

Genindlæggelse af unge med anoreksi

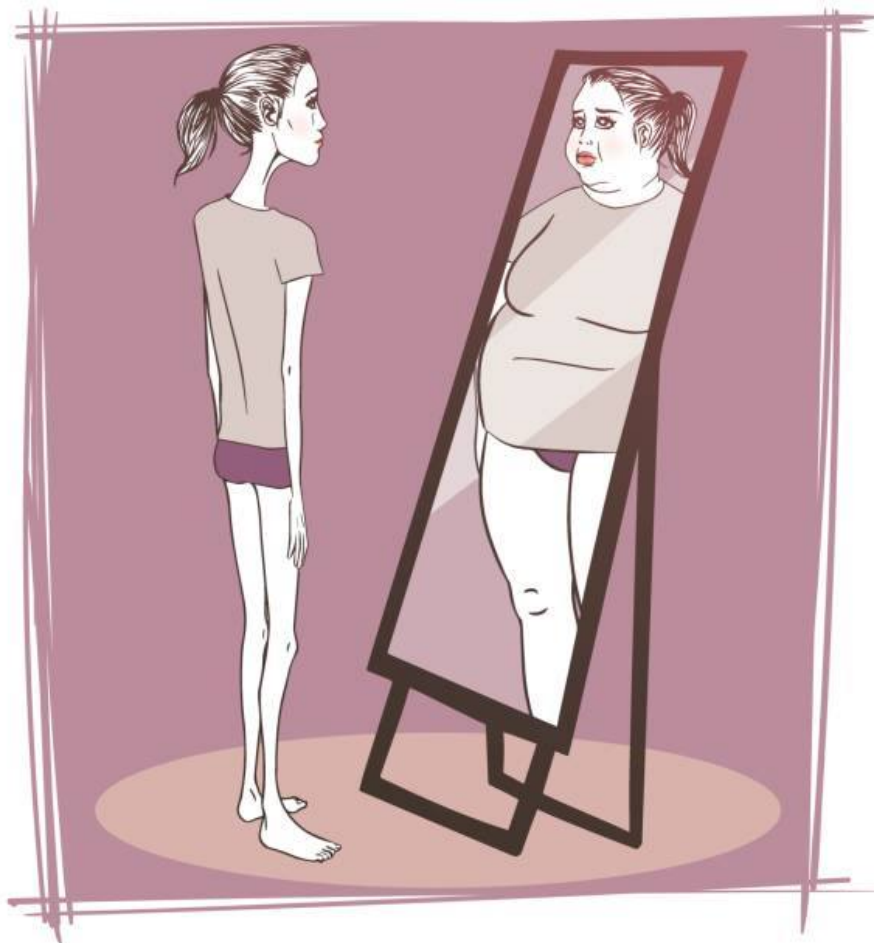
Et dansk registerstudie

Lisa Kaae Larsen
Sofie Schmidt Laursen

Studienummer: 20146033
Studienummer: 20146915

31.05.2019
Aalborg Universitet, Psykologi, 10. semester
Kandidatspeciale
Vejleder: Christina Mohr Jensen

Samlet antal tegn inkl. mellemrum og fodnoter: 240.184
Svarende til samlet antal normalsider: 93,41



Abstract

Aim: The present thesis seeks to investigate how many of the adolescents with anorexia nervosa that experience readmission after inpatient treatment. Moreover, it investigates whether selected variables can be seen as predictors of readmission.

Introduction: Anorexia nervosa is a serious mental illness with the highest incidence in adolescent girls. For some patients, the symptoms reach a level of severity that is life threatening or intolerable for the individual to live with. These cases require inpatient admission and/or readmission.

Background: A systematic review conducted by the authors of this thesis showed that there is little consensus on readmission rate among adolescents with anorexia. Some predictors for readmission have been found, but only few were confirmed present in more than one study. Additionally, no previous Danish or Scandinavian, research on these specific questions was found. The present thesis seeks to fill the gap in literature.

Structure: The first part of the present thesis is a theoretical and empirical exposition. The purpose of this part is to account for the current understanding of anorexia. It seeks to account for the prevalence, symptoms and psychological characteristics of anorexia based on the diathesis stress model and Alan Carr's (2006) contextual approach. Furthermore, the different psychotherapeutic treatments for adolescent anorexia that are recommended in the Danish National Clinical Guidelines and NICE Guidelines are accounted for both theoretically and empirically. Following this, the psychiatric frame of treatment is explained.

After the theoretical and empirical exposition of anorexia and the applied treatments the method of the study is accounted for. First in the broad context of epidemiological research, and then narrowed down to the specific method of this study. Then, the results are presented followed by a discussion on the findings, which attempts to answer the research questions. Finally, the conclusion sums up the thesis.

Method: The thesis takes form as a prospective register-based study. Data is extracted from The Danish National Patient Registry, and The Danish National Prescription Registry. Descriptive analysis is carried out and put into tables. A t-test is used to test differences between those who are readmitted and those who are not based on age. Chi-square tests are then conducted to test if any of the chosen variables can be found to be a predictor of readmission. The time frame in which the admissions took place was from 1.1.2008 until 31.12.2012, and the readmission count ends 31.12.2013.

Results: It is found that 32,1% of the 461 adolescents are readmitted to inpatient care within a year. There are 416 (90,2%) girls and 45 (9,8%) boys, and the mean age for the first admission is 15,6 (SD 1,8). There is no significant difference in age between those who are readmitted and those who are not. Neither are there any differences in any of the other variables.

Conclusion: The main finding of the present study is the number of readmissions. There are no significant differences between the variables to explain the readmission rate. The thesis will therefore discuss what other factors could have shown a significant difference.

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	1
1.1	VALG AF PROBLEMFELT	1
1.2	FORSKNINGSSPØRGSMÅL	3
2	ANOREKSI	4
2.1	DIAGNOSEKRITERIER	5
2.1.1	ICD-10	5
2.1.2	DSM-5	6
2.2	INCIDENS OG PRÆVALENS	7
2.3	PROGNOSE	8
2.4	KOMORBIDITET	9
2.5	DIFFERENTIALDIAGNOSTIK	11
3	SÅRBARHEDS-STRESS-MODELLEN	13
3.1	DISPONERENDE FAKTORER	14
3.1.1	GENETIK SOM DISPONERENDE FAKTOR	14
3.1.2	FAMILIEFORHOLD SOM DISPONERENDE FAKTOR	15
3.1.2.1	Tilknytning og mentalisering som forklaring til problematiske familieforhold	16
3.1.3	PSYKOLOGISKE FORHOLD SOM DISPONERENDE FAKTOR	18
3.1.3.1	Forstyrret kropsofattelse	18
3.1.3.2	Perfektionisme	19
3.1.3.3	Autismespektrumforstyrrelse	20
3.1.3.4	Selvværd	20
3.1.3.5	Kontrol	21
3.1.4	KULTUR SOM DISPONERENDE FAKTOR	21
3.2	UDLØSENDE FAKTORER	22
3.3	VEDLIGEHOVDENDE FAKTORER	23
3.3.1	KONTROL SOM VEDLIGEHOVDENDE FAKTOR	24
3.3.2	FAMILIEFORHOLD SOM VEDLIGEHOVDENDE FAKTOR	24
3.3.3	MENTALISERINGSEVNE SOM VEDLIGEHOVDENDE FAKTOR	25
3.3.4	KOGNITIVE FUNKTIONER OG HJERNENS PÅVIRKNING SOM VEDLIGEHOVDENDE FAKTOR	26
3.3.5	SELVVÆRD SOM VEDLIGEHOVDENDE FAKTOR	27
3.3.6	KULTUR OG SKØNHEDSIDEALER SOM VEDLIGEHOVDENDE FAKTOR	27
4	PSYKIATRISK BEHANDLING	29
4.1	DAG- OG DØGNBEHANDLING	29
4.2	INDLÆGGELSE OG GENINDLÆGGELSE I PSYKIATRIEN	31
4.2.1	PSYKOLOGISKE KONSEKVENSER VED EN PSYKIATRISK INDLÆGGELSE	32
5	BEHANDLING AF ANOREKSI	35

5.1	DEN TVÆRFAGLIGE INDSATS	35
5.2	FAMILIETERAPI	37
5.3	ADOLESCENT FOKUSERET TERAPE	40
5.4	KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI	42
6	OPSUMMERING AF SYSTEMATISK REVIEW	45
6.1	HVAD BLEV UNDERSØGT?	45
6.2	HVORDAN BLEV DET UNDERSØGT?	46
6.3	HVAD FANDT STUDIET?	47
6.4	REFLEKSIONER OVER RESULTATERNE	48
7	SAMMENFATTENDE DELKONKLUSION AF TEORIEN	49
8	ETIK	52
9	METODE	53
9.1	EPIDEMIOLOGI	53
9.2	KOHORTEN	54
9.3	REGISTRENE	55
9.3.1	LANDSPATIENTREGISTERET OG DET PSYKIATRISKE CENTRALREGISTER	55
9.3.2	LÆGEMIDDELSTATISTIKREGISTERET	57
9.4	OPBYGNING AF REGISTERSTUDIET	57
9.5	UNDERSØGELSESVARIABLE	58
9.5.1	ALDER	59
9.5.2	GEOGRAFI	59
9.5.3	KOMORBIDE LIDELSER	59
9.5.4	MEDICIN	60
9.5.5	FORÆLDRENE'S INDKOMST	60
9.5.6	FORÆLDRE'S DIAGNOSER OP TIL INDLÆGGELSE	61
9.5.7	INDLÆGGELSE OG GENINDLÆGGELSE	61
9.6	STATISTISKE ANALYSEMETODER	61
9.6.1	T-TEST	62
9.6.2	CHI I ANDEN-TEST (X ² TEST)	63
10	RESULTATER	64
10.1	DESKRIPTIVE RESULTATER	64
10.2	INFERENTIELLE RESULTATER	67
10.3	SAMMENFATTENDE DELKONKLUSION AF RESULTATERNE	69
11	DISKUSSION AF GENINDLÆGGELSESPROCENTEN	71
11.1	GENINDLÆGGELSESPROCENTER FUNDET I LITTERATUREN	71
11.1.1	SAMMENLIGNING AF GENINDLÆGGELSESPROCENT MED ET SYSTEMATISK LITTERATURREVIEW	71
11.1.1.1	Samplestørrelsens betydning for forskelle i genindlæggelsesprocenten	72
11.1.2	BEHANDLINGEN AF ANOREKSI SOM FORKLARING PÅ GENINDLÆGGELSESPROCENTEN	74
11.1.2.1	Behandling	74

