

Spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser – sammenhæng og betydning for behandling

Sammendrag

Personlighedsforstyrrelser er kendetegnede ved karakteristiske, gennemgribende, langvarige og uhensigtsmæssige mønstre for tanker, følelser og handlinger. Det kan fx dreje sig om social usikkerhed eller endog mistillid med tilbagetrækning til følge eller om en mere impulsiv, affektlabil og evt. selvskadende fremtræden. Man skelner personlighedsforstyrrelserne fra andre psykiatriske lidelser primært ved hjælp af kravet til varighed.

Forekomsten af personlighedsforstyrrelser blandt patienter med spiseforstyrrelser afhænger af, hvilken patientpopulation, der er tale om. Ser man fx på patienter i ambulant behandling ved specialenheder med et fast geografisk optageområde, vil omkring en tredjedel opfylde diagnostiske kriterier for en personlighedsforstyrrelse, mens andelen blandt patienter i en døgnafdeling og i enheder med højere specialiseringsgrad, vil være væsentligt højere.

En spiseforstyrrelse og en personlighedsforstyrrelse kan være forbundne og kan interagere over tid på flere måder. I behandlingen må man være opmærksom på den anselige undergruppe med komorbid personlighedsforstyrrelse og tilrettelægger udredning og behandling i henhold hertil. Også i primærsektoren er det vigtigt at være opmærksom på problemstillingen og fx yde spiseforstyrrelsessymptomerne opmærksomhed, selvom det kliniske billede undertiden kan være domineret af de symptomer, der knytter sig til personlighedsforstyrrelsen.

I Tidsskriftet nr. 15–18/2004 publiceres en serie artikler om spiseforstyrrelser

Engelsk sammendrag findes i artiklen på www.tidsskriftet.no

Opptitte interessenkonflikter: Ingen

Kristine Godt

kgd@buh.aaa.dk
Center for Spiseforstyrrelser
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital
DK-8240 Risskov
og
Psykologisk Institut
Århus Universitet

Der er i psykiatrien en lang tradition for uklarheder i forhold til, hvad der menes med termen personlighedsforstyrrelse. Der har været en tendens til at bruge betegnelsen noget usystematisk og særligt om de patienter, der var ustabile i behandlingen, selvskadende eller på anden vis «forstyrrende for behandleren». I moderne diagnostik har man formuleret deskriptive definitioner af personlighedsforstyrrelserne for at undgå elementet af subjektiv vurdering. Således er der i det amerikanske diagnosesystem DSM (1) formuleret objektive kriterier og faste regler for, hvor mange af disse, der for den enkelte diagnose skal være opfyldte. Man har også indført en akseinddeling således at for eksempel affektive lidelser og spiseforstyrrelser hører under akse I, mens personlighedsforstyrrelserne er under akse II. Verdenssundhedsorganisationens diagnosesystem ICD (2) i den 10. version har, med få undtagelser, lagt sig tæt op ad formuleringerne i DSM, der dog er langt det mest anvendte i forskningssammenhæng. Der er til begge systemer lavet interviewmanualer til diagnostisk udredning af personlighedsforstyrrelser, henholdsvis Structured Clinical Interview for DSM IV axis II (SCID II) (3) og International Personality Disorder Examination (IPDE) (4).

Siden indføringen af den multiaksiale diagnostik (i DSM III, 1980) er der sket en markant (og tilsigtet) stigning i interessen for personlighedsforstyrrelserne, hvilket både har udmøntet sig i empirisk forskning og i teoretiske overvejelser. Sidstnævnte har haft et væsentligt omdrejningspunkt i diskussionen af personlighedsdiagnostikkens validitet og grundlæggende teoretiske forankring. Herunder er der bl.a. peget på uklarheder med hensyn til det optimale antal af diagnoser, det optimale antal kriterier og indbyrdes vægtning af disse, sammenhængen mellem de forskellige personlighedsforstyrrelser og mellem personlighedsforstyrrelserne og andre lidelser (5, 6).

I overensstemmelse med deskriptive diagnostiske formuleringer vil man kunne beskrive personlighedsforstyrrelser som «karakteristiske, langvarige og gennemgribende

mønstre af uhensigtsmæssige måder at tænke, føle og handle på». Man kan som i DSM inddele personlighedsforstyrrelserne i tre grupper, baseret på fænomenologiske forskelle.

