomon, 1990). Denne formen for tilknytning har spesielt blitt satt i sammenheng med alvorlig psykopatologi senere i livet, eksempelvis dissosiative lidelser og borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2004; ref. Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006).

### 1.5.2 Tilknytningsstil hos voksne

Opprinnelig ble tilknytningsmønstre og prosesser først benyttet for å beskrive foreldre-barn interaksjoner (Ainsworth, 1963; 1978; Bowlby, 1969). Imidlertid har begrepet i nyere tid også blitt benyttet for å beskrive relasjoner hos voksne. Bowlby (1980; 1988) argumenterte for at barnets internaliserte modeller av omsorgsgivers tilgjengelighet (mentale representasjoner, arbeidsmodeller eller kognitive skjema) over tid blir til økende stabile mønstre av tenkning og atferd, og disse modellene har direkte effekter på voksen mental helse. Modellene blir generaliserte og vil guide måten informasjon fra miljøet blir fortolket og respondert på. Dette vil med andre ord påvirke måten individet relaterer seg til andre mennesker på. I følge Horowitz, Rosenberg & Bartholomew (1993) kan tilknytningsteori dermed ses på som en teori om interpersonlig stil. Spesifikke tilknytningsmønstre guidet av relasjonelle skjema kan slik forklare ulike interpersonlige stiler og problemer. Tilknytningsmodeller representerer dermed forståelsen av ”selvet” og ”andre” i intime interaksjoner, og gir forventinger til individet om ”selvet” er verdig å bli tatt vare på og respondert på (Hazan & Shaver, 1994).

Tilknytningsteori kan derfor også ses på som en teori om personlighet, der kognitive, emosjonelle og atferdsmessige mønstre grunnlagt i tidlige erfaringer danner varige aspekter som definerer individers syn og opplevelse av seg selv (Shaver & Mikulincer, 2002). I tråd med dette har det vist seg at individer med positivt syn på selvet, i større grad enn mennesker med negative kognitive representasjoner, er i stand til å regulere sine egne emosjonelle reaksjoner på stressfulle hendelser (Mikulincer, Orbach & Iavenelli, 1998). En har også sett at individer med ambivalent tilknytning har en tendens til å være spesielt sensitive og responsive på affekt, mens mennesker med unngående tilknytning ofte har en tendens til å være mindre ekspressive, mer tilbaketrukket og mindre bevisst sine affekter. Tilknytningsteori kan dermed sees i sammenheng med affektreguleringsteori, hvor ulike tilknytningsstiler resulterer i ulike tilnærminger og uttrykk av affekt (Kobak & Sceery, 1988; Mikulincer & Orbach, 1995).

På bakgrunn av Bowlby's og Ainsworth's teori og forskning, utviklet George, Kaplan & Main (1985) Adult Attachment Interview (AAI), som er et semistrukturert intervju hvor en undersøker voksne individers tilknytningsforhold, tilknytningsrelaterte erfaringer, og deres evaluering og forståelse av disse erfaringene. Intervjuet er designet for å undersøke mulig konsistens eller inkonsistens i individets tanker om tilknytning eller usammenhengende presentasjon av sin tilknytningshistorie. Det har vist seg at individer som blir vurdert å ha trygg tilknytning viser sammenheng og flyt i sine fortellinger, og de har lett tilgang på sine barndomsminner. Individer klassifisert med en overopptatt ("preoccupied") tilknytningsstil fremstår forvirret og usammenhengende i beskrivelser av sine tilknytningshistorier, og i relasjon til sine foreldre. Personer som viser inkonsistens og dårlig sammenheng i sine fortellinger og har få barndomsminner, blir klassifisert som avvisende ("dismissing"). En slik tilknytningsorganisering kan ha hatt en beskyttende funksjon ved at individet har ført oppmerksomheten bort fra den tilknytningsaktiverende situasjonen ved å manipulere persepsjon, hukommelse og oppmerksomhet. På denne måten vil en kunne komme til å se på



miljøet, seg selv og tilknytningsrelaterte opplevelser som ideelle eller ufarlige. Videre vil minner som er inkongruente med dette bildet være vanskeligere å få tilgang til (Main, 1990).

Flere studier har funnet sammenhenger mellom mødres tilknytningsstil målt ved AAI og spedbarns tilknytning i "Strange Situation" (Kobak et al, 1993; Main, 1990; Ward et al., 2001). Slike studier har også vist at tilknytningsstil etablert i tidlig spedbarnstid generelt sett er stabil over livsløpet (Diehl, Elnick, Borbeau, & Labouvie-Vief, 1998; Hazan & Shaver, 1987; Ward et al., 2001). Imidlertid har enkelte studier også rapportert at tilknytningsstil kan modifieres i nære relasjoner (Rothbard & Shaver, 1994) eller som en konsekvens av negative livshendelser (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Med andre ord er det mulighet for å endre sin tilknytningsstil fra usikker til sikker, eller fra sikker til usikker stil. Eksempler på hendelser som kan bidra til en endring i negativ retning kan være tap av foreldre, skilsmisse hos foreldre, livstruende sykdom hos foreldre eller barn, eller fysisk/seksuelt misbruk. En positiv endring kan være forbundet med et stabilt partnerforhold, nære venner eller en god terapeutrelasjon. Sådanne relasjoner kan gi en korrigerende tilknytningserfaring (Soares, 2000, Soares & Dias, 2007; ref. Tereno, Soares, Martins, Celani & Sampaio, 2008).

### 1.6 Tilknytningsteori i forhold til utvikling av spiseforstyrrelser

En rekke klinikere og forskere har argumentert for at tilknytningsforstyrrelser spiller en sentral rolle i utviklingen og opprettholdelsen av spiseforstyrrelser. I følge to review-artikler av O`Kearney (1996) og Treasure et al. (2000), er usikker tilknytning den vanligste formen for tilknytning hos mennesker med spiseforstyrrelser. Dette er også i overensstemmelse med den kliniske litteraturen om betydningen av tidlige familierelasjoner for utviklingen av spiseforstyrrelser. Bruch (1973; 1978), Palazzoli (1978) og Masterson (1977) kan sies å ha vært blant de mest innflytelsesrike teoretikerne som har argumentert for den sentrale rollen forstyrrelser i tidlig mor-barn samspill har for utviklingen av spiseforstyrrelser.

Bruch (1973; 1978) utfordret den eksisterende psykodynamiske litteraturen som anså anoreksi som et resultat av ødipale konflikter. I følge henne kunne spiseforstyrrelser bedre forstås som en konsekvens av en langtidsforstyrret mor-barn interaksjon. En slik interaksjon innebærer at spedbarn ofte ikke er tilstrekkelig regulerte i sine rytmer, og ikke får være aktive deltakere i spisesituasjoner. I stedet kan spisesituasjonene oppleves uforutsigbare for barnet. Videre kan mødre beskrives som insensitive i sine responser på barnets behov. Som et resultat av dette blir barnets behov og impulser dårlig differensiert, og barnet forblir på denne måten svært avhengig av moren eller omsorgsgiver i forhold til å fortolke signaler og behov. En ytterligere konsekvens av slik overdreven kontroll og invadering fra foreldrene, kan være at barnet utvikler mangelfull autonomi og evne til selvregulering. Barnet belønnes for avhengighetsatferd og utvikler gjerne på bakgrunn av dette et "falskt selv". Som et resultat av dette blir barnet sårbart og kan få vanskeligheter med å uttrykke emosjoner, spesielt sinne. Alle overnevnte variabler vil føre til en gjennomgående følelse av hjelpeløshet og en mangelfull utvikling av separasjon. Det er dette som i følge Bruch foreslås å være grunnlaget for utvikling av spiseforstyrrelser. Videre kan dette sies å være i samsvar med familiedynamisk teori. I følge Minuchin, Rosman & Baker (1978) tenderer anoreksipasienter til å være del av familier preget av en overinvolverende relasjonsstil, hvor familiemedlemmene ofte har frykt for å uttrykke konflikter og negative følelser seg i mellom. Ungdomstiden, med dens vektlegging av uavhengighet og separasjon fra foreldre, kan derfor sies å legge en ekstra utfordring til barn som er tilknyttet på denne måten. Med tanke på at det oftest er i ungdomstiden at spiseforstyrrelser oppstår, er det nærliggende å tenke at dette kan føre med seg forstyrrelser i tilknytningssystemet (O`Kearney, 1996).

Palazzoli (1978) postulerer en liknende relasjon mellom barnet og dets omsorgsgiver. I følge Palazzoli kjennetegnes denne relasjonen av mangel på emosjonell responsivitet, og en kritisk, krevende og invaderende stil hos omsorgsgiver. Barnet internaliserer på sikt omsorg

og oppdragelse som kontrollerende. I følge Masterson (1977) belønner mødre til anoreksipasienter avhengighet, og de signaliserer emosjonell utilgjengelighet ved tegn på separasjon eller uavhengighet. Som et resultat av dette blir barnet overveldet av redsel for å bli forlatt ved ethvert forsøk på individuering. Dette resulterer i en konflikt hos individet når det når ungdomstiden, som gjør at ungdommen forsøker å unngå eller utsette fysisk modning.

På liknende måte har man også forsøkt å forklare utviklingen av bulimia nervosa (O'Kearney, 1996). For eksempel har Humphrey (1986) funnet at foreldre til pasienter med bulimia nervosa ikke gir tilstrekkelig støtte, omsorg og empati til barna. Dette emosjonelle mønsteret blir ofte internalisert av pasientene. Mønsteret blir brukt både mot selvet og i forhold til viktige andre. Andre studier har funnet at familieinteraksjonene i slike familier ofte viser sammensmeltede, invaderende og fiendtlige mønstre, og benektning av barnets behov (Humphrey, 1989; Strober & Humphrey, 1987). Sugarman & Kurash (1982) har med bakgrunn i Mahler, Pine & Bergmans (1975) teoretisering vektlagt betydningen av tidlig separering – individueringsprosess for utvikling av kroppslig differensiering. I følge deres forutsetninger vil en ikke-optimal responsivitet på spedbarnets behov kunne føre til et ambivalent eller fiendtlig forhold mellom spedbarnet og hennes egne kroppslige funksjoner, og i relasjon til moren. Dette mønsteret vil aktiveres i ungdomstiden i forbindelse med økte krav til fysisk og psykologisk autonomi, og vil kunne føre til utvikling av bulimi som en måte for ungdommen å opprettholde tilknytning til moren. Bulimi, i kombinasjon med usikker tilknytning, vil dermed kunne forstås som et regressivt forsøk på å opprettholde en opplevelse av nærhet til omsorgsgivere, som også tjener til en unngåelse av angsten assosiert med separasjon.

På tross av noe forskjell i vektlegging, kan alle de ovennevnte teoretiske bidragene sies å sette utvikling av spiseforstyrrelser i sammenheng med forstyrrelser i tidlige spedbarn-omsorgs-giver relasjoner, krav om autonomi i ungdomstid, eller forsøk på å forhindre

emosjonell utilgjengelighet, å bli forlatt, eller invadering. Det å oppnå autonomi forstås dermed som sentralt i forhold til utvikling og opprettholdelse av spiseforstyrrelser. Jaget etter å gå ned i vekt kan forstås som et forsvar mot intrapsykiske og psykososiale krav i ungdomstiden om å endre tilknytningsrelasjoner, og spesielt bli mer uavhengig av egne foreldre. For ungdommer med usikker tilknytningsstil vil et slikt krav om økt grad av avstand til foreldre kunne forstås i sammenheng med frihet til å eksplorere det fysiske og sosiale miljøet (Hazan & Ziefman, 1994; ref. O'Kearney, 1996). Ungdomstiden medfører med andre ord en konflikt hos individer tilknyttet på denne måten, ettersom de ofte helt fra spedbarnstiden har lært å forbinde eksplorering og separasjon med avvisning og utilgjengelighet fra viktige andre. Innenfor en slik teoretisk ramme vil utvikling av spiseforstyrrelser kunne bidra til å signalisere ovenfor foreldre eller omsorgsgivere at den unge fremdeles har behov for dem. Samtidig kan det bidra til å sette et skille mellom ungdommens ønsker og omsorgsgiveres ønsker, og i denne forbindelse gi en tilsynelatende økt differensiering.