11.1.2.2	Indlæggelse og vægtøgning	76
11.1.3	DEN KULTURELLE FORSTÅELSE AF BEHANDLINGEN	78
12	DISKUSSION AF ANDRE MULIGE PRÆDIKTORER FOR GENINDLÆGGELSE	80
12.1	INTRAPSYKISKE FAKTORER	81
12.1.1	PERFEKTIONISME	81
12.1.1.1	Diskussion af perfektionisme som prædiktor for genindlæggelse	82
12.1.1.2	Hvordan kan perfektionisme som prædiktor for genindlæggelse undersøges?	83
12.1.2	SELVVÆRD	84
12.1.2.1	Diskussion af selvværd som prædiktor for genindlæggelse	85
12.1.2.2	Hvordan kan selvværd som prædiktor for genindlæggelse undersøges?	86
12.1.3	MENTALISERING	86
12.1.3.1	Diskussion af mentalisering som prædiktor for genindlæggelse	87
12.1.4	KOGNITIVE FUNKTIONER OG KONTROL	89
12.1.4.1	Kognitive funktioner	90
12.1.4.1.1	Diskussion af kognitive funktioner som prædiktor for genindlæggelse	90
12.1.4.1.2	Hvordan kan kognitive funktioner som prædiktor for genindlæggelse undersøges?	91
12.1.4.2	Rigiditet og fleksibilitet	91
12.1.4.2.1	Diskussion af rigiditet som prædiktor for genindlæggelse	92
12.1.4.2.2	Hvordan kan rigiditet som prædiktor for genindlæggelse undersøges?	92
12.1.4.3	Kontrol	93
12.1.5	PSYKOMETRISKE INSTRUMENTER TIL MÅLING AF SPISEFORSTYRRELSESSYMTOMER	94
12.1.5.1	EAT- og EDI-scoren som prædiktor for genindlæggelse	95
12.2	RELATIONELLE OG MILJØMÆSSIGE FAKTORER	96
12.2.1	FAMILIEFORHOLD	97
12.2.1.1	Diskussion af familieforhold som prædiktor for genindlæggelse	98
12.2.2	SOCIALE MEDIER	101
12.2.2.1	Diskussion af sociale medier som prædiktor for genindlæggelse	101
12.2.2.2	Hvordan kan sociale medier som prædiktor for genindlæggelse det undersøges?	102
13	DISKUSSION AF STUDIETS STYRKER OG BEGRÆNSNINGER	103
14	SAMMENFATTENDE DELKONKLUSION AF DISKUSSIONEN	104
15	KONKLUSION	106
	REFERENCELISTE	

1 Indledning

1.1 Valg af problemfelt

Nærværende registerstudie beror på en grundlæggende interesse for det børne- og ungdomspsykiatriske område, samt et ønske om at fremme børn og unges mentale sundhed. Psykiatrien har i de seneste år oplevet forskellige politiske tiltag og økonomisk prioritering med den hensigt at øge kvaliteten af behandlingen (Danske Regioner, 2016; Ljungmann & Engelbrecht, 2018). Der er samtidig sket en eksplosiv stigning i antallet af børn og unge, som søger psykiatrisk behandling. I 2016 var der 62,6% flere børn og unge, som modtog psykiatrisk behandling end der var i 2009 (Ljungmann & Engelbrecht, 2018). Denne stigning i antallet af patienter kan være en årsag til, at den økonomiske udvikling ikke har kunne følge med det aktuelle behov for psykiatrisk behandling. Selvom de samlede udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien er vokset med 20,9% fra 2009 til 2016, har psykiatrien i dag har færre penge pr. patient end de har haft før (ibid.). Dette har medført et voldsomt pres på psykiatrien, hvor økonomisk prioritering og fordeling af ressourcer får stor betydning for den behandling, der tilbydes (Danske Regioner, 2016).

Desuden ses der en disharmoni mellem antallet af børn og unge som søger psykiatrisk behandling og antallet af normerede sengepladser på de psykiatriske sengeafsnit (Lindhardt, 2015). Man kan formode, at behovet for psykiatrisk døgnindlæggelse er vokset i takt med, at antallet af patienter er steget, hvorfor det vil være forventeligt at antallet af sengepladser ligeledes ville vokse. Alligevel har antallet af normerede sengepladser inden for børne- og ungdomspsykiatrien været stabile (Danske regioner, p. 43), og varigheden af indlæggelserne pr. patient – og dermed antallet af senge dage – er på landsplan faldet fra 66,1 dage i 2010 til 51,6 dage i 2016 (Sundhedsdatastyrelsen, 2017a, p. 14). Det ses dog, at der i alle landets regioner er forbeholdt nogle specifikke sengepladser til patienter med spiseforstyrrelser. En formodning kan være, at personalet på sengeafsnittet er nødt til at udskrive de bedste af de dårligste, for at få plads til de dårligste af de dårligste. Da der er mange flere patienter, til det samme antal sengepladser, formoder vi, at det er årsagen til de kortere indlæggelser,

der ses i dag. Med dette kan det tænkes, at patienterne risikerer at blive udskrevet før de er klar, og derved vil de muligvis ende med at blive indlagt igen.

Et andet interesseområde for nærværende forskningsprojekt er den psykiatriske lidelse *anorexia nervosa*, som fremover i opgaven vil blive omtalt anoreksi. Interessen for denne lidelse er opstået, da lidelsen er meget alvorlig og kompleks og kan påvirke både den fysiske, psykiske og sociale udvikling hos individet (Sundhedsstyrelsen, 2016). Ifølge Hertz (2001) er anoreksi den mest almindelige lidelse efter overvægt og astma blandt teenagepiger, mens det ligeledes er den tredjehyppigste dødsårsag for samme segment efter ulykker og kræft. Dermed er anoreksi den mest dødelige psykiatriske sygdom (Hertz, 2001; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2011; Valbak, 2015). Disse tal er med til at bekræfte kompleksiteten og vigtigheden i at behandle denne lidelse korrekt og i tide, for at undgå udviklingsmæssige risici, forværring af spiseforstyrrelsessymptomerne og livstruende situationer. Dog oplever mange personer med anoreksi en stor ambivalens og lav motivation i behandlingen, hvilket kan gøre lidelsen vanskelig at behandle (Sundhedsstyrelsen, 2016). Endvidere viser forskning, at en høj genindlæggelsesprocent ofte ses hos denne patientgruppe, hvor mellem 30-50% oplever at blive genindlagt inden for det første år efter udskrivelse (Avnon et al., 2017; Castro, Gila, Puig, Rodriguez, & Toro, 2004; Föcker et al., 2015; Nova et al., 2004). Derfor ville det være væsentligt og relevant at undersøge, hvad disse tilbagefald og genindlæggelser skyldes.

Ydermere udspringer interessen for nærværende registerstudie af et systematisk litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende speciale (Larsen & Laursen, 2018). Omtalte systematiske litteraturreview finder varierende genindlæggelsesrater blandt unge med anoreksi i den internationale litteratur, samt forskellige prædiktorer herfor. Et vigtigt fund var desuden, at der ikke blev fundet noget dansk eller skandinavisk studie, der opfyldte litteraturreviewets inklusionskriterier, hvorfor dette ville være relevant at få afdækket genindlæggelsesraten og prædiktorer (ibid.).

Bevæggrunden for valg af problemfelt er en grundlæggende undren over manglende viden omkring bedste behandling af anoreksi – både på dansk og international plan. Desuden bygger den på en undren over, hvorfor det ses, at så mange patienter med anoreksi enten får tilbagefald, bliver genindlagt eller i værste tilfælde dør af lidelsen.

Ligeledes er det interessant, om den udvikling den aktuelle psykiatri oplever, kan være udslagsgivende for genindlæggelser blandt børn og unge med anoreksi.

1.2 Forskningsspørgsmål

Hvor ofte ses det, at unge med anoreksi genindlægges i psykiatrien på grund af samme lidelse? Og hvilke prædiktive faktorer kan være associeret med genindlæggelser blandt unge med anoreksi?

Formålet med forskningsspørgsmålet er, at undersøge mulige psykologiske og psykiatriske problematikker i forbindelse med behandling af unge med anoreksi. Desuden ønskes det at identificere, hvilke mulige prædiktive variable, der kan være centrale i forhold til en psykiatrisk genindlæggelse. Dette er et væsentligt problemfelt, da mere viden giver bedre muligheder for forebyggende indsatser og forbedringer i psykiatrisk regi.

2 Anoreksi

Nærværende afsnit har til formål at redegøre for, hvordan anoreksi diagnosticeres, hvor mange der har lidelsen, og hvem den rammer. Desuden vil komorbiditet og differentialdiagnostik blive beskrevet.