De ængstelige personlighedsforstyrrelser (evasiv (undvigende), dependent og tvangspræget) er grundlæggende kendetegnede ved utilstrækkelighedsfølelse og ængstelighed. I DSM's fjerde udgave har man desuden, på forsøgsbasis, beskrevet dels den depressive og den passivt aggressive personlighedsforstyrrelse. Forstyrrelserne i den ængstelige kategori opfattes generelt som de letteste og kan forenes med en relativt god social tilpasning samt en god behandlingsprognose.

De dramatiske personlighedsforstyrrelser (borderline, histrionisk, narcissistisk og antisocial) spiller sig åbenlyst ud i det interpersonelle felt med et gennemgribende behov for anerkendelse og krav om umiddelbar behovstilfredsstillelse fra andre. Disse forstyrrelser kan være ganske alvorlige og medføre nogen grad af invalidering. Der er dog en tendens til at de mest voldsomme impulsprægede karakteristika svinder med alderen og at langvarig psykoterapi har effekt (hvilket nok ikke gælder det antisociale mønster).

De sære personlighedsforstyrrelser (paranoid, skizoid og skizotypal) er kendetegnede ved social tilbagetrækning og optagethed af en indre forestillingsverden. Disse forstyrrelser anses for at være de sværeste og er oftest forbundet med en klart nedsat evne til at tilpasse sig samfundets krav og normer.

Personlighedsforstyrrelser blandt spiseforstyrrede patienter

Når der i artiklen omtales «spiseforstyrrede patienter», drejer det sig om patienter, der

! Hovedbudskap

- Patienter med spiseforstyrrelse og komorbid personlighedsforstyrrelse udgør en væsentlig undergruppe blandt spiseforstyrrede
- En grundig og standardiseret udredning af personlighedsforstyrrelse muliggør en bedre tilpasning af behandlingen
- Spiseforstyrrelsesbehandling bør omfatte flere elementer og trin i intensitet, hvor eksempelvis personlighedsforstyrrede patienter kan tilbydes intensiv specialiseret behandling

opfylder diagnostiske kriterier for enten anoreksi, bulimi eller en atypisk form af disse. Kun i begrundede tilfælde skelnes i artiklen mellem de forskellige typer spiseforstyrrelser.

Personlighedsforstyrrelser er almindelige blandt forskellige grupper af psykiatriske patienter og spiseforstyrrede er ingen undtagelse. I en behandlingsenhed af en vis specialiseringsgrad og med et fast geografisk optageområde, vil omkring en tredjedel opfylde kriterierne for personlighedspatologi, når det gælder de ambulante (polikliniske) patienter (7, 8). Blandt patienter i mere intensive behandlingsformer vil andelen være væsentligt højere (9, 10).

Der er en vis sammenhæng mellem de forskellige typer personlighedsforstyrrelser og de forskellige spiseforstyrrelsessymptomer. Således er de dramatiske personlighedsforstyrrelser almindeligst blandt spiseforstyrrede, der overspiser og/eller anvender udrensende metoder. Det gælder både anorektikere, bulimikere og patienter med atypiske former. Tvangspræget personlighedsforstyrrelse synes til gengæld hyppigst forekommende blandt restriktive anorektikere (vægtreduktion uden opkast). I øvrigt synes spiseforstyrrede under ét især at lide af ængstelige personlighedsforstyrrelser, mens de sære personlighedsforstyrrelser er sjældne blandt spiseforstyrrede. Denne konklusion baserer sig på en gennemgang af publicerede undersøgelser af forekomsten af personlighedsforstyrrelser i spiseforstyrrede populationer, hvoraf femten har benyttet et struktureret interview til vurdering af personlighedspatologi samt har oplyst om fordelingen på de tre personlighedsdiagnostiske grupper (7–9, 11–22). Populationstype (fx behandlingsregi og fordeling på diagnostiske kategorier) og metodik (fx hvordan man træner interviewere og om interratereabiliteten undersøges) kan variere en del og muligvis gives et bedre grundlag for konklusion ved en systematisk vægtning af undersøgelserne efter metodologisk styrke (23, 24).