## 2. Metode

Litteraturstudien, som er utført for å besvare den første problemstillingen, er en gjennomgang av empirisk litteratur som omhandler pasienter med spiseforstyrrelser som dropper ut av terapi. Litteratursøket ble gjort i databasene Psychinfo, Science Direct, Pubmed og Scholar Google. Det ble for øvrig også søkt direkte i BibSys og Helsebiblioteket. I litteratursøket ble følgende søkeord brukt: "eating disorder", anorexia, bulimia, "drop-out", "attrition" og "premature termination". Ved søk i databasene har det også blitt funnet relevante artikler og bøker via relaterte linker. Søket omfattet all tilgjengelig litteratur i perioden 1980 til 2008. Søket resulterte i totalt 38 artikler som omhandlet DO i forhold til spiseforstyrrelser. Alle disse artiklene ble inkludert i litteraturstudien.

I forhold til spørsmålet om tilknytningsteori kan være med å belyse DO fra behandling av pasienter med spiseforstyrrelser, har det blitt søkt etter utdypende aktuell litteratur. Litteraturen har blitt funnet ved direkte søk i databasene, samt via ovennevnte artikler.

### 3. Resultater fra litteratursøket

Den første studien til å avdekke omfanget og problemet med DO i behandling av spiseforstyrrelser ble presentert i 1983 av Vandereycken & Pierloot. De fant at opptil 50 % av pasientene deres falt fra i løpet av behandlingsperioden. Flere faktorer viste seg å være relaterte til DO; alder ved innleggelse, lidelsens alvorlighetsgrad, behandlingsmetode, sosial klasse og utdannelsesnivå. Studien har siden blitt hyppig sitert i litteraturen, men nyere forskning har funnet sprikende resultater i forhold til deres funn.

I tråd med tidligere forskning på feltet kan forskningsresultater deles inn i følgende tre hovedkategorier: 1) pasientkarakteristika, 2) terapeut- og terapikarakteristika og 3) relasjonen mellom pasient og terapeut. De kvantitative studiene i litteratursøket vil bli presentert etter denne modellen. Funnet ved de kvalitative studiene vil bli presentert separat.

#### 3.1 Tabeller

Tabellene 1-4 viser kortfattet sammendrag av studier med oversikt over hovedfunnene, samt intervensjonstype/terapiform, gjennomsnittlig DO prosent i henhold til terapiform, antall DO per studie, og utvalgsstørrelse rapportert i de aktuelle artiklene i litteratursøket.

Tabell 1. Studier av faktorer assosiert med DO fra behandling ved Anorexia Nervosa

Forfattere	Antall DO / antall i hele utvalget	Intervensjon	Faktorer assosiert med DO
Individuell behandling:			
Halmi et al., 2007	56/101	CBT, fluoxetine - hydrochloide, eller i kombinasjon i ett år	Misnøye med behandlingen.
Fassino et al., 2002	31/99	Korttidsdynamisk psykoterapi	Subtype av spiseforstyrrelse, temperament, personlighet
Familiebehandling:			
Lock et al., 2006	15/86	FBT (family based therapy)	Angst, depresjon, OCD, familieatferd og tidlig respons på behandling.
Pereira et al., 2006	10/31	FBT	Foreldres allianse til terapeuten av betydning, men ikke ungdommens.
Sykehusbehandlinger:			
Zeeck et al., 2005	17/133	Multimodal terapi; CBT med psykodynamiske elementer	Depresjon, frykt for modning, personlighetsfaktorer, antall symptomer.
Woodside et al., 2004	85/166	Multimodal terapi: ernæring-rådgivning, psykososial terapi & medisinsk behandling	Anoreksi subtype, impulsivitet, høyere grad av vektbekymringer, modningsbekymringer.
Surgenor et al., 2004	43/213	Multimodal terapi	Anoreksi subtype, restriktivitet i forhold til drikke.
Tasca et al., 2004	41/74	Multimodal terapi & gruppeterapi	Tilknytning.
Kahn & Pike, 2001	27/81	Multimodal terapi	Anoreksi subtype & varighet på lidelse.
Zeeck & Herzog, 2000	15/72	Multimodal terapi	Tidligere DO, komorbide lidelser.
Vandereycken & Pierloot, 1983	66/133	Multimodal terapi	Alder ved innleggelse, sykdomsvarighet, utdanningsnivå, sosial klasse & behandlingsmetode.

*Gjennomsnittlig DO: 35 %*

\* Multimodal terapi refererer til en kombinasjon av ulike typer behandlingstilnæringer, uten nærmere spesifisering.

Tabell 2. Studier av faktorer assosiert med DO fra behandling ved Bulimia Nervosa

Forfattere	Antall DO / antall i hele utvalget	Intervensjon	Faktorer assosiert med DO
<b>Individuell behandling</b>			
Mahon, Winston, et al., 2001	53/111	Multimodal terapi	Alder, foreldres separasjon/skilsmiss, arbeidsstatus, tidligere psykiatriske behandlinger, barndomstraumer.
Mahon, Bradley, et al., 2001	63/114	Multimodal terapi	Foreldres separasjon/skilsmiss, barndomstraumer, tilknytningsstil.
Agras et al., 2000	48/194	CBT	Bulimi subtype, impulsivitet.
Steel et al., 2000	14/32	CBT	Depresjon, ytre "locus of control".
Waller, 1997	15/43	CBT	Borderline psykopatologi, alvorlighetsgrad av bulimi, emosjonell involvering fra familie.
Coker et al., 1993 (failure to engage in therapy)	6/31	CBT	Lengre sykdomsvarighet, misnøye med vekt, bruk av laksativer, depresjon, historie med rusmisbruk, lav selvtilitt, selvskadning.
Griffiths, 1990	30/60	"Hypno-behavioral" behandling	Verken demografiske variabler eller psykologiske karakteristikk spiller noen rolle.
<i>Gjennomsnittlig DO: 39 %</i>			
<b>Gruppeterapi:</b>			
McKisack & Waller, 1996	4/15	CBT gruppeterapi	Høyere driv for tynnhet, større grad av misnøye med egen kropp, lavere nivå bulimi subtype, kortere sykdomsvarighet, høyere BMI.
Blouin et al., 1995	25/87	CBT gruppeterapi	Vansker med å stole på andre.
Merrill et al., 1987	17/53	Gruppeterapi	Arbeidsledighet, alder, singel status, akse II-diagnose.
<i>Gjennomsnittlig DO: 29 %</i>			
<b>Sykehusbehandlinger:</b>			
Fassino et al., 2003	28/86	Korttidodynamisk psykoterapi, fluoxetine hydrochloride	Impulsivitet, umodenhet.
<i>Gjennomsnittlig DO: 33 %</i>			
<b>Kombinerte behandlinger:</b>			
Hoste et al., 2007	9/80	FBT & SPT ("individual supportive therapy")	Lengre varighet av sykdom, ungdommer fra "intakte" familier hadde tendens til mindre DO.
<i>Gjennomsnittlig DO: 11 %</i>			

Tabell 3. Studier av faktorer assosiert med DO fra behandling ved Anorexia nervosa og Bulimia nervosa, samlet.

Forfattere	Antall DO / antall i hele utvalget	Intervensjon	Faktorer assosiert med DO
<i>Individuell terapi:</i>			
Morlino et al., 2007	53/100	Multimodal terapi	Alder, kjønn, utdannelse og skåre på ED- II hadde ingen betydning.
Bandini et al., 2006	17/67	CBT	Subtype av spiseforstyrrelse, samarbeid i terapi, komorbide psykiske lidelser.
Swan-Kreimer al., 2005	139/209	Multimodal terapi	Demografiske variabler hadde ingen betydning, med unntak av at pasienter i arbeidsstatus.
Di Pietro et al., 2002	128/222	Multimodal terapi; innsiktsterapi, psykoaktive stoffer, ernæringsråd	Delvis bedring, flytting, bytte av terapiform.
Clinton, 1996	22/60	Kognitiv-interpersonlig psykoterapi, korttids-dynamisk psykoterapi & familierapi	Ulike forventninger mellom pasient og terapeut.
Szmukler et al., 1985	14/51	Individuell terapi og/eller familierapi	Foreldres EE ("expressed emotion") og bulimi spilte inn på DO ved familie- terapi, men ikke ved individualterapi.
<i>Gjennomsnittlig DO: 44 %</i>			
<i>Gruppeterapi:</i>			
Franzen et al., 2004	19/125	Multimodal gruppeterapi	Alvorlighetsgrad, høyere nivå av aggresjon og ekstrasjjon, impulsivitet.
Scheuble et al., 1987	17/38	Gruppeterapi og/eller i kombinasjon med individual-terapi	Alder ved onset, kombinert terapi predikerte lavere DO hos bulimikere dersom samme terapeut.
<i>Gjennomsnittlig DO: 30 %</i>			
<i>Sykehusbehandling:</i>			
Masson et al., 2007	73/186	CBT med psykodynamiske elementer	Akse I diagnose forbundet med "adm.discharge" (terapeuten avslutter), ingen faktorer assosiert med DO.
<i>Gjennomsnittlig DO: 39 %</i>			



Tabell 4. Oversikt over funn fra andre artikler om DO i sammenheng med spiseforstyrrelser

Forfattere	Lidelse	Type artikkel	Hovedfunn/konklusjoner
Guarda, 2007	Anoreksi	Review	Lidelsen er preget av høy DO rate, der kronisitet i lidelsen og voksen alder tilsier en dårligere prognose.
Eivors et al., 2003	Anoreksi	Kvalitativt studie	Timing og kontekst, opplevd tap av kontroll. Kamp om kontroll mellom pasient og terapeut, vansker med tillitt, kan alle føre til DO.
Bell, 2001	Bulimi	Review	Ulike forventninger mellom pasienter og terapeuter til terapien, kormorbid borderline personlighetsforstyrrelse, medisinsk behandling alene er forbundet med høyere DO.
Mahon, 2000	Anoreksi og bulimi	Review	Lengre type terapi- forbundet med større DO. Ingen effekt på behandlingstype, format eller setting. Pasientkarakteristikker og demografiske faktorer gir begrenset informasjon. Personlighetstrekk viser motstridende funn. Tilknytning kan se ut til å ha en innvirkning.
Kaplan & Garfinkel, 1999	Anoreksi og bulimi	Review	Pasientens evne til tillitt, overføring, egosyntone symptomer og komorbide lidelser spiller inn på relasjonen mellom pasient og terapeut.
van Strien et al., 1992	Anoreksi og bulimi	Prospektivt oppfølgings-Studie	Lav utdanning og psykisk sykdom i familien innvirket på DO. DO skåret signifikant høyere på fiendtlighet. Ingen funn i forhold til varighet, alvorlighetsgrad og type spiseforstyrrelse.

### 3.2 Generelle funn

Presentasjon av resultatene i tabellene.

#### 3.2.1 Pasientkarakteristika

Hovedfokus i forskningen på DO har vært på pasientkarakteristika. Forskere har undersøkt om det kan knyttes en sammenheng mellom manglende motivasjon for behandling og

demografiske variabler, trekk ved spiseforstyrrelsen i seg selv, komorbid psykopatologi og familiefungering.