Det er først og fremmest vigtigt at forstå, hvordan vi diagnosticerer anoreksi. De der får diagnosen har dét til fælles, at de kriterier der er oplyst i diagnosesystemet, passer på dem. Undersøgelsens population er dannet på baggrund af diagnosekriterierne, hvorfor det at kende disse kriterier giver en bedre forståelse af, hvilke udfordringer individerne står overfor. I afsnittet beskrives henholdsvis diagnosekriterierne fra ICD-10 og DSM-5, hvilket er med til at tydeliggøre forskellen mellem de to diagnosesystemer.

Ydermere søger vi at beskrive, hvor mange og hvem der får anoreksi. Det gør vi ved at dykke ned i incidens og prævalens af anoreksi, som blandt andet vedrører kønsforskelle, aldersforskelle og udbredelse. Efterfølgende redegøres der for prognostik, herunder kronicitet og dødelighed, da anoreksi er en lidelse som kræver langvarig behandling, og som har en høj dødelighed. Det er relevant at vide, hvor mange der oplever, at lidelsen bliver kronisk eller dødelig, samt hvor mange der bliver raske, da undersøgelsen beskæftiger sig med genindlæggelse. Genindlæggelse er ensbetydende med, at patienten ikke forbliver rask efter første indlæggelse, og derfor kan den undersøgelsens population rumme nogle af de individer, der udvikler kronisk eller dødelig anoreksi.

Desuden bliver komorbiditet redegjort for. Komorbiditet ses ofte hos patienter med anoreksi, hvorfor afsnittet beskriver hvilke lidelser, der oftest ses samtidig med anoreksien. Senere vil komorbiditet blive undersøgt i sammenhæng med genindlæggelser (se afsnit 10.2 *Inferentielle resultater*), hvorfor det er relevant at beskrive disse først. Differentialdiagnostik bliver ligeledes redegjort for, hvor overlap i det psykologiske udtryk af forskellige lidelser vil blive beskrevet. Her undersøges det, hvilke psykiatriske diagnoser, som har nogle psykologiske overlap med anoreksi, og hvad dette kan betyde for udredningen og behandlingen af lidelserne. Årsagen herfor er, at

der kan være patienter i populationen, som kunne have været tildelt en anden diagnose, på baggrund af deres symptomer. Ved at beskrive differentialdiagnostik beskriver vi derfor nogle af de udfordringer, der ses sammen med anoreksi, og dermed kan behandlingen specificeres til de enkelte problematikker.

2.1 Diagnosekriterier

Der anvendes to forskellige diagnosesystemer til at diagnosticere anoreksi. Det ene kaldes *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* og anvendes aktuelt i version 10. Det andet kaldes *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* og anvendes i version 5. I Danmark bliver ICD-10 brugt til at diagnosticere klinisk, mens DSM-5 er det mest anvendte i forskningssammenhæng og til diagnosticering i USA (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 9). Begge diagnose-systemer bliver beskrevet i følgende afsnit, da nærværende registerstudie beskæftiger sig med unge som er diagnosticeret ud fra ICD-10 kriterierne, mens meget af den anvendte forskning i undersøgelsen tager udgangspunkt i diagnosekriterierne fra DSM-5. Ved at inddrage begge skabes en forståelse for både forskelle og ligheder mellem de to.

2.1.1 ICD-10

50.0 Nervøs spisevægring (Anorexia nervosa)

Denne tilstand er kendetegnet ved et tilsigtet vægttab, samt forvrænget legemsopfattelse. Frygt for fedme og overvægt optræder i overdreven grad, på trods af, at der ses underernæring af varierende grad (WHO, 2018, p. 125). Diagnosekriterierne er som følger:

- A. Vægttab, hos børn manglende vægtøgning, førende til legemsvægt på >15% under forventet normalvægt.
- B. Undgåelse af fedende føde
- C. Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme
- D. Endokrine forstyrrelser af hypothalamiske-hypofysæregionadale system med amenorrhea, svækket libido og potens.

E. Bulimi ikke til stede

50.1 Atypisk nervøs spisevægring (anorexia nervosa atypica)

Den atypiske tilstand er karakteriseret ved ikke at leve op til det fulde billede som anført under 50.0. Diagnosen kan altså gives, selvom der mangler et kernesymptom (WHO, 2018, p. 126).

2.1.2 DSM-5

I forskning og i USA anvendes DSM-5. Kernesymptomerne ligner dem i ICD-10, men med visse forskelle (APA, 2014, p. 229).

DSM-5 kriterier

- A. Restriktion af energiindtag – som fører til lav kropsvægt i forhold til alder, køn og vækstkurve og fysisk sundhed
- B. Intens frygt for at tage på i vægt og blive fed eller en vedholdende adfærd, som forhindrer vægtøgning, selvom ens vægt er signifikant lav
- C. Som minimum et af følgende: a) forstyrret opfattelse af krop og vægt; b) selvevaluering påvirkes i urimelig grad af negativt af vægt og figur; c) vedvarende manglende anerkendelse af faren ved den aktuelle lave vægt.

DSM-5's kriterier skelner mellem to subtyper af anoreksi (APA, 2014, p. 229). Dette åbner for en bredere forståelse af sygdommen, samtidig med at det beskriver to specifikke og forskellige mekanismer – som dog har ligheder. Den ene er den *restriktive type*, som er kendetegnet ved at der under den aktuelle episode ikke har været episoder med overspisning eller udrensning. Den *bulimiske type* er modsat kendetegnet ved netop at have overspist og/eller udrenset regelmæssigt i den aktuelle episode (ibid.). I DMS-5 kan graden af anoreksi desuden specificeres. For unge gøres dette ud fra BMI-percentiler (ibid., p. 230). Graderne opdeles i let, moderat, svær og meget svær. Ud over BMI kan andre kliniske symptomer, graden af funktionsnedsættelse og behovet for overvågning være med til at ændre på graden (ibid.). Der er i DSM-5 desuden beskrevet, hvad definitionen på delvis og fuld remission er (ibid.)

Noget af det, der kendetegner anoreksi, er det forstyrrede kropsbillede og forstyrret forhold til mad (Kearney-Cook & Tieger, 2015). Derfor er disse symptomer altid centrale i forståelsen af individets lidelse. I afsnit 3.1.3.1 *Forstyrret kropsopfattelse* udfoldes netop dette aspekt, mens det samtidig forsøges at beskrive, at dette langt fra er den eneste årsag til lidelse for personer med anoreksi.

2.2 Incidens og prævalens

Incidensraten viser, hvor mange nye tilfælde af anoreksi, der diagnosticeres inden for en periode på ét år (Sundhedsdatastyrelsen, 2017b, p. 10). Prævalens angiver forekomsten af en bestemt diagnose i baggrundsbefolkningen og kan inddeles i forskellige typer (ibid.). Livstidsprævalens er en type af prævalens, som angiver forekomsten af en sygdom over en levealder (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). I dette afsnit vil incidens og livstidsprævalensen blive redegjort for. Det er for nærværende undersøgelse væsentlig at forholde sig til incidensen og prævalensen for den undersøgte kohorte, da dette registerstudie tager udgangspunkt i epidemiologisk forskning, som blandt andet undersøger sygdommens forekomst og fordeling i en udvalgt population (se afsnit 9.1 *Epidemiologi*).

Da anoreksi er en psykiatrisk lidelse med en markant forskel mellem kønnene i incidens og prævalens, er det ikke altid, at studierne inkluderer drenge og mænd i undersøgelserne. Der er typisk ca. 10-12 gange så mange kvinder end mænd, som får diagnosen anoreksi (Lunn, Rokkedal & Rosenbaum, 2010, p. 66). Alligevel er incidensen blandt mænd mere end fordoblet gennem tiden. I 1995 havde mændene i Danmark en incidensrate på 0,9 pr. 100.000 pr. år sammenlignet med 2,4 pr. 100.000 pr. år i 2010 (Steinhausen & Jensen, 2015). Flere faktorer kan være årsag til den store kønsforskel. Blandt andet medfører ovariernes hormonproduktion nogle kropslige ændringer hos unge kvinder, der ligesom amenorré ikke ses hos mænd (Culbert et al., 2011 ifl. Zerwas et al., 2015). Dette, samt andre psykologiske og samfundsrelaterede faktorer, kan medføre, at færre mandlige tilfælde bliver opfanget.

Et finsk tvillingestudie af Keski-Rahkonen et al. (2007) undersøgte livstidsprævalensen og incidensen hos personer med anoreksi. De fandt, at livstidsprævalensen for udvikling af anoreksi i baggrundsbefolkningen var 2,2%, samt at incidensen for kvinder i alderen 15-19 år var 270 pr. 100.000 pr. år (Keski-Rahkonen et al., 2007, p. 1261). Samstemmende med dette resultat fandt et litteraturreview, at prævalensen for anoreksi blandt europæiske kvinder var mellem 1-4% af baggrundsbefolkningen (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Et dansk registerstudie fandt desuden en øget incidensrate i perioden fra 1995-2010 (Steinhausen & Jensen, 2015). Resultaterne viser, at incidensen i tidsperioden er vokset fra 6,4 pr. 100.000 pr. år til 12,6 pr. 100.000 pr. år. Ligeledes blev det i 2010 set, at unge i alder 12-15 år, sammenlignet med andre aldersgrupper, havde den højeste incidensrate på 61,4 pr. 100.000 pr. år (ibid.).