Sammenligner man spiseforstyrrede med og uden personlighedspatologi er der visse forskelle. Med hensyn til selve spiseforstyrrelsessymptomerne synes især de psykologiske symptomer (fx optagethed af og utilfredshed med figur og vægt) tillige med generel psykisk symptomatologi (som målt med Symptom Check List (SCL-90)) mere udtalte hos de personlighedsforstyrrede (11, 22, 25, 26). En anden forskel er, at de personlighedsforstyrrede oftere har andre psykiske lidelser (fx angst- eller depressionstilstande (7, 15, 27, 26) ligesom de er mere selvskadende (også hvis man ser bort fra borderline diagnosen, der jo indeholder selvskadende adfærd som et kriterium) (7, 22).

Behandling

Det er en udbredt opfattelse, at personlighedsforstyrrede psykiatriske patienter er

vanskelige at behandle, og foreliggende forløbsundersøgelser er ikke altid så hjælpsomme i retning af at belyse denne antagelse. Ser man på undersøgelser, der bygger på data om patienters tilstand med givne intervaller, mangler der ofte en systematisk registrering af behandlingen ligesom man undertiden kun ser på symptomniveauet slutteligt og ikke på den *symptomnedgang*, der har været fra det initiale niveau. Faktisk kan personlighedsforstyrrede ofte have lige så god gavn af behandlingen som ikke personlighedsforstyrrede, men de har brug for en mere langvarig og undertiden mere intensiv indsats for at opnå en tilsvarende udgangssituation, fordi de er mere syge fra starten af (28, 29).

Erfaringer fra Center for Spiseforstyrrelser, Århus

Siden 1996 har Århus Amt tilbudt spiseforstyrrelsesbehandling ved et specialiseret center, der ud over at betjene Amtet, desuden skal fungere som videnscenter med blandt andet forskning og konsulentbistand til andre sygehusafdelinger i Jylland.

Der er løbende ca. 200 patienter i ambulant behandling og der er otte døgnpladser samt otte dagpladser. Behandlingen består i individuelle, familie- og gruppeterapeutiske forløb. Dag- og døgnbehandling samt bulimibehandling er i vid udstrækning gruppebaseret, mens ambulante patienter med anoreksi indledningsvist modtager et individuelt forløb. Inddragelse af familien varierer fra råd og vejledning til familierapi.

Centrets behandlingstilbud er baseret på en integration af kognitive og forskellige psykodynamiske herunder gruppeanalytiske elementer, som varierer i sammensætning efter alder og diagnose, fx er kognitiv adfærdsterapi elementerne mere fremtrædende i bulimibehandlingen, hvor der også anvendes selvhjælpsmanual. Medicinsk behandling bruges ligeledes i en vis udstrækning i spiseforstyrrelsesbehandlingen i form af højdosis behandling med selektive serotonin-genoptagelses-hæmmere, der er vist i en kortere periode at kunne modvirke spisetrangen hos bulimikere (30).

Individuel kostvejledning ved klinisk diætist samt fast vejning er centrale dele af behandlingen for samtlige patienter, ud fra en overbevisning om, at normalisering af vægt og spisning må gå hånd i hånd med indsigten i og arbejdet med psykologiske problemstillinger.

Der er indtil videre opgjort behandlingsresultater for de første 2 1/2 år af Centrets levetid, der bl.a. viser at totalt set 49% af patienterne i denne periode var blevet raske og at kun én patient havde fuldt tilbagefald i opfølgingsperioden. Helbredelsesprocenten er stort set sammenlignelig med andre behandlingssteders, men tilbagefaldsraten er væsentligt lavere (L. Clausen, personlig meddelelse).

Omtrent samtidig med Centrets start, påbegyndtes et ph.d.-projekt (ved artiklens forfat-

ter) om personlighedsforstyrrelser blandt Centrets patienter, og i den forbindelse blev personlighedsdiagnostik indført rutinemæssigt ved forundersøgelsen. Alle patienter over 16 år gennemgår SCID II interview (3) sammen med en psykolog, der også står for et baggrundinterview, sådan at oplysningerne kan sammenholdes. SCID II bruges på den måde, at patienterne før forundersøgelsen udfylder en spørgeskemaversion – SCID II Q – (31), hvorefter interviewet tager udgangspunkt i denne besvarelse. Denne fremgangsmåde mindsker tidsforbruget væsentligt. I SCID II undersøges alle DSM IV personlighedsforstyrrelserne, men det er erfaringen, at interviewet, ud over at danne grundlag for at stille diagnoser, også skaber et godt billede af patientens funktion på en lang række områder. Desuden får man som kliniker også spurgt til andre forhold end dem, der umiddelbart falder i øjnene.