3.2.1.1 Demografiske variabler. Forskning har fokusert på demografiske variabler som alder, sosio-økonomisk klasse, sivilstatus, utdanning, jobb og kjønn (Bandini et al., 2006; Blouin et al., 1995; Coker, Vize, Wade & Cooper, 1993; Di Pietro, Valoroso, Fichelle, Bruni & Sorge, 2002; Fassino, Abbate-Daga, Pieró & Rovera, 2002; Fassino, Abbate-Daga, Pieró, Leombruni & Rovera et al., 2003; Franzen, Backmund & Gerlinghoff, 2004; Griffiths et al., 1990; Hoste, Zaitsoff, Hewell & le Grange, 2007; Kahn & Pike, 2001; Mahon, Bradley, et al., 2001; Mahon, Winston, et al., 2001; Masson, Perlman, Ross & Gates, 2007; McKisack & Waller, 1996; Merrill et al., 1987; Morlino et al., 2007; Scheuble, Dixon, Levy & Kagan. Moore, 1987; Surgenor et al., 2004; Tasca et al., 2004; van Strien, van der Ham & van der Engeland., 1992; Waller, 1997; Woodside, Carter & Blackmore, 2004; Zeeck & Herzog, 2000; Zeeck, Hartmann, Buchholz & Herzog, 2005). Majoriteten av forskningsfunn viser at ingen av disse variablene konsistent kan relateres til DO. Hvorvidt alder ved onset av lidelsen og alder ved innleggelse kan predikere DO, er uklart. Lock, Couturier, Bryson & Agras (2006) fant at alder ved innleggelse signifikant predikerte DO, der høyere alder var assosiert med større risiko for frafall. Dette er sammenfallende med funn fra andre studier (Guarda, 2007; Halmi et al., 2007; Vandereycken & Pierloot, 1983). Studiene viste at pasienter over 18 år oftere er resistente og motvillige mot behandling, noe som resulterer i lavere samarbeid i behandlingsforløpet. På grunn av at pasientene har nådd myndighetsalder vil press fra foreldrene ha mindre betydning.

Samtidig er det evidens for at yngre pasienter utgjør en stor gruppe av "drop-outs". Szmukler, Eisler, Russell & Dare (1985) fant at når det ble justert for foreldrenes "expressed emotions" (EE), var det en signifikant sammenheng mellom DO og onset av lidelsen, samt alder ved innleggelse. Det har vist seg at foreldre som skåret høyt på EE, det vil si høyt på

kritikk og emosjonell overinvolvering, hadde signifikant oftere barn (yngre pasienter) som droppet ut av behandling. Dette støttes av Mahon, Winston, et al. (2001) som fant at yngre pasienter som hadde vansker med å opprette og holde på relasjoner, hadde større tilbøyelighet enn andre til å falle fra behandling. Dette er blitt satt i sammenheng med at yngre pasienter kan ha lav selvtillitt (Coker et al., 1993).

En av de første litteraturstudiene på DO og spiseforstyrrelser ble utført av Mahon (2000). Hun fant ingen signifikante demografiske prediktorer. Dette ble støttet av Bell (2001), som utførte et metastudie i forhold til DO og "failure to engage" (FTE) i terapi blant bulimikere, og som heller ikke fant entydige demografiske prediktorer.

3.2.1.2 Spiseforstyrrelser; diagnose, trekk og atferd. Forskning som har undersøkt om type spiseforstyrrelse har betydning for DO, har vist sprikende resultater. Anoreksia nervosa med bulimiske tendenser ser ut til å utgjøre den største DO gruppen (Bandini et al., 2006; Bell, 2001; Franzen et al., 2004; Kahn & Pike, 2001; Surgenor et al., 2005; Woodside et al., 2004). Samtidig er det flere studier som ikke finner en sammenheng mellom type spiseforstyrrelse, bruk av avføringsmidler, fremprovosert oppkast eller tvangsspising, og DO fra behandling (Bell, 2001; Blouin et al., 1995; Fassino et al., 2002; Fassino et al., 2003; Griffiths, 1990; Hoste et al., 2007; Masson et al., 2007; McKisack & Waller, 1996; Scheuble et al., 1987; Vandereycken & Pierloot, 1983; van Strien et al., 1992; Zeeck et al., 2005).

Et annen variabel som har fanget forskernes interesse, er hvorvidt varighet og alvorlighetsgrad på lidelsen kan predikere DO. Også her er det sprikende resultater (Bell, 2001; Coker et al., 1993; Di Pietro et al., 2002; Fassino et al., 2002; Fassino et al., 2003; Franzen et al., 2004; Griffiths; 1990; Hoste et al., 2007; Kahn & Pike, 2001; Mahon, Winston, et al., 2001; McKisack & Waller, 1996; Morlino et al., 2007; Scheuble et al., 1987; Surgenor et al., 2004; Szmukler et al., 1985; Tasca et al., 2004; Vandereycken & Pierloot, 1983; van Strien et al., 2004; Woodside et al., 2004; Zeeck & Herzog, 2000; Zeeck et al., 2005). Coker

et al. (1993) fant signifikante forskjeller mellom "drop-outs" og de som fullførte terapi. De som ikke fullførte behandling hadde både lengre sykehistorie og mer alvorlige symptomer og bulimisk atferd. Disse funnene står i kontrast til Mahon, Winston, et al. (2001) som studerte 111 kvinnelige polikliniske pasienter med bulimia nervosa eller atypisk bulimia. Deres undersøkelse viste at pasienter med mindre alvorlige symptomer droppet ut av terapi, mens pasienter med alvorlige symptomer forble i behandling.

Hvorvidt idealvekt og kroppsmasseindeks (BMI) har betydning for DO er uavklart. Vandereycken & Pierloot (1983) fant at pasienter som droppet ut av behandling hadde signifikant lavere vekt enn pasienter som fullførte behandling ved oppfølging etter utskrivelse. Disse funnene har senere blitt støttet av andre (Agras et al., 2000; Coker et al., 1993; Surgenor et al., 2004). Flere studier viste imidlertid at vekt og BMI ikke er signifikante prediktorer for DO i behandling (Bandini et al., 2006; Blouin et al., 1995; Di Pietro et al., 2002; Fassino et al., 2002, Fassino et al., 2003, Frantzen et al., 2004; Griffiths, 1990; Hoste et al., 2007; Kahn & Pike, 2001; McKisack & Waller, 1996; Szmukler et al., 1985; Tasca et al., 2004; Waller, 1997; Zeeck & Herzog, 2000; Zeeck et al., 2005).

Forskningsfeltet er ikke entydig om virkningen av tidligere behandling og innleggelse på DO (Bell, 2001). På den ene siden kan det kan virke som om tidligere innleggelse eller behandling kan føre til økt risiko for DO under nåværende behandling (Mahon, Winston et al., 2001; Mahon, Bradley, et al., 2001), mens det på den andre siden kan føre til at man forblir lenger i terapi (McKisack & Waller, 1996; Zeeck et al., 2005). Kahn & Pike (2001) fant en signifikant forskjell mellom pasienter som droppet ut tidlig eller sent i behandlingen. De som falt fra behandlingen tidlig i forløpet hadde signifikant flere innleggelse enn de som falt fra senere i behandling. Dette sammenfaller med funn som viser at pasienter som ikke fullfører behandling, har mindre sannsynlighet for å bli friske på egen hånd. Dette vil kunne føre til flere gjeninnleggelse (Mahon, Winston, et al., 2001). Andre studier har ikke funnet en

sammenheng mellom tidligere behandling, innleggelse, og DO (Lock et al, 2006; Masson et al., 2007; Scheuble et al., 1987; Surgenor et al., 2004; Szmukler et al., 1985; Woodside et al., 2004).

I møte med behandlingstilstander kartlegges pasientene vanligvis ved hjelp av ulike spørreskjema om syn på egen kropp og vekt, impulsivitet, selvtillitt, tillitt til andre, fiendtlighet, perfektjonisme, frykt for å modnes, etc. Kartleggingen har generert ulike resultater (Agras et al., 2000; Bell, 2001; Fassino et al., 2002; Hoste et al., 2007; Lock et al, 2006; McKisack & Waller, 1996; Merrill et al., 1987; Morlino et al., 2007; van Strien et al., 1992; Woodside et al., 2004). Det kan virke som det mest gjennomgående er frykt for å modnes ("maturity fears") og impulsivitet. Skårene på disse målene er adskillelig høyere hos "drop-outs" enn hos andre (Agras et al. 2000; Bandini et al., 2006; Bell, 2001; Clinton, 1996; Fassino et al., 2002; Fassino et al., 2003; Griffiths, 1990; Masson et al., 2007; Surgenor et al., 2004; Waller, 1997; Woodside et al., 2004; Zeeck et al, 2005). Slike funn er i overensstemmelse med øvrig litteratur på området. Det har imidlertid blitt reist spørsmål om pasienter som dropper ut fyller ut skjemaer grundig nok i utgangspunktet, og om dette i så fall kan ha påvirket utfallsskårene (Mahon, Winston, et al., 2001).

3.2.1.3 Annen psykopatologi. Skårer på ulike spørreskjema som skal avdekke komorbid psykopatologi viser også sprikende resultater. Det skiller ofte mellom Akse 1- og Akse 2-diagnoser. Studier som har fokusert på Akse 1-diagnoser har funnet at depresjon, somatisering, avhengighet og tvangslidelser (OCD) kan både øke og minske risiko for drop-out" (Agras et al., 2000; Bandini et al., 2006; Coker et al., 1993; Frantzen et al., 2004; Halmi et al., 2007; Scheuble et al., 1987; Steel et al., 2000; Woodside et al., 2004; Zeeck et al., 2005). Disse funnene gjelder spesielt for anorektikere (Masson et al., 2007.) Bell (2001) fant motstridende funn i forhold til Akse 1-diagnoser for bulimikere. Personlighetsforstyrrelser (Akse 2-diagnose) er assosiert med høyere DO hos både anorektikere og bulimikere (Halmi et

al., 2007; Merrill et al., 1987; Zeeck et al., 2005). Spesielt emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline type) er fremtredende hos bulimikere (Bell, 2001; Waller, 1997). Det er fortsatt noe uenighet i fagfeltet om komorbid patologi fører til økt risiko for DO blant pasienter med spiseforstyrrelser (Blouin et al., 1995; Clinton, 1996; Hoste et al., 2007; Surgenor et al., 2004; Tasca et al., 2004; Vandereycken & Pierloot, 1983; Waller, 1997; Zeeck et al., 2005).

3.2.1.4 Familiefungering. Familiens fungering har vist seg å spille en rolle for DO i behandling. Vandereycken & Pierloot (1983) rapporterte at pårørende til et familiemedlem som led av spiseforstyrrelser ofte forsto alvorlighetsgraden og omfanget av lidelsen i forhold til personens fysiske tilstand. Imidlertid kunne familiene være motvillige til å erkjenne den psykologiske betydningen av spiseforstyrrelsen. For familiene så det ut til at det var lettere å fokusere på mat enn på dysfunksjonelle familiemønstre. Samtidig har det vist seg at familier som er høy på EE ("expressed emotions") vil kunne ha negativ innvirkning på pasienten, og kan bidra til at pasienten avslutter terapien før behandler synes det er hensiktsmessig (Szmukler et al., 1985). Dette er i overensstemmelse med Lock et al. (2006), som fant at verbale kritiske ytringer i familien var et dårlig prognostisk trekk. Pasienter som falt fra behandling i en studie av Waller (1997) hevdet at familiene deres viste mindre emosjonell bekymring for dem og hverandre. I samsvar med dette har Hoste et al. (2007) vist at manglende kontakt mellom foreldre og ungdom kunne gjøre det lettere for en ambivalent ungdom å unnlate å møte opp til behandlingstimer.

Studier har videre vist at dårlige familierelasjoner predikerer DO (Lock et al., 2006; Mahon, Winston, et al, 200; Mahon, Bradely, et al., 2001). Aldersmessig posisjon i familien har vist seg å ikke ha en signifikant effekt på DO (Vandereycken & Pierloot, 1983).