Et kohortestudie fandt en sammenhæng mellem tidlig debut af anoreksi og en øget risiko for genindlæggelse ($p < 0,02$) (McKenzie & Joyce, 1992). Ligeledes fandt et studie af Steinhausen og Jensen (2015), at alder for første diagnose var faldet i perioden fra 1995-2010, hvor man i 1995 så den højeste incidens blandt 16-19-årige unge, mens det i 2010 var blandt unge i aldersgruppen 12-15 år. Det er dog vigtigt at være bevidste om, at man ikke skal forstå de rapporterede incidenser som den sande forekomst i befolkningen, da der altid vil være tilfælde, som ikke bliver opdaget (Lunn et al., 2010, p. 67).

På baggrund af ovenstående er den unge aldersgruppe særligt interessant og relevant at undersøge, da mange debuterer med anoreksi i teenageårene (Pagsberg & Wang, ifl. Valbak, 2015, p. 462; Skårderud, 2001, p. 74).

2.3 Prognose

Anoreksi er en alvorlig psykiatrisk lidelse, hvor de fleste personer gradvist vil blive helt eller delvist raske (Steinhausen, 2002). Alligevel kan anoreksi medføre nogle voldsomme komplikationer, hvor særligt kronicitet og dødelighed er de to mest fryg-

tede konsekvenser af lidelsen. Ifølge Hecht & Schousboe (2012) og Skårderud (2000) oplever 50-60% af patienter med anoreksi at blive raske. Den resterende andel vil enten i en mindre grad blive ved med at bekymre sig om mad og vægt, blive diagnosticeret med en anden psykiatrisk lidelse eller også vil sygdommen fortsætte i et mere kronisk forløb (Hecht & Schousboe, 2012, 25; Skårderud, 2000, p. 78). Tilsvarende undersøgte et systematisk litteraturreview af Steinhausen (2002) de prognostiske resultater hos personer med anoreksi igennem 119 inkluderede studier. Steinhausen (2002) fandt, at 46,9% af personer med anoreksi oplevede at blive helt raske, mens 33,5% oplevede symptommæssige forbedringer. Desuden blev sygdommen kronisk for 20,8% af de undersøgte personer i studiet. Ifølge studiet af Steinhausen (2002) oplevede under halvdelen af personer med anoreksi at blive raske, mens anoreksien hos hver femte blev kronisk (ibid.).

Undersøgelser peger på, at anoreksi er den psykiatriske lidelse med den højeste dødelighed som ligger på cirka 5% (Lock & La Via, 2015, p. 414; Skårderud, 2001, p. 79). Dødelighedsraten bekræftes i det førnævnte systematiske litteraturreview af Steinhausen (2002), hvor 5% af undersøgelsens population dør. Dødsårsagen er oftest selvmord, mens det ligeledes kan skyldes medicinske komplikationer grundet underernæring eller mere naturlige årsager (Steinhausen, 2002, p. 1285ff; Skårderud, 2001, p. 79).

2.4 Komorbiditet

Komorvide psykiske lidelser betyder, at en patient har mere end én psykiatrisk diagnose på samme tid. Dette ses ofte hos patienter med anoreksi, hvilket kan være med til at komplicere lidelsen yderligere. Det er relevant at være bekendt med mulige komorbide lidelser, da dette kan påvirke kompleksiteten af lidelsen og derigennem gøre det vanskeligere at behandle den unge. Da der som beskrevet ofte ikke er ressourcer til længerevarende indlæggelser kan en formodning være, disse patienter har en øget risiko for at blive genindlagt efter udskrivelse. Det anslås, at livstidsraten for mindst én komorbid psykiatrisk lidelse blandt unge patienter med anoreksi er 55,2% (Lock & La Via, 2015, p. 414). Nogle af de mest hyppige komorbide psykiske lidel-

ser, der forekommer sammen med anoreksi er depression, angst og personlighedsforstyrrelser (ibid.).

Livstidsrisikoen for at udvikle en svær depression og dystymi hos personer med anoreksi er mellem 50-70% (Hertz, 2001, p. 19; Skårderud et al., 2011, p. 386). Forskellige angstlidelser som social angst, OCD og generaliseret angst ses hos 30-40% af anorektiske patienter, hvor særligt den restriktive anorektiske type har en højere forekomst af OCD og tvangspræget adfærd (Hertz, 2001, p. 19; Lock & La Via, 2015, p. 414). Endvidere er der en højere forekomst af personlighedsforstyrrelser, hvor særligt den ængstelige-evasive personlighedsstruktur (Skårderud et al., 2011, p. 386), den tvangsprægede personlighedsstruktur og den dependente personlighedsstruktur forekommer hos patienter med anoreksi (Lock & La Via, 2015, p. 414).

Nyere forskning tyder på, at der er relativ stor forekomst af komorbiditet mellem autismespektrumforstyrrelser (ASF) og anoreksi (Huke, Turk, Saeidi, Kent & Morgan, 2013; Tchanturia & Westwood, 2019). Disse patienter oplever vanskeligheder i forhold til sociale relationer, theory of mind, evnen til at se tingene i et større perspektiv samt nogle eksekutive funktioner (Huke et al., 2013). ASF hos personer med anoreksi forbindes med en sværere grad af anoreksi og længerevarende behandling (Tchanturia et al., 2019). Patienterne kan desuden opleve at få ringere udbytte af visse terapiformer, særligt i grupper (Adamson et al., 2018).

Når en patient har en komorbid psykisk lidelse kan det indebære, at patienten har et lavere funktionsniveau og at behandlingen af den psykiatriske lidelse vanskeliggøres, da lidelsen bliver mere kompleks (Skårderud et al., 2011, p. 386). Derfor er det vigtigt at være opmærksom på de komorbide psykiatriske lidelser, da over halvdelen af alle patienter med anoreksi oplever at få stillet en dobbeltdiagnose (Lock & La Via, 2015, p. 414). Senere vil det blive undersøgt, hvor mange i studiets population, der har en komorbid lidelse. Desuden ønskes det undersøgt, om de komorbide lidelser kan ses som en prædikator for genindlæggelse.

2.5 Differentialdiagnostik

Det ses sommetider, at der blandt forskellige psykiske lidelser er nogle overlap i det psykologiske udtryk. Dette kan medføre vanskeligheder i at adskille visse psykiske lidelser fra hinanden, da det psykologiske udtryk bliver meget ens. Endvidere kan det være relevant at forholde sig til adskillelsen af *state* og *trait*, da nogle psykiske lidelser kan medføre psykopatologiske symptomer, som blot er en bivirkning af lidelsen, og ikke en psykisk lidelse i sig selv (Garfinkel, Garner, Kaplan, Rodin & Kennedy, 1983; Zucker & Loch, 2008; Kaye, Weltzin & Hsu, 1993; Courty et al., 2013). Ligesom med komorbide lidelser kan differentialdiagnostiske lidelser være med til at komplicere udredningen og behandlingen af anoreksi, hvorfor det er væsentligt at forholde sig til, hvordan de forskellige diagnoser i visse tilfælde kan have samme psykologiske udtryk. Hos personer med anoreksi ses der blandt andet et stort udtryksmæssigt overlap med depression, OCD og autisme (ibid.). Dette skyldes, at personer med anoreksi kan opleve nogle kognitive, affektive og adfærdsmæssige forandringer på baggrund af sulttilstanden, som kan forveksles med symptomer, der ses hos personer med disse lidelser (ibid.). Visse psykologiske overlap kan gøre det svært at differentiere personer med anoreksi fra personer med andre psykiske lidelser. Som tidligere nævnt, kan flere af de omtalte lidelser også forekomme komorbidt (se afsnit 2.4. *Komorbiditet*).

Med udgangspunkt i depression kan det klinisk være vanskeligt at adskille lidelsen med anoreksi på flere parametre (Garfinkel et al., 1983). Ser man på diagnosekriterierne er lidelserne meget forskellige, men det psykologiske udtryk, som lidelserne har, kan sommetider gøre dem svære at adskille. Personer med anoreksi og depression kan begge beskrive et melankolsk stemningsleje, lavt selvværd og suicidale overvejelser (ibid.). Dog kan lidelserne adskilles, da personen med anoreksi oftest oplever disse affektive tilstande på grund af deres sult og øget behov for kontrol af spisning. Hos personer med en depression udvikles psykopatologien på baggrund af en mere grundlæggende mindreværdsfølelse (ibid.). Omvendt kan det tænkes at en depression også kan udvikle sig til en spiseforstyrrelse. Her flyttes fokus til mad og vægt, hvormed symptomerne ændres, selvom ætiologien er den samme.

Forholdet mellem OCD og anoreksi deler ligeledes nogle psykologiske overlap. Mange af de adfærdsmæssige ændringer, der ses hos personer med anoreksi, kan til dels forveksles med tvangstanker og tvangshandlinger, som er kendetegnende for OCD (Kaye et al., 1993). Sult i sig selv kan medføre nogle adfærdsmæssige ændringer, hvor den tvangsprægede karakter primært er udtalt ved kalorietælling, overoptagethed af kropsbillede og en konstant rumination over mad (ibid.). Desuden har de fleste personer med anoreksi et tvangsmæssigt behov for tyndhed, hvorfor de har et formindsket fødevarerindtag, samt kompulsiv adfærd i form af vedvarende motionering og usædvanlig, ritualiseret spiseadfærd (ibid.). Adskillelsen mellem anoreksi og OCD sker som udgangspunkt ved hjælp af diagnosekriterierne, da disse er meget forskellige. Endvidere forsøger personen med anoreksi ikke at ignorere eller undertrykke sine tvangstanker om spisning og vægt, mens tvangshandlingerne hverken nedsætter ubehaget eller har et neutraliserende formål, hvilket er tilfældet hos personer med OCD (ibid.).