Hos spiseforstyrrede, som hos andre patienter, kan det nogle gange være vanskeligt at vurdere personlighedspatologien i de akutte faser af symptomlidelser. Det kunne fx dreje sig om vanskeligheder med at afklare om affektibilitet kun hænger sammen med overspisningsepisoder (32). Det er i disse tilfælde vigtigt at notere sig, på hvilke punkter spiseforstyrrelsen synes at spille ind og hvilke hypoteser, dette kan give anledning til at søge afklaret i den videre kontakt med patienten. På den måde opnår man mere fleksibilitet i vurderingen frem for den skarpe og kategoriske opdeling, der er lagt op til med adskillelsen mellem akse I og II.

SCID II er bygget op med nogle åbne indledende spørgsmål for eksempel «beskriv dig selv som person», «hvordan vil andre beskrive dig?», «gør du noget andre kan finde irriterende?» og «hvis du kunne ændre dig hvordan ville du så være anderledes?». Derefter følger spørgsmål, der belyser kriterier for de ængstelige personlighedsforstyrrelser, derpå de sære og til sidst de dramatiske. Denne opbygning er anderledes end det er tilfældet i fx IPDE, hvor man ikke spørger til adfærd diagnosevis men i stedet undersøger forskellige områder af tilværelsen (selvopfattelse, forhold til andre, funktion på arbejde mv.). Der er fordele og ulemper ved begge metoder. Ulempen ved SCID II er risikoen for den såkaldte glorieffekt, der består i, at man, som bedømmer, er mere tilbøjelig til at vurdere kriterier som opfyldte, når andre indenfor samme kategori er opfyldte. Fordelen er overskuelighed og særlig opmærksomhed på grænsetilfælde.

Fordelen ved i det hele taget at anvende en struktureret og bedømmerbaseret metode til diagnosticering er, at man får undersøgt mindre iøjnefaldende træk ved patientens personligheds-mæssige funktion og dermed opnår et mere nuanceret billede end det kan være tilfældet ved et klinisk indtryk. En anden fordel er en større sikkerhed for at kriterier faktisk opfyldes. Ulempen er tidsforbru-

get, hvilket dog må ses i forhold til, at man får mange andre relevante oplysninger om patienten. Ved Center for Spiseforstyrrelser i Århus suppleres den SCID II baserede personlighedsdiagnostik altid med en klinisk vurdering, der især er væsentlig når flere diagnoser opfyldes. Det er da behandlingsmæssigt meningsfuldt at gøre sig klart, hvilken der synes mest fremtrædende og plagsom for patienten eller evt. pårørende. Som nævnt er det også væsentligt, at man, ved usikkerhed mht. om en diagnose opfyldes, indhenter yderligere oplysninger om patienten fx ved at revurdere efter et længerevarende kendskab til hende.

Ca. to uger efter forundersøgelsen kommer patienten (og evt. hendes familie) til en tilbagemelding, hvor der redegøres for resultaterne af forundersøgelsen og det behandlingstilbud, der kan gives. Det er erfaringen, at patienterne finder personlighedsdiagnoserne meningsfulde, og at de oplever en bedre indsigt i, hvad arbejdet i terapien vil kræve.

Kliniske implikationer

Når det er vigtigt med en viden om patienters personlighedspatologi skyldes det dels at denne viden kan bidrage til vores forståelse af begge lidelsers patogenetiske forhold og dels at spiseforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse må antages at interagere på måder, der har behandlingsmæssige konsekvenser. Der skal gives to eksempler på, hvordan personlighedspatologi og spiseforstyrrelse kan spille sammen og på, hvorledes behandlingen konkret ville tilrettelægges i henhold hertil ved Center for Spiseforstyrrelser i Århus. Der henvises i øvrigt til Dennis & Sansones kapitel om behandling af spiseforstyrrede med personlighedspatologi (30).

Et tænkt, men ofte set eksempel, kunne være en ung kvinde med bulimi og en evasiv (undvigende) personlighedsforstyrrelse. Denne kvinde er optaget af, hvad andre tænker om hende og grunder i det uendelige over pinlige og uheldige ting hun forestiller sig at have sagt eller gjort. Hun er overbevist om, at hun er andre underlegen og at andre sandsynligvis ikke vil kunne lide hende, hvorfor hun aldrig tager socialt initiativ. Hun forestiller sig, at hun vil være mere vellidt og vil turde mere, hvis hun taber sig. Så hun spiser for lidt, hvilket er en del af grunden til, at de bulimiske symptomer vedvarer. En anden grund er, at overspisningerne giver hende et frirum fra det pres, hun altid lægger på sig selv for at gøre og sige det rigtige, ligesom de kan udløses af de følelser af aggressivitet, som hun aldrig tør vise åbenlyst og knapt erkende for sig selv.