### 3.2.2 Terapeut- og terapikarakteristika

Forskningsfunn viser at frafall hovedsakelig skjer tidlig i behandlingen (Clinton, 1996; Morlino et al., 2007). Det ser ut til at en pasient som har fravær fra en behandlingstime tidlig i forløpet, har større risiko for permanent frafall senere (Agras et al., 2000). Det at frafall skjer tidlig i behandlingen, kan tyde på at behandlingsstrategi har mindre betydning (Morlino et al., 2007). Dette er imidlertid ikke entydig vist. Vandereycken & Pierloot (1983) fant en signifikant forskjell i DO i forhold til ulike typer atferdsterapi, hvor ulikt fokus i atferdsterapien viste en sammenheng i forhold til når i terapiforløpet pasientene droppet. Terapi som vektla stor grad av ansvar hos pasientene, hadde flere DO enn terapi der pasienter fikk mindre grad av ansvar.

Szmukler et al. (1985) studerte forskjeller mellom individualterapi og familierapi i relasjon til DO. Deres resultater viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom de to terapiformene. Guarda (2007) fant at familierapi viste bedre resultater enn individualterapi. Denne terapiformen var imidlertid best for familier med ungdom.

Clinton (1996) fant at et signifikant høyere antall pasienter droppet ut av innsiktsterapi, når de hadde høye forventninger som ikke ble innfridd. McKisack & Waller (1996) fant lignende resultater i sitt studium. Noen forskere har funnet at en kombinasjonstilnærming bestående av kognitiv atferdsterapi og medisinerer kan ha god effekt. Ren medisinsk behandling er assosiert med høyt frafall (Guarda, 2007; Halmi et al., 2007). Dette kan skyldes både at psykologiske intervensjoner er en mer akseptert behandlingsform samt bi-effekter av medikamenter (Bell, 2001). En studie fant imidlertid ingen forskjeller mellom pasienter i ulike typer terapiformer (Di Pietro et al., 2002).

Antall timer med behandling predikerer DO, der flere timer tilsier mindre sannsynlighet for DO (Di Pietro et al., 2002). Frafall fra tidligere behandlingsforsøk og et bytte av terapeut i løpet av behandlingen vil kunne virke negativt inn for pasientens

behandlingsforløp (Scheuble et al., 1987; Zeeck & Herzog, 2000). Avstand til behandlingssted og tilgjengelighet er fremmet som andre modererende faktorer (Agras et al., 2000), men resultatene her er motstridende (Bandini et al., 2006; Swan-Kremeier, Mitchell, Twardowski, Lancaster & Crosby, 2005; Szmukler et al., 1985; Vandereycken & Pierloot, 1983; van Strien et al., 1992). Kaplan & Garfinkel (1999) fant at varme og oppmerksomhet til pasienten førte til en mer vellykket behandling. Terapeutens erfaring er imidlertid ikke avgjørende for et positivt behandlingsforløp (Clinton, 1996), men mindre erfarne terapeuter rapporterer at de føler seg mer stresset og frustrerte enn mer erfarne terapeuter (Kaplan & Garfinkel, 1999).

### 3.2.3 Pasient – terapeut relasjon

Da de fleste pasientvariabler ikke gir signifikante bidrag til å forklare DO, er fokus rettet mot pasient-terapeut relasjonen (Morlino et al., 2007). Lav motivasjon, dårlig samarbeid mellom pasient og terapeut, og misnøye med behandling er årsaker som blir trukket fram (Bandini et al., 2006; Halmi et al., 2007; Scheuble et al., 1987). Dette kan gjenspeile seg i en dårlig allianse mellom pasient og terapeut der man ikke er enige om målet med behandlingen, og hvilke tiltak som skal iverksettes (Pereira, Lock, & Oggins, 2006). En manglende kongruens mellom terapeuten og pasientens forventninger til behandling er også assosiert med en økt risiko for DO (Clinton, 1996; Griffiths, 1990), samt en uenighet mellom pasient og terapeut om vektmål (Bell, 2001). Sterk tidlig allianse hos ungdom har vist seg å gi en raskere vektøkning, som er et godt prognostisk tegn. Sterk allianse med foreldrene er også medvirkende til å fremme vektøkning og å hindre DO (Pereira et al., 2006).

Mahon (2000) har funnet at pasienter som dropper ut kan være motvillige til å oppgi sin bulimiske atferd da den er funksjonell i å redusere vonde følelser. Dette kan bidra til at de dropper ut. Videre viste pasientene en svekket evne til å danne og opprettholde relasjoner. Dette er i samsvar med Mahon, Bradley, et al., (2001), som fremhevet at pasienter med



spiseforstyrrelser kan ha vansker med tillitt til andre. Bell (2001) fant at pasienter med komorbid borderline personlighetsforstyrrelse kan være spesielt sårbare for DO da de har en svekket evne til å forbli i nære relasjoner.

Mahon, Winston, et al. (2001) og Mahon, Bradley, et al. (2001) rapporterte at det kan se ut som om det er et "dose-effekt" forhold mellom opplevde belastninger i barndommen (eksempelvis foreldres skilsmisse), evne til tillitt og tendens til å droppe ut av behandling. Disse faktorene vil kunne virke inn på opprettelse av en terapeutisk allianse, som er grunnleggende i all terapi. Det har vært forsket lite på alliansens effekt på DO (Bell, 2001).

### 3.3 Kvalitative studier

Det har vært utført få kvalitative studier innenfor forskning på DO fra terapi, og bare en studie ble funnet og inkludert i litteraturstudien. Eivors et al. (2003) belyser pasientens kvalitative opplevelse av hva spiseforstyrrelsen betyr for dem, samt hvilke implikasjoner terapi har for å endre dette synet. Gjennom narrative intervjuer med åtte kvinner blir det gitt innblikk i deres egen oppfatning av å være syk, og av deres opplevelse av behandlingen. Et sentralt tema er tap av kontroll. Pasientene forteller om at sykdomsprosessen begynte med en følelse av tap av kontroll som måtte gjenvinnes. Spiseforstyrrelsen ble da en funksjonell mestringsstrategi for å håndtere stress og negative affekter, og å oppleve en kontroll over seg selv. Mange av pasientene føler selv at det ble en konflikt mellom "dem" og "andre", det vil si signifikante andre som familie, kjæreste og venner. I tillegg følte de selv at de ikke passet inn i en diagnose. Dette gjorde dem ambivalente og usikre på om de skulle ta i mot hjelp. De pasientene som tok imot tilbud om hjelp, forteller om en symptomorientert behandling, som forsterket lidelsen i stedet for å dempe symptomene. Det ser ut til å være en forskjell mellom hva kvinnene syntes er essensielt i behandling, og hvilken type behandling de mottok. Pasientene rapporterte at dette var årsaken til DO.

Tid og kontekst er to andre viktige faktorer. Noen pasienter fortalte at de ikke følte seg hjemme på sykehus med andre pasienter. Andre var ikke klare til å gi slipp på lidelsen. Dette aktiverte på nytt et tap av kontroll, som var en av årsakene til å lidelsen oppsto i utgangspunktet. Når pasientene droppet ut fra behandling, opplevde de først en enorm lettelse. Etterpå kom det en forsterket følelse av distanse og isolering fra andre, samt en økt følelse av ansvar for spiseforstyrrelsen. Å droppe ut fra behandling ble imidlertid sett på som en metode for å gjenvinne kontroll (Eivors et al., 2003).

### 3.4 Oppsummering av funn

Litteraturstudiet viste at forskningen hovedsakelig har studert pasientvariabler for å finne mulige forklaringer på DO fra behandling av spiseforstyrrelser. Majoriteten av forskningsfunnene fant ikke demografiske variabler som var konsistent relatert til behandlingsfravall. Imidlertid har impulsivitet og inhibisjon av sinne vist seg å ha en viss effekt. Det var også sprikende resultater i forhold til lidelsens fremtreden og alvorlighetsgrad, i forhold til å droppe ut fra behandling. Funnene viste imidlertid et behov for å vektlegge pasientenes subjektive følelse av opplevd kontrolltap, tillitt til terapeuten og deres tilgjengelighet for behandling, som variabler i forskningen. En mer utfyllende kartlegging av disse faktorene kan muligens gi en bredere forståelse av fenomenet DO.

### 3.5 Vurdering av funn fra litteratursøket

En av årsakene til motstridende funn i forskningen kan være at ulike definisjoner og begreper er blitt brukt, og videre operasjonaliseringen av disse (Garfield, 1994; Mahon, 2000; Masson et al., 2007; Zeeck et al., 2005). Det å droppe ut fra behandling kan kritiseres for å være et til dels upresist og tvetydig begrep. Dette har ført til ulike tolkninger og definisjoner utledet av forskere. Eksempelvis er begreper som DO, "attrition" og "premature termination" brukt mye parallelt i forskningen. I følge Mahon (2000) er det behov for en bedre og mer avgrenset

definisjon av begrepet DO. Det blir foreslått at DO bør defineres som når pasienten alene avslutter et behandlingsforhold, uten å diskutere dette med sin terapeut. Dersom pasienten forlater en behandlingsstudie bør dette betegnes som "attrition", mens når en terapeut ensidig avslutter et behandlingsforhold bør dette defineres som "premature termination". Andre forskere derimot anvender begrepet "premature termination" som et overordnet begrep, hvor dette inkluderer alle typer av for tidlig avslutning av behandling. Underordnet skilles det mellom DO og "administrative discharge" (Masson et al., 2007; Zeeck et al., 2005). En konsekvens av mangfoldet av begrepsdefinisjoner og operasjonaliseringer, er at sammenligninger på tvers av studiene og forsøk på valide replikasjoner blir vanskeliggjort (Mahon, 2000). Dette er uheldig ettersom replikasjon av funn, og sammenlikninger på tvers av studier er viktig for å kunne vurdere funnene, stabiliteten av prediktorer, og videre utvikle effektive intervensjoner for å redusere DO (Mahon, Bradley, et al., 2001). I det aktuelle litteratursøket var det kun en replikasjonsstudie (Mahon, Bradley, et al., 2001), som også er blitt sagt å være den første på feltet. Noen forskere har forsøkt å bedre definisjonsproblematikken ved å spesifisere ulike DO perioder i løpet av behandlingsforløpet. Periodene som foreslås er henholdsvis tidlig-, midtveis- og sent DO. Ved en slik inndeling, kan en få data fra hele behandlingsperioden, og en kan sammenligne resultatene med andre konfunderende variabler som muligens kan spille inn (Zeeck et al., 2005).

Store variasjoner i anvendte forskningsdesign er også problematisk. Litteraturgjennomgangen viser en meget ulik bruk av design og metode ved forskning på DO og spiseforstyrrelser. Mye av den tidligere forskningen på DO har skjedd i en sammenheng hvor en ønsker å studere et behandlingsforsøk, og hvor målet ofte er å vise at det ikke eksisterer noen forskjell mellom de pasienter som fullfører og de som dropper ut av behandling (Mahon, Bradley, et al., 2001). Dette vil medføre at det blir vanskelig å avdekke effekter i forhold til

DO. Dette tenkes å kunne bidra til å forklare den store variasjonen i resultater og dermed motstridende funn.

Litteraturgjennomgangen viser en mangelfull beskrivelse av fremgangsmetode i flere av behandlingsstudiene som har lav DO rate. Mer utførlige beskrivelser av metode kunne gitt informasjon om effektive tiltak for å beholde pasienter i behandling, og ville vært spesielt nyttig for utvikling av fremtidige design i behandlingsstudier (Hoste et al., 2007). Videre synes det å være en overvekt av forskning som sammenligner data på grunnlag av vurderinger/utredninger gjort i før-behandlingsfasen eller under studien (Franzen et al., 2004; Kahn & Pike, 2001; Surgenor et al., 2004; Woodside, et al., 2004; Zeeck et al., 2005). Imidlertid kan inkludering av analyser gjort i post-behandlingsfasen være vel så relevant i forhold til å forstå hva som bidrar til fullføring av behandling. Kun en studie i det aktuelle litteratursøket, viste seg å være oppfølgingsstudie (van Strien et al., 1992).