Afslutningsvist kan autisme og anoreksi sammenlignes på flere parametre, da måden som de psykologiske symptomer kommer til udtryk på i nogle tilfælde kan forveksles. Blandt andet kan personer inden for begge lidelser have et stort behov for rutiner, gentagende adfærd samt en intens interesse og overoptagethed af mad, vægt og kropsbillede (Zucker & Losh, 2008). Dette ses blandt andet gennem rigide mønstre i forberedelsen af maden, madvalg og generelle madrutiner (ibid.). Desuden kan personer med autisme og anoreksi begge opleve sociale og kognitive vanskeligheder, hvilket kan ses ved en manglende fleksibilitet og en overoptagethed af detaljer samt vanskeligheder ved tage andres perspektiv og forstå andres og egne følelser (Zucker & Losh, 2008; Hambrook, Tchanturia, Schmidt, Russell & Treasure, 2008). Da det psykologiske udtryk har en del overlap kan det være vanskeligt at adskille, hvornår det er sulten som medfører den adfærdsmæssige rigiditet og overoptagethed for detaljer. Et studie af Courty et al. (2013) fandt, at autisme og anoreksi adskilte sig fra hinanden, da personer genindlagt med anoreksi havde flere sociale vanskeligheder end personer med autisme. Dette var et overraskende resultat, da sociale vanskeligheder er et af kernesymptomerne for ASF, mens det ikke indgår i diagnosekriterier for anoreksi (Courty et al., 2013).

3 Sårbarheds-stress-modellen

Nedenstående afsnit bruger sårbarheds-stress-modellen til at redegøre for anoreksiens ætiologi og udvikling. Desuden anvendes modellen til at forstå og forholde sig til, hvorfor psykopatologien udvikles og hvorfor den muligvis varer ved. Når man taler om anoreksiens udvikling og forløb, er det væsentligt at fremhæve kompleksiteten herved. Udviklingen er i høj grad et samspil mellem forskellige mekanismer, mere end det er enkelte risikofaktorer (Hecht & Schousboe, 2012, p. 30).

Nærværende registerstudie tager udgangspunkt i Alan Carrs kontekstuelle tilgang. I sin ”Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology” (2006) introducerer Alan Carr en grundmodel til forståelse af børn og unges aktuelle psykiske vanskeligheder. Modellen tager afsæt i forskellige sårbarhedsfaktorer, som kan prædisponere barnet til psykiske vanskeligheder, og som kan være udløsende og vedligeholdende for disse. Disse vedrører både biologi, psykologi og den unges psykosociale miljø (Carr, 2006, p. 818f). Modellen beskriver også nogle beskyttende faktorer i individets udvikling, som dog ikke vil blive redegjort for i nærværende speciale. Formålet med afsnittet er, at skabe en dybere og mere psykologisk forståelse af anoreksi. Dette ønskes, da der oftest er fokus på de fysiske skader og følgevirkninger som anoreksien har, hvor dette afsnit fokuserer på de psykologiske mekanismer, som både kan være disponerende, udløsende og vedligeholdende i forhold til anoreksi. Modellen kan bruges til at illustrere, hvordan de forskellige faktorer påvirker og interagerer med hinanden. På baggrund af dette, er sårbarheds-stress modellen relevant at inddrage, da de forskellige faktorer blandt andet kan være med til at belyse, hvad der kan være årsag til, at den unge udvikler anoreksi, samt hvad der vedligeholder den unge i lidelsen. Denne viden kan blandt andet bruges til at forstå mulige prædiktorer for genindlæggelse. Desuden er det vigtigt for nærværende undersøgelse at få klargjort, hvilke faktorer der kan påvirke udviklingen af anoreksi. Disse faktorer kan være af stor betydning for, hvorvidt den unge indlægges, og kan ydermere være udslagsgivende for hvorvidt individet genindlægges eller oplever fortsat bedring efter første indlæggelse.

3.1 Disponerende faktorer

De disponerende faktorer omhandler nogle forskellige sårbarheder, som sammen med de udløsende faktorer kan føre til udviklingen af en spiseforstyrrelse. Herunder findes blandt andet genetiske forhold, familieforhold, psykologiske forhold samt kulturelle forhold (ibid.). Når en patient oplever symptomforværring efter først indlæggelse, må det dertil antages, at der går nogle disponerende faktorer forud for dette. Det er derfor relevant at belyse de disponerende faktorer, da disse kan gå forud for personens udvikling af anoreksi og eventuelle tilbagefald.

3.1.1 Genetik som disponerende faktor

Spiseforstyrrelser er ikke altid blevet betragtet som genetisk disponerede. Der er dog kommet nyere forskning, som peger i retning af, at generne muligvis spiller en større rolle end først antaget. Et adoptionsstudie lavet af Klump, Suisman, Burt, McCue og Iacono (2009) fandt, at gener havde en statistisk signifikant indflydelse på udviklingen af alle typer af spiseforstyrrelser ($p=0,008$). Studiet fandt desuden, at fælles miljømæssige faktorer i nogen grad var disponerende for en spiseforstyrrelse. De genetiske faktorer var implicerede, når de biologiske familiemedlemmer havde en øget korrelation overfor bestemte træk eller lidelser sammenlignet med adoptivfamilien ($r=0,29-0,46$) (ibid.). Dog kunne der også være nogle miljømæssige faktorer, som påvirkede udviklingen af anoreksi, hvilket kunne ses i sammenligninger af både adoptivfamilien og de biologiske familiemedlemmer, hvis disse korrelerede tilsvarende på bestemte træk eller lidelser (ibid.).

Arvelighed er desuden undersøgt gennem tvillingestudier, hvor der er fundet en større genetisk indflydelse på udviklingen af anoreksi hos enæggede tvillinger sammenlignet med tveæggede tvillinger ($p=0,005$) (Treasure & Holland, 1990 ifl. Klump, Miller, Keel, McGue & Iacono, 2001). Et longitudinelt populationsbaseret tvillingestudie af Klump et al. (2001) forsøgte blandt andet at adskille arvelige- og miljømæssige faktorer. Ved hjælp af en biometrisk analyse fandt de, at genetiske effekter udgjorde 74% af variansen blandt personer med anoreksi, mens miljømæssige påvirkninger udgjorde 26% (ibid.). Resultaterne baserede sig på 672 kvindelige tvillinger,

hvoraf 26 blev identificeret med anoreksi. Dette blev gjort ved hjælp af *Eating Disorders Structured Clinical interview* (EDSCI), som er et struktureret klinisk interview, der baserer sig på DSM-3-R diagnosekriterierne. *Eating Disorder Inventory* (EDI), er et selvrapporteringskema, der anvendes til identificere unge med risiko for udvikling af spiseforstyrrelser. EDI blev i undersøgelsen af Klump et al. (2001) brugt til at validere anoreksidiagnosen. Dette studie peger i retning af, at anoreksi delvist skyldes nogle miljømæssige faktorer, mens der ligeledes ligger nogle arvelige komponenter i lidelsen.

De ovenstående studier indikerer, at gener kan være en ætiologisk prædisponerende faktor for udvikling af anoreksi, men de miljømæssige faktorer ligeledes kan påvirke udviklingen af anoreksi. Dermed kan både genetik og miljø være sårbarhedsfaktorer, hvorfor disse muligvis have en indflydelse på nærværende registerstudies population.

3.1.2 Familieforhold som disponerende faktor

En anden prædisponerende faktor for udviklingen af anoreksi kan være vanskelige familieforhold, herunder problemer med familiens sammenhold og kommunikationsevner (Carr, 2006, p. 812f). Skårderud (2001) benævner, at børn og unge i familier hvor der tidligere har været psykiatriske lidelser og misbrug af rusmidler, har en øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse (p. 82). Overordnet kan udviklingen af et forstyrret forhold til mad og spising både være forbundet med maladaptive familiefunktioner samt en sårbarhed hos det enkelte individ (Cerniglia et al., 2017).

Empiriske undersøgelser viser, at forskellige karakteristika i en familie kan være forbundet med flere psykopatologiske symptomer såsom spiseforstyrrelsesadfærd. Særligt i familier med lav fleksibilitet, dårlig kommunikationsevne og hos familier som undergår konflikter ses dette (ibid.). Ved hjælp af Olson's Circumplex model, som tager udgangspunkt i balancerede og ikke-balancerede familieforhold, fandt studierne af Cerniglia et al. (2017) og Tafà et al. (2016), at familier, som havde en ung med anoreksi også havde ubalance i deres samhørighed og fleksibilitet. Desuden viste resultaterne, at familier til en ung med anoreksi havde en højere score på *enmeshment* ($p < 0,001$) og kaos ($p < 0,001$) samt en lavere score på samhørighed

($p < 0,001$) og kommunikation ($p < 0,001$) sammenlignet med familier til unge uden en psykiatrisk lidelse samt hos familier til unge med bulimi eller overspisning (ibid.). Oplevelsen af en dårlig familierelation kunne ud fra disse resultater medføre en utilfredshed med ens egen krop og derved være prædisponerende for udviklingen af anoreksi (Cerniglia et al., 2017). Disse empiriske fund stemmer desuden overens med nogle af de teorier der ligger til grund for at behandle anoreksi med familierapi (se afsnit 5.2 *Familieterapi*).