Hun vil evt. have ventet et stykke tid før hun henvender sig til sin læge for at få hjælp, da hun ikke vil ligge andre til last og ikke oplever at fortjene eller være syg nok til at få hjælp. Det er væsentligt i første omgang at gøre hende hendes behandlingsbehov klart, hvilket ville være en opgave for privatprak-

tiserende læge i forbindelse med henvisning til behandling.

Behandlingen ville, til forskel fra den rutinemæssige bulimibehandling, der består i et integreret korttidsforløb i en gruppe med otte patienter, sandsynligvis stadig indeholde dette tilbud, men det ville blive forudgået af et individuelt forløb med henblik på at forberede patienten til gruppeterapien. Dette særligt med hensyn til hendes ængstelse for at komme i en gruppe og fortælle om sig selv, hvilket er omtrent det værste, hun kan forestille sig, og hvilket, uden forberedelse, måske ville betyde, at hun aldrig kom til behandlingen. Ligeledes kan en sådan patient ofte have brug for et andet længerevarende gruppeforløb efterfølgende, hvor der lægges mere vægt på interpersonelle relationer og på at forstå spiseforstyrrelsens rolle i forhold til disse.

Et andet eksempel, som ej heller er ualmindeligt, kunne være en ung kvinde, der med sin lave vægt og fraværende menstruation opfylder anoreksidiagnosen og i tillæg har megen bulimisk adfærd i form af hypopige overspisninger og udrensninger. Desuden opfylder hun kriterierne for borderline personlighedsforstyrrelse.

Der er for hende meget kort vej fra tanke eller følelse til handling og såvel den indre tilstand som det, hun viser ud af til og indtager sine medmennesker i, er voldsomme stemningsudsving, der ofte er udløst af andres minimale forseelser eller måske kommer uden synlig grund. Hun kan ofte forsøge at tøjle sit følelsesmæssige kaos ved at gøre skade på sig selv, idet den konkrete fysiske smerte overdøver den diffuse psykiske og er nemmere at forholde sig til.

Hun oplever også en stor usikkerhed mht. sin egen identitet, grundlæggende værdier og hvordan hun skal opføre sig sammen med andre. Hun oplever, at den lave vægt og det at have anoreksi i nogen grad råder bod på usikkerheden, og vil derfor ikke spise nok til at tage på. Som i det første eksempel er dette noget af grunden til opretholdelsen af spiseforstyrrelsen, men der er også tale om, at de bulimiske symptomer kan have en klar affektregulerende funktion på linie med den selvskadende adfærd.

Når denne patient kommer i kontakt med sin læge kan det være under ret akutte omstændigheder. Det kan være pårørende, der presser på for at få (endnu) et behandlingstilbud, da situationen er blevet uholdbar med spiseforstyrrelsessymptomer og selvskadende handlinger.

Det er vigtigt, at privatpraktiserende læge er opmærksom på komorbiditeten og sørger for at henvisne til relevant behandling af spiseforstyrrelsen, evt. indledningsvist under indlæggelse. Denne patient kan have brug for flere på hinanden følgende behandlingsforløb af forskellig intensitet, da hun må have erfaringer med, hvorledes hun kan leve uden spiseforstyrrelsen, før hun kan slippe ønsket om lav vægt og før hun gen-

nem psykoterapi vinder evnen til at reflektere over og undersøge sine reaktioner, før hun handler på dem.

I begge tilfælde er det vigtigt at fokusere på spiseforstyrrelsessymptomerne som noget primært i behandlingen, da mange selvforstærkende mekanismer er tilstede både i forhold til selve spiseforstyrrelsen (utilstrækkelig ernæring fører til spisetrang) og i samspillet mellem spiseforstyrrelsen og personlighedsforstyrrelsen. Sidstnævnte først og fremmest i kraft af, at spiseforstyrrelsen i en vis forstand fungerer som et forsvar, der forhindrer patienten i at udvikle sig personligheds-mæssigt.