En annen svakhet ved mange av studiene er at informasjon om hvilken terapiform/program som er blitt anvendt er av varierende kvalitet. Noen studier oppgir spesifikke terapiformer som blir brukt, eksempelvis kognitiv atferdsterapi (CBT). Andre gir generelle beskrivelser av ulike intervensjoner/prosedyrer som gjennomføres, som for eksempel ernæringsrådgivning, medisinsk behandling, gruppeterapi m.m. Bruk av upresise beskrivelser og begrepsbruk vil kunne antas å komplisere replikasjoner, og muligens sammenligninger på tvers av studiene. Litteraturstudien avdekket svært få studier som beskrev konkret behandlingens varighet, og hva som gjorde at pasienten valgte å avslutte behandlingen prematurt. Dette vil være viktig å få kartlagt.

Gjennomgang av forskningen på DO hos pasienter med spiseforstyrrelser viser en stor overvekt av kvantitativ forskning på pasientvariabler og karakteristika. En del forskere tar selvkritikk for en til dels ensidig fokusering på pasientvariabler i sine studier (Kahn & Pike, 2001; Masson et al., 2007; Zeeck et al., 2005). Det har blitt foreslått at en kvalitativ

tilnærming kan være mer fruktbar for å studere andre forhold som kan tenkes å ha en betydning for DO, som for eksempel pasient - terapeut variabler (Mahon, 2000; Mahon, Winston, et al., 2001; Masson et al., 2007). Generelt sett kan det sies å være en lav insidens av spiseforstyrrelser i befolkningen. Dette begrenser også de kvantitative forskningsmulighetene i forhold til denne gruppen. Små utvalgsstørrelser vil gi problemer i forhold til generalisering. Det har blitt foreslått å gjennomføre samarbeidsstudier fra flere ulike behandlingsinstitusjoner, eksempelvis ved multisentermetoder, for å unngå denne problematikken (Surgenor et al., 2004). Imidlertid benyttet ingen av studiene i det aktuelle litteraturstudiet denne metoden.

Det kan imidlertid diskuteres om det å beskrive et fenomen som DO i seg selv, vil kunne ha en direkte betydning for å hindre DO fra behandling. I så måte kan det virke lite hensiktsmessig å identifisere pasientkarakteristika for de som dropper ut, ettersom enhver pasient potensielt kan droppe ut gitt de rette betingelsene. Har en et ensidig fokus på før-behandlingsvariabler, vil en kunne overse andre variabler som interaksjonsvariabler som er tilstede mellom pasient-terapeut (Mahon, Bradley, et al., 2001). En faktor som spesielt har blitt pekt på i denne forbindelse er pasientens tilknytningsform og dens innvirkning på alliansen mellom terapeut og pasient (Mahon, 2000; Mahon, Bradley, et al.; 2001; Mahon, Winston, et al., 2001; Tasca et al., 2004).

En siste kritikk som har vært rettet mot forskningen på drop-out fra terapi ved spiseforstyrrelser er at den ikke har tatt utgangspunkt i et overordnet teoretisk rammeverk, og at dette muligens kan være med å forklare hvorfor forskningen har gitt så få konsistente funn (Tasca et al., 2004). Muligens kan et slikt teoretisk rammeverk bidra til å gi bedre og mer valide forskningsresultater på grunn av et mer helhetlig utgangspunkt. Mer presist vil det teoretiske rammeverket kunne bidra til å guide definisjoner, operasjonaliseringer, metode og forskningsdesign.

Til tross for at ulike faktorer kan identifiseres som relevante for å forklare DO fra behandling, kan det virke som disse funnene i liten grad er konsekvente. Noe av årsaken til dette kan muligens skyldes faktorer ved forskningen, eksempelvis operasjonalisering av forskningsfenomener og anvendelse av ulike forskningsdesign. En plausibel konklusjon kan være at forskningen i større grad bør ta høyde for dette, for å kunne gi valide forklaringer på DO. Imidlertid kan det også argumenteres for at pasienters tilknytningsstil, og deres evne til å danne og opprettholde relasjoner, bør få et sterkere fokus i forskningen og i dagens forståelse av DO. Som vist i resultatene fra litteraturstudien, har studiene som har fokusert på relasjonsvariabler vist en effekt av dette på DO. Med tanke på at en pasient bringer med seg sine relasjonserfaringer inn i terapirommet, er det sannsynlig å tro at også disse erfaringene vil kunne ha en effekt på mulig DO fra terapi.

### 3.6 Tilknytningsteori som rammeverk for å forstå DO fra behandling av spiseforstyrrelser

Det har i nyere tid vært en debatt om hva som kan sies å være god psykologisk behandling generelt. Relaterte spørsmål til dette er hvilke kriterier man skal legge til grunn for å hevde at et behandlingsutfall er vellykket, samt hvordan dette kan måles. Generell forskning på psykoterapi har vist at utenomterapeutiske forhold, deriblant pasientkarakteristika, spiller størst rolle for terapiens effekt (Lambert & Barley, 2002). Da er det et paradoks at forskning på DO fra behandling av spiseforstyrrelser, som har fokusert på pasientkarakteristika, ikke har funnet entydige årsaksvariabler for frafallet. Som nevnt innledningsvis er en svakhet ved tidligere forskning at den ikke har tatt høyde for DO fra behandling. Hadde de som droppet ut blitt inkorporert i forskningsresultatene, ville dette muligens ført til andre resultater om hva som tilsier at behandlingen er virksom. Dette kunne da generert nye hypoteser om hva som gjør at pasienter velger å avslutte terapi for tidlig.

En mulig hypotese kan være at tilknytningsteori er en alternativ forklaringsmodell for DO fra behandling av spiseforstyrrelser. Tilknytningsstil kan sies å være en

pasientkarakteristikk, men kan også forstås som en dynamisk variabel med stor innvirkning på samspillet mellom mennesker. Hittil har det vært få studier som har sett på om tilknytningsstil kan si noe mer utover de variablene forskningen tidligere har fokusert på i forhold til DO. Ved å studere sammenhengen mellom tilknytningsmønster og spiseforstyrrelser vil man kunne forstå dets sammenheng med DO, og videre muligens utarbeide intervensjoner eller behandlingstilnærminger som kan være bedre egnet for denne pasientgruppen.

Behovet for å studere tilknytning i forhold til pasienter med spiseforstyrrelser som dropper ut, blir begrunnet med denne gruppens usikre tilknytning og svekkede evne til å danne og opprettholde relasjoner (Mahon, Bradley, et al., 2001; Mahon, Winston, et al., 2001; Tasca et al., 2004; se tabell 1). I empiriske studier som har fokusert på tilknytning som en variabel i forhold til spiseforstyrrelser, har resultater fra disse studiene generelt sett vært sammenfallende. Opptil 96 % av pasientene med spiseforstyrrelser har blitt klassifisert som usikkert tilknyttet (Armstrong & Roth, 1989; ref. Orzolek-Kronner, 2002; Eggert, Levendosky & Klump, 2007; Fonagy et al, 1996; Ringer & Crittenden, 2007; Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005; Ward, Ramsay & Treasure, 2000; Ward et al., 2001). Dette står i kontrast til normalpopulasjonen, der ca. 50 % er usikkert tilknyttet (Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2002). Etersom tilknytningsteori har vist seg å være nyttig til å forklare interpersonlig stil og problemer, personlighet, og affektregulering, vil deres tilknytningsstil også ha innvirkning på hvordan pasienten forholder seg til terapeuten, pasientens tro på behandlingsutfall samt terapeuten måte å forholde seg til pasienten på. I så måte kan tilknytningsstil forstås på ulike nivåer, både i forhold til pasienten, pasient-terapeutrelasjonen, og i forhold til terapeuten egen tilknytningsstil. Dette vil være forenlig med tanken om at et tilknytningsteoretisk perspektiv kan være med å gi en bredere og mer

utfyllende forståelse av nåværende antagelser omkring DO (Mahon, Bradley, et al., 2001; Mahon, Winston, et al., 2001; Tasca et al., 2004).

#### 4. Hvordan og i hvilken utstrekning frafall fra behandling av spiseforstyrrelser kan forstås i lys av tilknytningsteori

Mennesket har et iboende behov for relasjon til og nærhet med andre mennesker (Bowlby, 1969; 1973; 1980). Dette impliserer en mulighet for å jobbe med pasientens internaliserte modeller av relasjoner i terapi, og formidle håp til pasienten om at endring er mulig. Både primære og sekundære strategier vil kunne gjenspeile seg i den terapeutiske relasjon og behandlingsforløpet. Å endre på sitt utseende kan fungere som en sekundær strategi. Dette kan forstås som en balanse mellom å opprettholde nærhet til omsorgspersoner og skape grenser i forhold til dem. Denne dobbeltheten kan sees på som en funksjonell løsning på et tilsynelatende uløselig problem, da det primære tilknytningsmålet ikke er oppnåelig. Personen må som en følge av dette rette sin oppmerksomhet mot noe annet enn tilknytningsatferd (Cole-Detke & Kobak, 1996; Main, 1990). Å slanke seg kan således bli et nytt oppnåelig mål hvor selvet oppleves mer akseptabelt.

##### 4.1 Tilknytningskategorier blant pasienter med spiseforstyrrelser

Tilknytningsstil kan si noe generelt om hvordan pasienten forholder seg i mellommenneskelige relasjoner. I forsøk på å identifisere undergrupper av tilknytningsstil i forhold til type spiseforstyrrelse, har det blitt foreslått at anorektikere hovedsakelig har en ”avvisende” type, mens bulimikere har en mer ”overopptatt” type (Candelori & Ciocca, 1998; ref. Dallos, 2004; Ringer & Crittenden, 2007; Ward, Ramsay & Treasure, 2000). Dersom dette viste seg å være et gjennomgående mønster, ville man kunne generere hypoteser i forhold til hvilke pasienter som er mer sårbare for å droppe ut av behandling, og utvikle intervensjoner som kan imøtekomme disse behovene på best mulig måte.



#### 4.1.1 "Avvisende" tilknytningsstil

De sekundære strategiene kan deles inn i to typer; en deaktivierende tilknytningsstrategi og en hyperaktiverende tilknytningsstrategi. En "avvisende" pasient antas å ha et deaktivert tilknytningssystem, hvor sensorene i tilknytningssystemet er "skrudd ned", som en måte å verne seg selv i forhold til å bli avvist (Kobak et al., 1993; Tereno et al., 2008). Slike pasienter kan tenkes å fremtre meget avvisende og tilbaketrukket i møte med en behandler, noe som vil kunne vanskeliggjøre alliansebygging. Ward et al., (2001) postulerer at pasienter med spiseforstyrrelser kombinert med en avvisende tilknytningsstil kan forstås som å ha en forsvarspreget holdning, der de vegrer seg for å nærme seg smertefullt emosjonelt materiale og erkjenne sine egne behov. Man har sett at slike pasienter har en tendens til å idealisere foreldrene sine og oppveksten, til tross for evidens for det motsatte (Fonagy et al., 1996; Orzolek-Kronner, 2002; Ringer & Crittenden, 2007; Ward et al., 2001). Det kan da være vanskelig å få til en klinisk samtale og utforskning rundt spiseforstyrrelsen (Dallos, 2004; Ringer & Crittenden, 2007). Videre kan det tenkes at pasientens avvisende forsvarstrategi i møte med behandler kan føre til en selvoppfyllende profeti (Dozier, 1990). Dette vil si at behandleren kan bli mer tilbaketrukket, noe som igjen bekrefter pasientens antagelse om signifikante andre som utilgjengelige. Pasientenes tidligere opplevelse av overinvolvering og behov for kontroll kan gjøre dem spesielt sensitive i forhold til opplevd invadering fra terapeuten. Dette kan representere en risikofaktor for å droppe ut. Tasca et al. (2004) viser til forskningsfunn der pasienter med unngående tilknytningsstil har en tendens til å undervurdere positive relasjoner, mindre sannsynlighet for å se fordelene ved hjelpeinstanser, og har større sannsynlighet for å droppe ut ved behandling. I så henseende kan en peke på en sårbarhet for disse pasientene til å droppe ut av behandling, da det er vanskelig å skape en god relasjon, som er en nødvendighet for god terapeutisk intervensjon. En mulig konsekvens av at "avvisende" tilknyttede pasienter dropper ut av behandling, vil kunne være flere ufullstendige

behandlingsforsøk. Dette samsvarer med funn i det aktuelle litteraturstudiet, hvor pasienter som droppet ut tidlig i behandlingsforløpet hadde signifikant flere innleggelser enn de som falt fra senere i terapi (Kahn & Pike, 2001). Som nevnt tidligere vil gjentatte innleggelser kunne ha uheldige langtidskonsekvenser, både for individet selv og for samfunnet for øvrig.