Der har tidligere været en forståelse af familier med anoreksi som værende overrepræsenteret i overklassefamilier, også kendt som familier med høj *socioøkonomisk status* (SES) (Gard et al., 1996). Gard et al (1996) fandt dog i deres review, at forskning foretaget senere end 1970'erne pegede i den modsatte retning, da de fandt en større forekomst af anoreksi i familier med lav SES (ibid.). Forklaringen på overrepræsentation i høj SES-familier, havde blandt andet været, at disse familier havde ubegrænset adgang til mad, og må være disciplinerede for at vedligeholde en slank figur. Der kan desuden være højere krav til præstationer samt en "perfekthedskultur" (Skårderud, 1994). Dog findes der studier, der påpeger at den psykiske sundhed generelt er dårligere hos familier med lav indkomst eller med en kortere uddannelse (Araya et al., 2003). Desuden fandt Von dem Knesebeck et al. (2013), at personer med kort uddannelse og SES havde mindre kendskab til psykiske sygdomme såsom spiseforstyrrelser, samt i lavere grad anerkendte at individet ikke alene var skyld i lidelsen (Von dem Knesebeck et al., 2013).

3.1.2.1 Tilknytning og mentalisering som forklaring til problematiske familieforhold

Det er muligt at forsøge at forstå de vanskelige familieforhold i lyset af den unges tilknytningsstil samt mentaliseringsevne. Mentalisering og tilknytning er begge områder som omhandler sociale og følelsesmæssige evner, men forholdet mellem de to er dog uklart og komplekst (Jewell et al., 2016). En forstyrret tilknytning vil påvirke evnen til mentalisering (Robinson et al., 2019), mens en forstyrret tilknytning og mentaliseringsvanskeligheder kan påvirke de interpersonelle relationer (ibid.). Derfor

kan det antages at mentalisering og tilknytning kan spille en rolle i udviklingen af de vanskelige familieforhold, som ofte ses hos familier til unge med spiseforstyrrelser.

Tilknytningsteorien stammer fra John Bowlby (1969), og omhandler menneskers adfærd og forhold til andre mennesker. Bowlby (1969) mener, at tilknytningen udvikles mens man er spædbarn, hvor mentale repræsentationer af sig selv og andre, skabes ud fra gentagne erfaringer med nærhed, tryghed og pleje fra individets primære omsorgsperson (Bowlby, 1969, p. 177; Münch, Hunger & Schweitzer, 2016). En sikker tilknytningsstil blev i et studie af Münch et al. (2016) oftere fundet hos en gruppe af ikke-kliniske personer, mens en usikker tilknytningsstil blev observeret oftere hos personer med en spiseforstyrrelse. I alt viste undersøgelsen, at 13,2% havde en sikker tilknytning, mens 86,8% havde en usikker tilknytning blandt de inkluderede personer med en spiseforstyrrelse (ibid.). Endvidere var der 66,7% som havde en sikker tilknytning og 33,3% som havde en usikker tilknytning blandt personer, som ikke havde en spiseforstyrrelse. Dermed viste resultaterne, at der var en signifikant forskel i den usikre tilknytningsstil mellem grupperne ($p < 0,001$) (ibid.). Da vi ved, at individer med en spiseforstyrrelse oftere har vanskelige familieforhold og en usikker tilknytningsstil kan en hypotese være, at individet med en usikker tilknytning opfatter deres familie som mere uharmonisk og dårlig til at håndtere konflikter sammenlignet med de personer som har en sikker tilknytning. Man kan desuden forestille sig at de familier, hvori barnet eller den unge har udviklet en usikker eller ambivalent tilknytningsstil, også oftere er familier, som er uharmoniske og dårlige til at håndtere konflikter. Ud af tilknytningsteorien udspringer mentaliseringsteorien. Denne bruges til at forsøge at forstå psykologien bag anoreksi, hvorfor nedenstående afsnit vil beskæftige sig med dette.

Mentalisering er et udtryk for evnen til at reflektere og fortolke ens egne og andres adfærd på baggrund af indre mentale tilstande såsom tanker og følelser (Skårderud, 2007, p. 324f). Ifl. Rothschild-Yaka, Levy-Shiff, Fridmann-Balaban, Gur og Stein, 2010 mener Fonagy og Target (1997) at mentaliseringsevnen kan hjælpe med at danne og bevare gode interpersonelle relationer, hvorfor det kan formodes, at en god mentaliseringsevne kan forbedre familiens funktion, da mentaliseringen kan fremme evnen til at håndtere interpersonelle konflikter (Rothschild-Yaka et al., 2010). En god mentaliseringsevne kan forbedre familiefunktionen, og dermed være en be-

skyttende faktor for udviklingen af anoreksi (Carr, 2006, p. 819). Et studie af Rothschild-Yaka et al. (2010) undersøgte netop, hvorvidt nedsat mentaliseringsevne og dysfunktionelle familieforhold kunne være disponerende for udviklingen af anoreksi. Resultaterne viste, at personer med anoreksi havde en dårligere mentaliseringsevne sammenlignet med en kontrolgruppe (RFS score AN: 3,82, (SD= 1,8), Nonpatient: 5,77 (SD= 1,46), $p < 0,001$) og at personer med anoreksi rapporterede om et dårligere forhold til deres forældre (ibid.). Ligeledes blev det set, at en bedre mentaliseringsevne korrelerede med et mindre behov for at være tynd, hvilket kunne reducere spiseforstyrrelsessymptomerne - også selvom de familiære forhold fortsat var vanskelige (ibid.). Derfor kan nedsat mentaliseringsevne tænkes at være en disponerende faktor for anoreksi i sig selv.

De omtalte studier viser, at dysfunktionelle familieforhold kan være en prædisponerende faktor for udviklingen af anoreksi, mens en nedsat mentaliseringsevne både kan have en negativt påvirkning på de familiære forhold, samt være en disponerende faktor i sig selv. En del personer med spiseforstyrrelser kan have en forstyrret tilknytningsstil, og derfor kan det formodes at de familiære forhold påvirkes af dette. Dermed kan både familieforhold, tilknytningsstil og mentaliseringsevne være disponerende for anoreksi.

3.1.3 Psykologiske forhold som disponerende faktor

Følgende afsnit ønsker at belyse forskellige psykologiske forhold, samt hvorfor disse kan være disponerende for udviklingen af anoreksi. Herunder redegøre der for forstyrret kropsopfattelse, perfektionisme, autismespektrumforstyrrelse, selvværd og kontrol.

3.1.3.1 Forstyrret kropsopfattelse

Allerede med Hilde Bruchs teori fra 1973 om anoreksi kom der fokus på individernes forstyrrede kropsopfattelse (Skårderud et al., 2009). Hun fandt i sit arbejde med anorektikeren tre centrale karakteristika: 1) Et forstyrret kropsbillede, 2) En fejlagtig perception af kropssignaler og 3) En altdominerende følelse af ineffektivitet (ibid.).

Det aktuelle diagnosesystem, ICD-10, beskriver nogle af de karakteristika som Hilde Bruch fremhæver i sin teori. Dette indebærer en forstyrret opfattelse af egen kropsvægt og størrelse samt frygt for fedme (WHO, 2018, p. 125). Crisp (1996) argumenterer for, at netop dét gør at individet får en spiseforstyrrelse. Han mener, at det kun skyldes kroppens reaktion på mad – fx vægtøgning eller vægttab – at personens forhold til mad er forstyrret.

Personer der er overoptaget af kroppens vægt og størrelsen, og samtidig overvurderer denne, har dermed en større risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse. Samtidig hænger individernes selvbillede og selvværd ofte tæt sammen med netop deres kropsbillede, hvilket fører til et restriktivt madindtag, som kan udvikle sig til anoreksi (Bryant-Waugh & Watkins, 2018, p. 1018)

3.1.3.2 Perfektionisme

Perfektionisme er et personlighedstræk, som ofte ses hos personer med anoreksi, hvor behovet for perfektion kommer til udtryk gennem udseende, faglige præstationer, orden, rengøring og i relation til andre mennesker (Hecht & Schousboe, 2012, p. 19). Perfektionisme bliver dog først et problem, når ethvert resultat, som er mindre end perfekt, bliver en fiasko (ibid.). Flere studier rapporterer og undersøger perfektionisme som en disponerende faktor for udviklingen af anoreksi. Heriblandt er Forbus, Heatherton og Keel (2007), som via *eating disorders inventory perfectionism scale* (EDI-P) undersøgte associationen mellem perfektionisme og spiseforstyrrelsesadfærd blandt 2.482 undersøgelsespersoner. Studiet fandt blandt andet, at faste var stærkt associeret med perfektionisme ($p=0,002$), hvorfor dette kunne anses som en disponerende faktor for udviklingen af anoreksi, da faste var et af kernesymptomerne for denne lidelse (ibid.). Samstemmende med ovenstående resultat fandt et longitudinelt case-kontrolstudie, at kvinder med anoreksi scorede signifikant højere inden for perfektionisme sammenlignet med andre psykiske lidelser ($p<0,01$) (Pike et al., 2008). Dette kan være med til at bekræfte formodningen om, at perfektionisme er en prædisponerende faktor for udviklingen af anoreksi.

3.1.3.3 Autismespektrumforstyrrelse

Desuden kan en komorbid lidelse som autismespektrumforstyrrelse (ASF) anses som en prædisponerende faktor. Der ses en høj komorbiditet og flere fælles træk mellem ASF og anoreksi i form af sociale vanskeligheder og tendenser til isolation (se afsnit 2.4 *Komorbiditet* og 2.5 *Differentialdiagnostik*) (Bentz, Skjærbæk, Hjørding, Hansen & Fjelkegård, 2012; Westwood, Mandy & Tchanturia, 2017). Da ASF er en neurologisk forstyrrelse kan lidelsen ikke være udløst af anoreksien, men den kan derimod være en prædisponerende faktor. Et studie af Westwood, Mandy og Tchanturia (2017) fandt, at 14 ud af 60 personer med anoreksi scorede over cutoff på ADOS-2 (p. 4). Desuden fandt de, at anoreksi og ASF havde flere fællestræk i form af rigid adfærd i forbindelse med spisning samt en overoptagethed af motionering, hvilket kunne medføre en overrepræsentation af spiseforstyrrelser hos personer med ASF. Flere af disse fællestræk kunne samtidig være med til at skjule forekomsten af ASF hos personer med spiseforstyrrelser (ibid.). Dermed kan en antagelse være, at ASF kan anses som en prædisponerende komorbid lidelse til anoreksi, da disse lidelser deler flere fælles træk (se afsnit 2.5 *Differentialdiagnostik*).