Opsamling

Der er en betydelig undergruppe af patienter med en spiseforstyrrelse, der også opfylder kriterierne for en personlighedsforstyrrelse. I den indledende kontakt med patienten er det vigtigt med en grundig og struktureret udredning, der også omfatter personlighedspatologi. Dette kan være behæftet med nogen usikkerhed, hvilket dog i vid udstrækning kan imødegås.

Fremgangsmåden betyder både, at man fra starten bedre kan tilrettelægge behandlingen, og at patienten kan opnå en større indsigt i egne vanskeligheder. Det er væsentligt at identificere disse patienter, da de ofte vil have særlige behandlingsbehov.

Det ligger også heri, at behandlingen af denne gruppe mest succesfuldt varetages ved specialiserede behandlingssteder, hvor der er mulighed for at tilpasse behandlingen individuelt og også tilbyde den enkelte hjælp på flere forskellige niveauer af støtteintensitet, efterhånden som hun bevæger sig ud af spiseforstyrrelsen. Mange lettere tilfælde af spiseforstyrrelser kan behandles af privatpraktiserende læger, men tilstedeværelsen af en komorbid personlighedsforstyrrelse er alt andet lige en forværende omstændighed, der oftest vil betyde at specialiseret behandling, hvori også psykoterapi indgår vil være påkrævet (29).

Opgaven i primærsektoren vil især bestå i at være opmærksom på spiseforstyrrelsen og på henvisning til relevant behandling.

Litteratur

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. udg. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
2. The ICD 10 Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: WHO, 1992.
3. First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al. Structured clinical interview for DSM IV axis II. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1998.
4. Loranger AW, Janca A, Santorius N. Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD 10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
5. Widiger TA. Validation strategies for the personality disorders. J Personal Disord 1993; (Spring suppl): 34–43.
6. Clark LA, Livesley WJ, Morey L. Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. J Personal Disord 1997; 11: 205–31.

>>>

7. Herzog DB, Keller MB, Lavery PW et al. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 147–52.
8. Godt K. Personality disorders and eating disorders: the prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2002; 10: 102–9.
9. Steiger H, Thibaudeau J, Ghadirian AM et al. Psychopathological features in bulimics as a function of axis II comorbidity: isolation of mood-independent differences. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 383–95.
10. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE et al. Comorbidity of DSM III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 403–16.
11. Gartner AF, Marcus RN, Halmi KA et al. DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1585–91.
12. Wonderlich SA, Swift WJ, Slotnick HB et al. DSM III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *Int J Eat Disord* 1990; 9: 607–16.
13. Zanarini MC, Frankenburg FR, Pope HG et al. Axis II comorbidity of normal weight bulimia. *Comp Psychiatry* 1990; 31: 20–4.
14. Vaz Leal FJ, Salcedo Salcedo MS. Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios: un estudio controlado. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1993; 21: 168–87.
15. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859–67.
16. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relation to comorbid psychopathology in bulimic nervosa. *Int J Eat Disord* 1994; 16: 317–34.
17. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR et al. Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 593–8.
18. Gillberg IC, Råstam M, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: part I personality disorders. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 61–9.
19. Kennedy SH, Katz R, Rockert W et al. Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A comparison of self-report and structured interview methods. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 358–64.
20. Carroll JM, Touyz SW, Beumont PJ. Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 159–70.
21. Grilo CM, Levy KN, Becker DF et al. Comorbidity of DSM III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 426–9.
22. Matsunaga H, Kiriike N, Nataga T et al. Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 399–408.
23. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000; 5: 52–61.
24. Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4: 18–24.
25. Yager J, Landsverk J, Edelstein CK et al. Screening for axis II personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics* 1989; 30: 255–62.
26. Ames-Frankel J, Devlin MJ, Walsh BT et al. Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 90–6.
27. Yates WR, Sieleni B, Reich J et al. Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1989; 50: 57–9.
28. Perry C. Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord* 1993; (Spring suppl): 63–85.
29. Sanislow CA, McGlashan TH. Treatment outcome of personality disorders. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 237–50.
30. First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al. Structured clinical interview for DSM IV axis II – Questionnaire. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1998.
31. Garner DM, Garfinkel PE, red. Handbook of treatment for eating disorders. 2. udg. New York: The Guilford Press, 1997.
32. Pope HG, Hudson JI. Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *Int J Eat Disord* 1989; 8: 1–9.