#### 4.1.2 "Overopptatt" tilknytningsstil

På den andre siden kan "overopptatte" pasienter sies å ha et hyperaktivert tilknytningssystem hvor systemet er "skrudd opp" på maks sensitivitet (Tereno et al., 2008). Pasienten vil da ofte forsøke å klamre seg til relasjoner, eksempelvis til terapeuten, men samtidig ha en kontinuerlig underliggende tvil i forhold til mulig avvisning eller manglende responsivitet fra terapeuten. Dette kan være med å belyse hvorfor pasienter med en "overopptatt" tilknytningsstil også har en risiko for å droppe ut av behandling. Her kan spiseforstyrrelsen forstås som å inneha en funksjon hvor man søker å opprettholde en nærhet til omsorgspersoner og signifikante andre. Hensikten er å unngå angsten som er assosiert med separasjon. En behandling av spiseforstyrrelser vil kunne komme til å utfordre strategier som er utviklet for å opprettholde nærhet til viktige andre. En konsekvens av dette vil kunne bli at ambivalensen øker hos pasienten, som kan resultere i at pasienten dropper ut av behandling. På denne måten kan pasienten oppleve at nærhet til omsorgspersonene har blitt opprettholdt og/eller gjenvunnet. I så måte innehar DO også en beskyttende effekt for individet i det at spenningen og angsten reduseres, som rapportert av Eivors et al. (2003). Som et resultat av ambivalensen vil disse pasientene i terapi ofte oppleve en kontinuerlig svingning mellom å ville ha hjelp og ikke ønske det, uten å kunne romme begge ønskene på en og samme tid (Salzman, 1997; Ward, Ramsay, Turnbull, et al., 2000). Terapeuter som jobber med slike pasienter kan oppleve denne dobbelkommunikasjonen som svært frustrerende. Denne svingningen vil vanskeliggjøre en god terapeutisk relasjon, og vil kunne føre til reaksjoner i

terapeuten som hjelpesløshet og håpløshet (Vitousek, Watson & Wilson, 1998; Ward, Ramsay, Turnbull, et al., 2000).

#### 4.2 En dimensjonal forståelse av tilknytning

Til tross for at forskningen har vist at tilknytningsstiler tilsynelatende kan deles inn i ulike kategorier, har det vært vanskelig å differensiere bulimikere og anorektikere på basis av disse tilknytningsstilene (O’Kearny, 1996; Tereno et al., 2008; Ward, Ramsay & Treasure, 2000).

Noe av årsaken kan være begrensninger ved forskningsmetodikken som har blitt brukt.

Imidlertid har nyere forskning og konseptualisering av tilknytning pekt på muligheten for at tilknytning bedre kan måles og forstås i dimensjoner heller enn ved kategoriske, prototypiske mål (Evans & Wertheim, 2005). Her vil individer kunne rangeres etter dimensjoner på angst og unngåelse. En trygg tilknytning vil være preget av lav grad av både angst og unngåelse.

Usikker tilknyttede personer vil kunne ha en høy skåre på en eller begge dimensjonene (Fralely et al., 2000; ref. Evans & Wertheim 2005). Det har vist seg at denne dimensjonale tilnærmingen til tilknytning kan forklare opptil fire til fem ganger mer av variansen enn en kategorisk tilnærming (Brennan, Clark & Shaver, 1998; ref. Tasca et al., 2004).

I forskning vil rigide kategorier kunne kritiseres for å være ekskluderende, noe som igjen vil kunne gi et skjevt bilde av fenomenet DO. Dette vil kunne få konsekvenser for hvordan man søker å forhindre DO. Inntar man en dimensjonal forståelse i møte med pasienter i terapi, kan dette muligens gi en bredere forståelse av deres relasjonelle stil. Med en slik forståelse kan terapeuten også i større grad møte pasienten på deres behov. I motsetning vil bruk av kategorier kunne føre til en mer rigid og begrenset behandlingstilnærming der terapeuten blir fanget i et bestemt sett av terapeutiske tiltak. Som et resultat av dette kan pasienten føle at hun ikke blir forstått og møtt på sine behov, og kan således lettere vurdere å droppe ut av behandling. I et dimensjonalt perspektiv derimot, kan pasienten klassifiseres med en spesifikk tilknytningsstil, men likevel fremstå med elementer av en annen tilknytningsstil.

Ved at terapeuten inntar dette perspektivet, vil han eller hun bedre kunne møte pasientens skiftende atferd og behov. Dette kan således være med å forhindre DO.

#### 4.2.1 Konsekvenser for behandling

På bakgrunn av funnene i litteratursøket samt den teoretiske og empiriske litteraturen på tilknytning, kan det tenkes at en pasients tilknytningsstil kan bli sett på som en modererende faktor mellom spiseforstyrrelser og DO i behandling. Selv om behandlingsform per se påstås å være av mindre betydning, kan et behandlingsrammeverk som tar høyde for tilknytningsmønster være virkningsfullt i forhold til at pasienter i mindre grad faller fra i behandling. Det har blitt foreslått at pasienter med ”avvisende” tilknytningsmønster, vil kunne ha nytte av en behandlingstilnærming som er preget av en mer interpersonlig distanse, mens pasienter med en ”overopptatt” tilknytningsstil vil kunne ha nytte av en tilnærming som har større grad av interpersonlig nærhet (Dozier, 1990). På den andre siden kan det tenkes at en interpersonlig distanse i forhold til ”avvisende” pasienter kan være uheldig med hensyn til at nettopp disse pasientene vil ha behov for å få avkreftet tidligere antagelser om at signifikante andre er utilgjengelige eller tilbakeholdne. Dette vil si at pasienten trenger en terapeut som er responderende og speilende. På den andre siden kan pasientene med en ”overopptatt” tilknytningsstil tenkes å bli svært avhengige av og knyttet til terapeuten. Dette kan videre føre til at terapiprosessen stagnerer og i sin tur, frustrasjon hos terapeuten. Som en konsekvens av dette kan terapeuten velge å avslutte behandlingen for tidlig. Det forfektes i denne sammenheng at det må være en balanse mellom grad av nærhet og struktur i terapi, slik at man unngår en overinvolverende relasjon. I så måte bør behandleren være oppmerksom på mulig overføring og motoverføring i den terapeutiske relasjon, og hvordan det best kan håndteres (Dozier, Cue & Barnett, 1994).

#### 4.3 Tilknytning, tillitt og relasjon til terapeuten

Det blir hevdet at behandling av spiseforstyrrelser ofte har hatt for stort fokus på manifeste symptomer, og for lite fokus på underliggende problematikk (Eivors et al., 2003). Dette blir støttet av forskning som viser at en terapeutisk tilnærming basert på varme og oppmerksomhet er mer gunstig for et vellykket behandlingsutfall enn metodiske teknikker (Kaplan & Garfinkel, 1999). Kvalitative studier av DO hos pasienter med spiseforstyrrelser peker i retning av at pasientene har vanskeligheter med tillit til andre mennesker, og setter følelse av trygghet i terapirommet høyt (Eivors et al., 2003). Da kan man tenke seg at dette vil vise seg i forhold til å skulle stole på en terapeut og medpasienter. Annen forskning fra litteratursøket støtter også dette (Blouin et al., 1995; Kaplan & Garfinkel, 1999; Mahon, 2000; Mahon, Bradley, et al., 2001; Tasca et al., 2004). I så måte kan det tenkes at arbeid mot en trygg pasient-terapeut relasjon er det primære for å kunne opprettholde en behandlingsrelasjon til denne pasientgruppen overhodet.

I terapi blir det derfor sentralt at terapeuten kan fremstå som en ”trygg base” som pasienten kan bruke til å eksplorere spiseforstyrrelsen og det den gir uttrykk for, og videre erverve nye og mer adaptive mestringsstrategier (Dozier et al., 1994). Tidligere har disse pasientene forsøkt å skape grenser og gjenvinne kontroll ved at de har inntatt enten en ”avvisende” eller en mer ”ambivalent” (tvilende) holdning til andre relasjonsobjekter. Dette har ført til at pasientene har vanskeligheter med tillit til andre. Først ved oppnåelse av en viss trygghet til terapeuten kan pasienten på sikt våge å overlate noe av sin kontroll til behandleren. Dette vil i mange tilfeller være en forutsetning for at spiseforstyrrelsen kan behandles. Litteraturgjennomgangen peker i retning av at mange pasienter med spiseforstyrrelser rapporterer å ha opplevd familien som overinvolverende og/eller kontrollerende. En opplevelse av terapien som for pågående og invaderende, kan dermed føre

til en gjenopplevelse av tidligere traumatiske relasjonelle erfaringer. For å gjenvinne sin mestringsstrategi og opplevelse av kontroll, kan pasienten da velge å droppe ut.

Spiseforstyrrelser oppstår ofte i en periode der man utviklingsmessig skal løsrive seg fra foreldrene, og hvor de økte kravene kan bli en utfordring. Ungdomstiden vil i så måte bli en sårbarhetsfaktor for DO fra behandling. Litteraturstudien viste at hvis ungdommen har foreldre som er involvert i terapien, vil dette minske risikoen for et eventuelt frafall. Resultatene viste også at spiseforstyrrelsen kan være et symptom på frykt for å modnes og bli voksen. Ved utvikling av spiseforstyrrelser vil ungdommen kunne opprettholde nærhet til omsorgsgiver og opplevelsen av å bli tatt vare på (Bruch, 1973;1978; Palazzoli, 1978; Masterson, 1977). Imidlertid vil både foreldre og barn kunne tenkes å bidra til å opprettholde det tette båndet. Dette kan således representere en utfordring i terapi, ved at både foreldrene og ungdommen vil kunne motsette seg en større grad av separasjon. Dette kan igjen bidra til DO.

Litteraturstudiet viste at det ser ut til å være et dose-effekt forhold mellom belastninger i barndommen, som foreldres skilsmisse, og en tendens til å droppe ut av terapi ved spiseforstyrrelser. Dette vil kunne tenkes å være bidragsgivende til at en usikker tilknytningsstil utvikles. Som voksen vil det kunne påvirke ens evne til å opprette og opprettholde støttende relasjoner. Hvis en trekker en parallell til den dimensjonale forståelsen av tilknytningsstiler og dens innvirkning på DO, kan man tenke seg at pasienter som har vært utsatte for flere belastninger og traumer vil kunne ha en sterkere grad av usikker tilknytning. Dette vil i sin tur virke inn på deres evne til tillitt til terapeuten og medføre en større risiko for DO.

#### 4.4 Terapeutens tilknytningsstil

Det har vist seg at terapeuter som er spesielt sensitive for avvising ofte kan reagere med stor grad av usikkerhet i tilfeller der pasienter har behov for å skape en avstand mellom seg og

terapeuten. Dette kan føre til et negativt samspill mellom terapeut og pasient, der terapeuten reagerer på pasientens behov for å sette grenser, ved å "følge etter" pasienten. Dette kan i sin tur føles invaderende for pasienten slik at hun velger å droppe ut (Safran & Muran, 2000). Et slikt mønster kan tenkes å være spesielt fremtredende ved behandling av pasienter med spiseforstyrrelser, ettersom disse pasientene ofte er svært sensitive for invadering.