3.1.3.4 Selvværd

En følelse af at være utilstrækkelig og forkert er almindelig for personer med anoreksi (Hecht & Schousboe, 2012, p. 18). Følelsen af aldrig at være god nok, kan få individet til at gå hele vejen, for at være ”god nok” eller måske ”den bedste” (ibid.). Som nævnt kan dårligt selvværd hænge sammen med en forstyrret kropsopfattelse (se afsnit 3.1.3.1 *Forstyrret kropsopfattelse*). Kombinationen af de to kan være disponerende, da individet vil søge at bedre sit selvværd gennem vægttab, uanset hvordan tynd han eller hun er (Skårderud, 2001). Selvværdet kan på samme måde søges forbedret ved at forsøge at kontrollere kosten og kroppen (ibid.) Generelt kan det siges, at udviklingen af anoreksi kan ske på baggrund af et ønske om at mestre, da individet mangler denne følelse, for at føle at han eller hun er noget værd. Derfor kan lavt et selvværd være en disponerende faktor for udviklingen af anoreksi. Sygdommen virker desuden selvforstærkende på disse følelser. Dermed kan lavt selvværd indgå i en ond cirkel, hvor det dårlige selvværd vedligeholder sygdommen, samtidig med, at

sygdommen vedligeholder mindreværdet. Psykiateren Finn Skårderud beretter i sin introduktion til *De nervøse spiseforstyrrelser* (1994), at han aldrig har mødt en patient, der ikke har haft et lavt selvværd (p. 56). Brockmeyer et al. (2013) fandt i deres studie, at selvværdet hos personer med anoreksi blev forøget når de taber sig og vejer mindre, hvilket bliver uddybet i afsnit 3.3.5 *Selvværd som vedligeholde faktor*.

3.1.3.5 Kontrol

Det er kendetegnende for personen med anoreksi, at han eller hun oplever indre kaos, forvirring, ensomhed og andre svære følelser (Crisp, 1996 p. 97). Personer på vej ud af spiseforstyrrelsen fortæller ifølge Skårderud (2001), at vejen ind i sygdommen ofte var præget af tvivl om, hvem de var, hvad de skulle blive til, følelsen af ikke at blive forstået, af stor usikkerhed, mangel på ord til at udtrykke sig og af ikke at have kontrol over eget liv (p. 25). Kontrol over spisning og vægt kan blive den eneste måde for individet at føle sig i kontrol (Skårderud, 2001, p. 11), og derfor kan behovet kontrol, og årsagerne herfor, være disponerende for en spiseforstyrrelse

3.1.4 Kultur som disponerende faktor

Flere anskuer i dag anoreksi som en vestlig lidelse, opstået på baggrund af en tendens i den vestlige kultur til ikke at hylde en kurvet og frodig kvindekrop (Simpson, 2002). Udviklingen af den vestlige kulturhistorie er blevet anset som værende en social årsag til anoreksi, hvor lidelsen bliver set som forårsaget og vedligeholdt af de vestlige kropsidealer (Carr, 2006, p. 822). Her skal kvindekroppen være veltrimmet, slank og ungdommelig, mens mændene skal være muskuløse og kraftigt bygget (Povlsen, 2010; Simpson, 2002). Dog er argumentet for anoreksi som en overvejende vestlig lidelse ikke længere valid, da flere tilfælde af lidelsen bliver set i ikke-vestlige samfund som Indien, Kina, Taiwan og Japan (Simpson, 2002; Tasaka, 2017). Skønhedsidealerne repræsenteres i dag af den slanke figur og den ekstreme sundhed, der ikke nødvendigvis er særlig sund (Skårderud, 2001; Skårderud et al., 2011). Den smukke slanke krop er i den vestlige kultur blevet en utopi særligt hos kvinder (Povlsen, 2010, p. 142).

Endvidere er medierne i flere henseender blevet udskældt for deres fokusering og formidlingen af nutidens skønhedsideal om den tynde kvindekrop, hvilket kan foranledige flere unge til at stræbe efter disse idealer, og dermed afprøve slankekure og metoder, der kan udvikle sig til anoreksi. De menes at kunne foranledige flere personer til at stræbe efter disse idealer og dermed afprøve en anorektisk spiseadfærd (Skårderud et al., 2011, p. 383; Simpson, 2002, p. 66). Fremstillingen af det næsten uopnåelige skønhedsideal på TV, i reklamer eller i magasiner kan få kvinderne til at internalisere og efterstræbe dette kropsbillede. Desuden er måden at omgås hinanden på blevet mere ydrestyret, hvor vi er mere undersøgende, og hvor vi i nogen grad sammenligner os selv med andre. Derfor er måden at være sammen på blevet mere overfladisk, hvor det ydre er blevet vigtigere end at definere sin egen identitet (Skårderud et al., 2011, p. 382; Skårderud, 2001, p. 93f).

Men det er ikke nødvendigvis reklameindustrien eller medierne, som skaber drømmen om et bestemt skønhedsideal, og ej heller medierne som skaber spiseforstyrrelserne. Medierne formidler blot drømmene, og er med til at synliggøre idealerne. Derved kan medierne opfange kulturelle tendenser omkring mad og krop, og være med til at viderebringe og forstærke disse skønhedsideal (Povlsen, 2010, p. 142f).

Ovenstående beskriver, at kultur og skønhedsideal kan være en disponerende faktor for udviklingen af anoreksi. Anoreksi kan anskues som en konsekvens af de nuværende skønhedsideal, på samme måde som doping kan anskues som en konsekvens af eliteidrættens høje præstationskrav (Nielsen, 2010, p. 104f). Ligesom kultur kan være disponerende, kan den også være vedligeholdende, hvorfor dette vil blive beskrevet i afsnit 3.3.6 *Kultur og skønhedsideal som vedligeholdende faktorer*. Desuden vil dette afsnit beskrive de sociale mediers rolle som vedligeholdende for anoreksi. Dog kan de sociale medier også være disponerende for anoreksi, da unge eksponeres for disse, ligesom de gør for reklamer og medier.

3.2 Udløsende faktorer

De udløsende faktorer i sårbarheds-stress-modellen kan omhandle forskellige situationer eller oplevelser, som sammen med de disponerende faktorer kan føre til udvik-

lingen af en spiseforstyrrelse (Carr, 2006). De udløsende faktorer kaldes også for en trigger, og er ofte dem, som får bægert til at flyde over (Skårderud, 2000, p. 83). En udløsende faktor kan være tab af nærtstående, mobning, ændringer i ens livsvilkår eksempelvis ved en flytning eller forældres skilsmisse samt store præstationskrav, slankekur og anden slankeadfærd (Hecht & Schousboe, 2012, p. 30; Skårderud et al., 2011, p. 387). Puberteten bliver også anset som en udløsende faktor for anoreksi. I puberteten oplever mange en begyndende buttethed, som nogle personer kan være særlig sensitiv over for, og som kan medføre drillerier og derigennem begyndende slankekur (Crips, 1996, p. 37). Hos nogle personer med anoreksi, ses det desuden, at de i ungdomsårene udviser en umodenhed i forhold til de krav der stilles fra omverdenen, samt at de kan have vanskeligt ved at håndtere den seksuelle modningsproces, som sker i puberteten. De kan finde det udfordrende at udvikle nogle passende mestringsstrategier, hvilket kan resultere i en følelse af hjælpeløshed og manglende kontrolfølelse (ibid., p. 77). De udløsende faktorer kan være med til at belyse den unges sårbarhed overfor bestemte livsændringer, der kan spille en særlig rolle i udviklingen af anoreksi, samt være med til at sige noget om den unges livsvilkår. Dette kan være med til at påvirke behovet for tilstrækkeligt behandling samt motivationen for at blive rask.

3.3 Vedligeholdende faktorer

Ligesom der findes forhold, der kan være prædisponerende for udviklingen af anoreksi, findes der faktorer, der kan virke vedligeholdende (Carr, 2006). Der kan se et vis overlap mellem de to afsnit, da en del disponerende faktorer kan vedligeholde individet i lidelsen. Følgende vil udfolde de væsentligste vedligeholdende faktorer. De vedligeholdende faktorer er relevante at forholde sig til, da disse kan være med til at belyse, hvorfor den unge forbliver syg. Dermed kan de vedligeholdende faktorer påvirke behovet for genindlæggelse, da disse muligvis kan gøre det vanskeligere for den unge at blive helt rask.

3.3.1 Kontrol som vedligeholdende faktor

De vedligeholdende faktorer kan være med til at fastholde den unge i sin spiseforstyrrelse, og kan være med til at gøre ondt værre. Det kan eksempelvis være, at den unge bliver i stand til at dæmpe en indre uro gennem kontrol af maden (Hecht & Schousboe, 2012, p. 30; Skårderud et al., 2011, p. 387). At kunne kontrollere madindtaget og dermed vægten giver personen en positiv følelse af at have fuldstændig kontrol over sit udseende, hvilket kan være med til at give en positiv selvfølelse, som ellers ikke har været til stede (Rosenbaum, 2010, p. 230). Denne kontrolfølelse kan også betragtes som en indre oplevelse, der giver personen en følelse af uafhængighed og autonomi (Crisp, 1996, p. 77). Derfor kan denne følelse holde personen fast i sin spiseforstyrrelse.