Terapeutens tilknytningsstil vil i så måte ha innvirkning på arbeidsalliansen (Tereno et al., 2008). Forholdet mellom pasienten og terapeutens tilknytningsstil er imidlertid et område som er lite dekket i den empiriske litteraturen. Forskningen som foreligger har vist at terapeuter med en sikker tilknytning ser ut til å respondere mer på pasientens underliggende behov uavhengig av deres klassifiserte tilknytningsstil. Målet er å gi en korrigerende interpersonlig erfaring som utfordrer eksisterende maladaptive arbeidsmodeller hos disse pasientene. Terapeuter med en usikker tilknytning har vist seg å respondere mer på pasientens behov slik de fremstår. Dette vil innebære en større sannsynlighet for at pasienter med en usikker tilknyttet terapeut, vil få bekreftet sine indre arbeidsmodeller og ambivalente relasjoner (Dozier, 1990; Dozier et al., 1994). Dette kan igjen føre til at de dropper ut av behandling. Forskning har funnet at ulike tilknytningsstiler hos pasient og terapeut ofte er gunstig for et positivt behandlingsutfall. Eksempelvis har det vist seg at terapeuter med en overopptatt tilknytningsstil får bedre resultater i arbeid med avvisende tilknyttede pasienter. En slik kombinasjon kan tenkes å gi en mer naturlig utfordring av pasientens problematiske relasjonelle stil (Meyer & Pilkonis, 2002).

#### 4.5 Betragtninger rundt tilknytningsteori som forklaringsmodell på DO

Fenomenet DO er komplisert, og det tenkes at flere faktorer kan bidra til å forårsake DO fra behandling av spiseforstyrrelser. Eksempler på andre faktorer som kan spille inn kan være et individs behov for selvkonsistens, kognitiv risikoaversjon og motstand hos pasienten.

Imidlertid kan det også tenkes at det er en interaksjonseffekt mellom disse variablene og tilknytning.

#### 4.5.1 Terapeuten som trygg base – er det nok?

Selv om terapeuten blir en ”trygg base” for pasienten, er det ikke gitt at det er tilstrekkelig for en vellykket behandling. På tross av at terapeuten fremstår som varm og empatisk vil pasienten ha en tendens til å respondere i tråd med sine veletablerte relasjonelle mønstre (det vil si sekundære og affektregulerende strategier) da pasientens tilknytningsstil har en tendens til å være stabil over livsløpet (Slade, 1999). Mennesket har behov for å oppleve seg selv som sammenhengende og konsistent. Dette innebærer at de er motivert for og aktivt søker etter informasjon som bekrefter deres selvopplevelse, uavhengig av om denne informasjonen er positiv eller negativ. Således vil dette føre til en viss stabilitet i menneskers atferdsmessige og kognitive mønstre, som definert ved begrepet selvkonsistens. Dette kan være en alternativ forklaringsmodell på DO fra behandling. Selvkonsistensen gjør selvopplevelsen oversiktlig og kontrollerbar, og gir videre en følelse av redusert hjelpsløshet, selv om det totalt sett kan bidra til et negativt selvbylde. Terapi vil nødvendigvis kunne utfordre pasienters underliggende kognitive skjema, noe som sannsynligvis vil kunne skape motstand hos pasienten (Leahy, 2001). Det kan tenkes at dette vil være spesielt utfordrende for pasienter med et langvarig forløp av en spiseforstyrrelse, da deres identitet kan være knyttet opp mot det å være tynn. Terapi fordrer endring, og dette kan være en uforutsigbar opplevelse for pasienten, som kan generere usikkerhet og følelse av manglende kontroll over den nye situasjonen.

Behovet for selvkonsistens kan være med å forklare hvorfor behandling av spiseforstyrrelser kan være både utfordrende og vanskelig, og hvorfor pasienter kan opprettholde en usikker tilknytning til tross for nye relasjonelle erfaringer i terapi. Det har blitt hevdet at en viktig årsak til usikker tilknytning hos et voksent menneske, er dets vansker



med å erkjenne og mestre tapet av en empatisk relasjon med signifikante omsorgsgivere (West & Keller, 1994). De vil ofte ha motstand mot å gå inn og utforske emosjonelt smertefullt materiale relatert til barndommen, ettersom de vil forsøke å beskytte seg fra en gjenopplevelse av tidligere erfaringer av hjelpeløshet, angst og sorg. Dette er gjerne fremtredende ved administrering av AAI (Adult Attachment Interview) (George et al., 1995) i begynnelsen av et terapeutisk forløp, der man ikke husker eller ikke vil huske minner og opplevelser knyttet til nære omsorgspersoner. Dette kan igjen implisere at de ikke er motivert til å gi slipp på spiseforstyrrelsen, både på grunn av behovet for selvkonsistens, men også på grunn av de endringene dette vil kreve. Endringsprosessen vil kunne oppleves som for smertefullt og utfordrende for pasientene. Som nevnt tidligere er spiseforstyrrelser en type mestringsstrategi som gir en følelse av kontroll og forutsigbarhet for pasienten. Derfor vil det å ta bort denne strategien uten å gi et godt alternativ tilbake, kunne virke for risikabelt for pasienten og føre til at han/hun velger å droppe ut. Tatt i betraktning den høye selvmordsraten blant denne pasientgruppen, kan det å fjerne mestringsstrategien på et for tidlig tidspunkt i terapiforløpet, føre til økt håpløshet og påfølgende DO, eller i ytterste konsekvens, selvmord. Imidlertid vil pasienten også kunne være motivert for å søke en tilknytningsopplevelse de tidligere har hatt, eller aldri har opplevd (West & Keller, 1994). Ved å følge pasienten i hans/hennes tempo kan terapien bli et sted der man kan arbeide med denne eventuelle sorgen over tidligere tilknytningserfaringer, og i sin tur dets relasjon til pasientens spiseforstyrrelse. Terapiprosessen kan da vedstå på tross av at pasienten kan oppleve stort ubehag og et ønske om å avbryte behandling. Disse prosessene er noe terapeuten bør være oppmerksom på i terapi, da det kan være en medvirkende faktor til at pasienter dropper ut.

Terapien kan således være et sted der pasienten kan få nye meningsdannelser (Bowlby, 1988). Validering av pasientens opplevelser og behov kan i så måte være en medvirkende faktor til at man ikke dropper ut tidlig i behandling (Leahy, 2001). Dette

samsvarer med funnene til Kaplan & Garfinkel (1999) som hevder at vellykket behandling er mer et resultat av at pasienten opplever terapeuten som varm og empatisk, enn at terapeuten har god psykologisk innsikt i behandling av spiseforstyrrelsen.

#### 4.5.2 Komorbiditet

I følge litteraturstudien ser det ut til at komorbide lidelser kan være en medvirkende faktor i forhold til hvilke pasienter som dropper ut av terapi, og hvem som forblir. Imidlertid er effekten av dette uavklart. Eksempelvis har depresjon vist seg å være både fremmende og hemmende for pasientens motivasjon i forhold til å forbli i terapi. Depresjon kan virke hemmende for motivasjon for terapi, ved at deprimerte ofte har en sterk følelse av håpløshet. Dette kan innvirke på deres tro, forhåpninger og forventninger for at terapien vil være virkningsfull. I tillegg vil deprimerte ofte søke å unngå mulige nederlag (kognitiv risikoaversjon) (Leahy, 2001). Denne effekten vil trolig være størst i starten av behandlingen. På den annen side kan en forklaring på hvorfor depresjon kan virke fremmende på motivasjon for terapi, være at deprimerte kjenner på et stort ubehag og derfor muligens vil føle et større behov for hjelp. En annen medvirkende faktor kan være at en komorbid depresjon til spiseforstyrrelser ofte medfører at pasienten er mer i kontakt med sine egne følelser. Å jobbe med vanskelige tema vil derfor ikke nødvendigvis føles like truende for pasienten. De samme mekanismene vil kunne gjelde for komorbid angst og tvangslidelse, der opplevd ubehag vil virke motiverende for å søke behandling. Videre har det vist seg at komorbid borderline personlighetsforstyrrelse kan ha innvirkning på DO. En mulig forklaring på dette kan være høy grad av impulsivitet. Det hevdes også at disse pasientene muligens er for kaotiske til å dra nytte av behandling rettet mot spiseforstyrrelsen (Bell, 2001). En utdypende forklaring på disse mekanismene kan være pasientenes reduserte evne til å inhibere sinne. I så måte er det sannsynlig at dette vil kunne medføre en større risiko for DO. På den annen side kan for sterk inhibisjon av sinne, oftest påvist hos anorektikere og pasienter klassifisert med ”avvisende”

tilknytningsstil, også føre til DO. Dette på bakgrunn av at de kan ha vansker med å uttrykke følelser ovenfor terapeuten, spesielt negative følelser. De kan da se DO som eneste alternativ. Dette støttes av funnene i litteraturstudien.

#### 4.5.3 Samfunnsperspektiv

Spiseforstyrrelsens egosyntone karakter kan sies å være i overensstemmelse med generelle verdier i samfunnet. Det å slanke seg er generelt sett allment akseptert, og det kan sies å være diffuse grenser mellom "normal" slanking og overgang til patologi. En slank kropp settes ofte i sammenheng med det å ha kontroll og å være vellykket (Mulveen & Hepworth, 2006). Dette kan bidra til å forklare hvorfor pasienter med spiseforstyrrelser er motvillige til å inngå og eventuelt forbli i terapi. Personen opplever ofte ikke seg selv som syk eller hjelpetrengende. Selv om personen skulle erkjenne at hun er syk, kan hun likevel være tvilende eller ambivalent til behandling (Kaplan & Garfinkel, 1999).

Avbrutte behandlinger utgjør et problem ved denne pasientgruppen. Dette fører til både unødvendig lange ventelister og økonomiske utfordringer for samfunnet. I sammenheng med dette vil dagens krav om effektivitet se ut til å kunne gå på bekostning av nødvendig lengde av behandlingstilbud, og kan føre til en dyrere behandling på sikt. Dette støttes av Baran et al. (1995) som fremhevet at kortvarig terapi ikke er kostnadssparende for samfunnet, da mange pasienter vil ha behov for gjeninnleggelser grunnet for tidlig avslutning av behandling fra terapeutens side. Overordnet er det altså et behov for tilgjengelige, effektive og kvalitativt gode tilbud.

## 5. Avslutning

Denne studien har søkt å belyse hvilke faktorer som bidrar til DO fra behandling av spiseforstyrrelser. Videre har det blitt anvendt et tilknytningsteoretisk perspektiv for å få en bredere og mer nyansert forståelse av DO. I lys av litteraturgjennomgangen og den teoretisk

forankrete diskusjonen omkring tilknytningsteori, vurderer vi det som fruktbart å anvende et tilknytningsteoretisk perspektiv for å forstå fenomenet DO. Til tross for at det eksisterer en viss heterogenitet i forskningsfunnene, har det teoretiske rammeverket tilknytningsteori generert plausible hypoteser om årsaker til at pasienter dropper ut. Det faktum at DO ofte kommer tidlig i terapiforløpet støtter antakelsen om at etablering av en god terapeutisk relasjon er av sentral betydning. I denne forbindelse vil det være viktig å avklare pasientens forventninger til behandling, og at pasient og terapeut sammen blir enige om hvordan og hva det skal arbeides mot i terapi. Pasienten bør få en opplevelse av terapeuten som en alliert støttespiller som man kan stole på, og som vil søke at pasienten vil oppleve en størst mulig grad av kontroll over sin egen situasjon.

Pasienter som kommer til behandling bringer med seg sine indre arbeidsmodeller, som er basert på tidligere tilknytningserfaringer med viktige andre som utilgjengelige og/eller invaderende. Terapeuten blir i så måte oppfattet i henhold til disse arbeidsmodellene, som igjen vil komme til å påvirke terapien og den terapeutiske relasjonen. Dette, i kombinasjon med at spiseforstyrrelser som mestringsstrategi kan være vanskelig å gi slipp på, kan føre til at pasienter dropper ut. Når disse pasientene først kommer i behandling, er det således ekstra utfordrende å etablere tillit og trygghet, da det kan oppleves som en stor trussel for individet å skulle forkaste noe som har fungert som en beskyttende strategi. I behandling av spiseforstyrrelser blir det derfor viktig at terapeuten arbeider mot å bli en ”trygg base” for pasienten, slik at hun kan oppleve nye korrigerende emosjonelle erfaringer.

Tilknytningsteori kan sannsynligvis ikke alene forklare den høye DO raten hos pasienter med spiseforstyrrelser. Forskning på andre typer psykiske lidelser viser at en stor andel av disse pasientene også har usikker tilknytning (Cole-Detke & Kobak, 1996; Dozier, 1990). Derimot tenkes det at tilknytningsmønsteret i kombinasjon med blant annet den egosyntone symptomatologien denne pasientgruppen har, blir sterkt medvirkende til den høye

DO prosenten hos denne gruppen. En forståelse for hvordan tilknytning innvirker på DO ved behandling av spiseforstyrrelser, kan forhåpentligvis bidra til å forstå og forebygge DO fra behandling også ved andre typer lidelser.

Ut i fra hypotesen om at tilknytningsteori kan anvendes som et overordnet rammeverk for forskning på DO, er det på basis av denne studien mulig å generere nye forskningshypoteser. Det kan virke formålstjenlig å gjennomføre flere kvalitative studier, som i større grad tar høyde for pasientenes subjektive opplevelse av både sin egen lidelse, behandlingsform og behandlingsrelasjon. Tidligere forskning har manglet et slikt klinisk fokus, og deres hovedvekt på demografiske variabler og pasientkarakteristika bidrar i mindre grad til en forståelse for hvordan en kan forhindre DO. Imidlertid har impuls kontroll og evne til affektregulering vist seg å være sårbarhetsfaktorer. Ved å ta hensyn til dette i behandling, kan det muligens bidra til å redusere DO. Pasientene har gjennom sine tidlige tilknytningserfaringer fått mangelfulle strategier i forhold til å regulere vanskelige affekter og impulser, og kan ha vansker med å holde et langtidsperspektiv når de står i vanskelige situasjoner. Dermed kan de også bli mer tilbøyelige til å droppe ut av terapi når den oppleves problematisk. Dette gjelder både for pasienter som er overkontrollerte og for pasienter som har manglende sinne- og impuls inhibisjon.

Det er selvfølgelig mulig å tenke seg at også andre faktorer som ennå ikke er identifisert, kan bidra til å forklare DO fra behandling av spiseforstyrrelser. På bakgrunn av denne studien er det imidlertid rimelig å konkludere med at tilknytningsteori kan bidra til å forstå fenomenet DO. Viktige implikasjoner i forskningsøyemed, er at tilknytningsspektivet bør inkluderes i videre teoretisering og utarbeidelser av kvantitative og kvalitative studier. Det eksisterer i dag flere evidensbaserte behandlingsformer for spiseforstyrrelser. Det er rimelig å tenke seg at disse kan kombineres med et større fokus på relasjonelle faktorer mellom pasient og terapeut, i henhold til tilknytningsteori.

Referanser

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behaviour treatment of bulimia nervosa; data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1302-1308.
- Ainsworth, M.D.(1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour*. (pp. 67-104). New York: Wiley.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., and Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, *85* (5), 738-783.
- Bandini, S., Antonelli, G., Moretti, P., Pampanelli, S., Quartesan R. & Perriello, G. (2006). Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eating Weight Disorder*, *11*, e179-e184.
- Baran, S.A., Weltzin, T.E., & Kaye, W.H. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1070-1072.
- Bell, L. (2001). What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *8*, 424-435.
- Bemont, P., Russel, J., & Touyz, S. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *The Lancet*, *341*, 1635-1640.
- Blouin, J., Schnarre, K., Carter, J., Blouin, A., Tener, L., Zuro, C., & Barlow, J. (1995). Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17* (4), 323-329.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N.L. (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives Of General Psychiatry*, 63, 305-312.
- Chess, S., & Thomas, A. (1982). Infant bonding: mystique and reality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 213-222.
- Clinton, D.N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.
- Coker, S., Vize, C., Wade, T., & Cooper, P.J. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behaviour therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 35-40.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 282-290.
- Dallos, R. (2004). Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *The Association for Family Therapy*, 26, 40-65.

- Diehl, M., Elnick, A. B., Bourbeau, L. S., & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (6), 1656-1669.
- Di Pietro, .G., Valoroso, L., Fichelle., M., Bruni, C., & Sorge, F. (2002). What happens to eating disorder outpatients who withdrew from therapy? *Eating Weight Disorders, 7*, e298-e303.
- Dozier, M.(1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and psychopathology, 2*, 47-60.
- Dozier, M., Cue. K.L. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62* (4), 794-800.
- DuBrin, J.R. & Zastowny, T.R. (1988). Predicting early "attrition" from psychotherapy: an analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy, Theory Research Practice and Training, 25* (3), 393-408.
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders, 40* (2), 149-155.
- Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 11*, 90-107.
- Evans, L., & Wertheim, E.H. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review, 13*, 285-293.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Pierò, A., & Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and psychosomatics, 71*, 200-206.



- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P., & Rovera, G.G. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 203-210.
- 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 (1), 22-31.
- Franzen, U., Backmund, H., & Gerlinghoff, M. (2004). Day treatment group programme for eating disorders: reasons for drop-out. *European Eating Disorders Review*, 12, 153-158.
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change (4<sup>th</sup> edition)*, (pp.190-228). New York: John Wiley.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985/1996). *Adult attachment interview; Interview Protocol*. University of California, Berkeley.
- Griffiths, R.A. (1990). Characteristics of dropouts and completers from hypno-behavioral treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), 217-219.
- Guarda, A.S. (2007). Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, in press.
- Halmi, K.A., Agras, S., Crow, S., Mitchel, J., Wilson, G.T., Bryson, S.W., & Kraemer, H.C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 62, 776-781.
- Hamilton, C.E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as attachment process.

*Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.

Hoste, R.R., Zaitsoff, S., Hewell, K., & le Grange, D. (2007). What can dropouts teach us about retention in eating disorder treatment studies? *International Journal of Eating Disorders*, 40 (7), 668-671.

Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549-560.

Humphrey, L.L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (4), 395-402.

Humphrey, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 206-214.

Kahn, C. & Pike, K.M. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 237-244.

Kaplan, A.S. & Garfinkel, P.E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (7), 665-670.

Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 160-165.

Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Gillies, R., & Fleming, W.S. (1993). Attachment and

- emotion regulation during mother-teen problem solving: a control theory analysis. *Child Development*, 64 (1), 231-245.
- Kobak, R.R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Kraemer, H., & Thienemann, S. (1987). *How many subjects? Statistical Power Analysis in Research*. Newbury Park, California: Sage.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press, Inc.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 639-647.
- Mackenzie, K.R., & Harper-Giuffre, H. (1992). Introduction to group concepts. In K.R. Mackenzie & H. Harper-Giuffre (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. (pp. 29-52). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mahler, N., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. London: Basic Books.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8, 198-216.
- Mahon, J., Winston, A.P., Palmer, R.L., & Harvey, P. (2001). Do broken relationships in

childhood relate to bulimic women breaking off psychotherapy in adulthood?

*International Journal of Eating Disorders*, 29, 139-149.

Mahon, J., Bradley, S.N., Harvey, P.K., Winston, A.P., & Palmer, R.L. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication.

Main, M. (1990). Cross-Cultural Studies of Attachment Organization: Recent Studies, Changing Methodologies, and the Concept of Conditional Strategies. *Human Development*, 33, 48-61.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as Disorganised/Disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Masson, P.C., Perlman, C.M., Ross, S.A., & Gates, A.L. (2007). "Premature termination" of treatment in an inpatient eating disorder programme. *European Eating Disorders review*, 15, 275-282.

Masterson, J. (1977). Primary anorexia nervosa. In P. Hartocollins, (Ed.), *Borderline personality disorders* (pp. 475-494). New York: International Universities Press.

McKisack, C., & Waller, G., (1996). Why is attendance variable at groups for women with bulimia nervosa? The role of eating psychopathology and other characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (2), 205-209.

Merrill, C.A., Mines, R.A., & Starkey, R. (1987). The premature dropout in the group treatment of bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 293-300.

Meyer, B. & Pilkonis, P.A. (2002). Attachment style. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist contribution and responsiveness to patients*, (pp. 367-382). New York: Oxford University Press, Inc.

- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defences: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 68* (5), 917-925.
- Mikulincer, M., Orbach, I., & Iavenelli, D. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self-other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology, 75* (2), 436-448.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978) *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morlino, M., Di Pietro, G., Tucillo, R., Galietta, A., Bolzan, M., Sentaore, I., Marozzi, M. & Valoroso, L. (2007). DO rate in eating disorders: could it be a function of patient-therapist relationship? *Eating Weight Disorders, 12*, e64-e67.
- Mulveen, R. & Hepworth, J. (2006). An interpretative phenomenological analysis of participation in a pro-anorexia internet site and its relationship with disordered eating. *Journal of Health Psychology, 11* (2), 283-296.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2004). *Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13*.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders, 20* (2), 115-127.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal, 19*, 421-435.
- Palazzoli, M (1978). *Self-Starvation*. New York: Aronson.
- Pereira, T., Lock, J. & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 677-684.

- Ringer, F., & Crittenden, P.F. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *15*, 119-130.
- Rothbard, J. C., & Shaver, P.R. (1994). Continuity of attachment across the lifespan. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental Perspectives*, (pp. 31-71). New York: Guildford Press.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance – a relational treatment guide*. New York: The Guildford Press.
- Scheuble, K.J., Dixon, K.N., Levy, A.B., & Kagan-Moore, L. (1987). Premature termination: a risk in eating disorders groups. *Group*, *11* (2), 85-93.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Development*, *4* (2), 243-257.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*, (pp. 575-594). New York: The Guilford Press.
- Statens Helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelse; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten, nr 7*.
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgeford-West, L., & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 209-214.
- Strober, M., & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the aetiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, *55* (5), 654-659.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors

- over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Sugarman, A. & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (4), 57-67.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1073-1074.
- Surgenor, L.J., Maguire, S., & Beumont, P.J.V. (2004). Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: can risk factors be identified at point of admission? *European Eating Disorders Review*, 12, 94-100.
- Swan-Kremeier, L.A., Mitchell, J.E., Twardowski, T., Lancaster, K., & Crosby, R.D. (2005). Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 367-370.
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Russell, G.F., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental "expressed emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tasca, G.A., Taylor, D., Bissada, H., Ritchie, K., & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83 (3), 201-212
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D., (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond; a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 49-58.
- Treasure, J., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of Bulimia Nervosa; First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioral therapy. *Behavior research and therapy*, 37, 405-418.

- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 89-97.
- Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). DO during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology, 56*, 145-156.
- Van Strien, D.C., van der Ham, T., & van Engeland, H. (1992). Dropout characteristics in a follow-up study of 90 eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders, 12* (4), 341-343.
- Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review, 18* (4), 391-420.
- Waller, G. (1997). DO and failure to engage in individual outpatient cognitive behaviour therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 35-41.
- Ward., A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 35-51.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 370-376.
- Ward, A., Ramsay., R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 497-505.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71* (3), 684-689.



- West, M., & Keller, A. (1994). Psychotherapy strategies for insecure attachment in personality disorders. In M.B Sperling & W.H Berman, (Eds.), *Attachment in adults – clinical and developmental perspectives* (pp.313-330). New York: The Guildford Press.
- Woodside, D.B., Carter, J.C., & Blackmore, E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2277-2281.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders, clinical description and diagnostic guidelines*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo.
- Salzman, J.P. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 21, 251-259.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., Albersheim, L (2002). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. In M.E. Hertzif & E.A. Farber (Eds.), *Annual Progress in child psychiatry and child development*, pp. 63-73. New York: Routledge
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C. & Herzog, T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 29-37.
- Zeeck, A., & Herzog, T. (2000). Behandlungsabbrüche bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. *Der Nervenarzt*, 71, 565-572.