Selvom personerne forsøger i høj grad at kontrollere tanker og følelser ved at kontrollere mad og vægt, kan de opleve at det får modsat effekt. Tankerne om mad forfølger personerne (Skårderud, 1994, p. 56; 2001, p. 25). Det, der i første omgang skulle være løsningen på problemet, blev selve problemet (Hecht & Schousboe, 2012, p. 18). Det ses desuden ofte, at personer med anoreksi frygter at tage første bid, ligesom en ædru alkoholiker frygter at tage en slurk. De frygter, at de ikke kan kontrollere det og ikke kan stoppe, hvis de først starter (Crisp, 1996, p. 94; Hecht & Schousboe, 2012, p. 18). På denne måde virker de kontrollerende mekanismer skrøbelige, og kræver hård kamp for at opretholde (ibid.). Hertil bliver de vedligeholdende for anoreksisymptomerne, idet de kan optage al den opmærksomhed og energi, det kræves af individet for at kunne kæmpe imod anoreksien.

3.3.2 Familieforhold som vedligeholdende faktor

Det kan ligeledes være familiens reaktion på vægttabet og den psykiske lidelse, der kan være med til at vedligeholde spiseforstyrrelsen (Skårderud et al., 2011, p. 387; Rosenbaum, 2010, p. 230). Anoreksien kan for personen blive ensbetydende med, at man er noget særligt, da personen får opmærksomhed og omsorg fra omverdenen, hvilket kan være et incitament til at fortsætte den anorektiske sygdomsadfærd (ibid.). Den spiseforstyrrede adfærd kan desuden flytte fokus fra eksisterende konflikter i

familien, hvor familien samler sig om at beskytte og kontrollere personen med anoreksi (Minuchin, 1978, p. 61). På den måde bliver den spiseforstyrrede adfærd individets værktøj til at håndtere dysfunktionelle forhold i familien, samt de følelser de medfører. Anoreksi er dog også en lidelse, som kan medføre familiekonflikter, da lidelsen ofte bliver meget dominerende og styrende i familien (se afsnit 3.1.2 *Familieforhold som disponerende faktor*) (Skårderud, 2000, p. 84). På baggrund af dette kan der opstå skænderier, frustrationer, irritabilitet og fortvivlelse blandt forældre og søskende, og personen med anoreksi sidder ofte tilbage med en stor følelse af skyld, som kan være svær at håndtere, og kan være med til bevare den unges negative selvbillede og spisevaner (ibid.).

I tråd med ovenstående skal det påpeges, at familieterapi til unge med anoreksi, er den eneste terapiform, der direkte anbefales i NKR, da der er bedst evidens herfor (Sundhedsstyrelsen, 2016). Dette tyder på, at interpersonelle dysfunktioner eller konflikter i familien spiller en stor rolle i at mindske spiseforstyrrelsessymptomer.

3.3.3 Mentaliseringsevne som vedligeholdende faktor

Som nævnt ovenfor kan en forringet mentaliseringsevne være disponerende for udvikling af anoreksi (se afsnit 3.1.2.1 *Tilknytning mentalisering som forklaring på problematiske familieforhold*). Det kan dog ligeledes være en vedligeholdende faktor. Årsagen hertil kan være, at forringet mentaliseringsevne kan føre til misforståelser og forvirring (Robinson et al., 2019). At blive misforstået kan skabe voldsomme følelser, som kan føre til konflikter, fjendtlighed, overbeskyttelse, afvisninger og måske i sidste ende med forværrede symptomer (ibid., p. 3f). Dette bliver en ond cirkel, der starter med forringet mentaliseringsevne som skaber et forstyrret forhold. For individet bliver en i forvejen usikker verden mere usikker. Denne usikkerhed medfører stress og følelsesmæssig arousal, hvilket gør at mentaliseringsevnen forringes (ibid.). Adresseres dette problem ikke i behandlingen risikeres det, at de relationelle problemer fastholder individet i sin spiseforstyrrelse.

3.3.4 Kognitive funktioner og hjernens påvirkning som vedligeholdende faktor

Der kan desuden være nogle fysiske og psykiske følgevirkninger på baggrund af underernæringen. Det vides, at underernæringen påvirker alle kroppens organer og at patienterne kan komme til at opleve udmattelse, følelsesmæssig ustabilitet og udviklingen af depressive symptomer (Skårderud, 2001, p. 64f.). Ligeledes bliver hjernen direkte påvirket af sult og underernæring, hvor afvigelser i de kognitive funktioner blandt andet optræder. Sult og underernæring reducerer hjernemassen og hjernens funktion (Treasure & Russel, 2011). Dette kan bremse udviklingen i det præfrontale område, hvilket forringer den unges evne til selvregulering (ibid.). Dermed udvikles hjernen ikke optimalt, og det kan være med til at komplicere vejen ud af spiseforstyrrelsen, da tænkningen bliver uhensigtsmæssig og sort/hvid (Hecht & Schousboe, 2012, p. 24; Skårderud, 2001, p. 247).

Kognition og tænkning kan både være disponerende og vedligeholdende for anoreksi. Hvis patienten oplever kognitive vanskeligheder forud for spiseforstyrrelsen, kan disse antages at være disponerende. De kognitive vanskeligheder kan trænes, for eksempel gennem *cognitive remediation therapy* (CRT) eller *kognitiv adfærdsterapi* (KAT) (Tchanturia, Giombini, Leppanen & Kinnaird, 2017, p. 227). Trænes de ikke, kan de tage karakter af vedligeholdende faktorer. Spiseforstyrrelsen kan desuden i sig selv medføre kognitive vanskeligheder, som ligeledes kan fastholde individet i sin spiseforstyrrelse. Dette kan bl.a. skyldes under- eller fejlnæring. Nedsatte kognitive funktioner kan gøre det vanskeligt, hvis ikke umuligt, at gennemføre psykoterapi (Genders & Tchanturia, 2010). Derfor er genernæring vigtig. De kognitive vanskeligheder, der kan virke vedligeholdende kan være mindsket fleksibilitet, overdrevet fokus på detaljer, set shifting samt socialkognitive vanskeligheder (Tchanturia et al., 2017 p. 227). Følgesymptomerne på spiseforstyrrelsen kan derfor bidrage til at forstærke symptomerne samt den psykiske smerte forbundet med disse, hvilket kan være med til at fastholde den unge i sin spiseforstyrrelse (Skårderud, 2001, p. 65).

3.3.5 Selvværd som vedligeholdende faktor

Som nævnt i afsnit 3.1.3.4 *Selvværd* er det mere reglen end undtagelsen, at patienter med anoreksi har lavt selvværd. Vi har desuden nævnt, at spiseforstyrrelsen kan have en funktion for individet. I en undersøgelse af Brockmeyer et al. (2013) fandt forfatterne at personer med akut anoreksi, oplevede øget selvværd jo tyndere de var ($r = -0.64$, $p < 0,01$). Årsagen var, at de følte, at de opnåede noget (ibid.).

Selvværd er ofte forbundet med kropsopfattelsen hos unge med anoreksi (Bryant-Waugh & Watkins, p. 1018). Dårligt selvværd kan få unge til at stræbe mod at være noget andet og mere end de føler de er. Ved at opnå et ønsket vægttab kan det tænkes at individet føler sig i stand til at mere og mere værd (Carr, 2006, p. 821). Den unges værd bliver dermed forbundet med lav vægt. Derfor kan det tænkes, at et individ der udskrives fra indlæggelse igen vil søge at tabe sig, for at genvinde selvværd.

3.3.6 Kultur og skønhedsideal som vedligeholdende faktor

Skønhedsideal og kulturelle fænomener er blevet beskrevet som disponerende faktorer (se afsnit 3.1.4 *Kultur som disponerende faktor*). Nærværende afsnit ønsker at beskrive kultur og skønhedsideal som en vedligeholdende faktor for anoreksi. Dette ønskes, da kulturelle tendenser og skønhedsideal kan være med til at vanskeliggøre behandlingen eller fastholde den unge i spiseforstyrrelsen. Hvis de unges adfærd retter sig mod at opnå disse idealer, kan det kræve vægttab gennem restriktiv spising. Dermed kan kulturelle skønhedsideal tænkes at medføre tilbagefald eller genindlæggelse hos unge.

Skønhedsidealet er med årene blevet tyndere, mens overfloden af mad er blevet større. Det er derfor sværere end nogensinde før at finde en balance mellem for lidt og for meget, hvilket kan resultere i, at flere bliver overvægtige (Povlsen, 2010). Individer med store kropsstørrelser er i højere grad udsat for negative beskrivelser, hvor doven, utiltalende og seksuelt frastødende er nogle af de tillægsord, som bruges. Derimod bliver individer med tynde kroppe i højere grad beskrevet som perfekte, attraktive, med selvkontrol og mere personlig og social succes (Hopton, 2011; Skårderud,

2001). Dermed kan de kulturelle tendens og skønhedsidealere være med til at vedligeholde individet i sin psykopatologi, da det bliver sværere for individet at tage på, og dermed at blive rask.

Desuden er de sociale medier vokset kolossalt gennem senere år, og er begyndt at optage en stor del af børn og unges liv (Oksanen et al., 2016). Medieplatforme som Facebook, Instagram, Snapchat og YouTube leverer brugergenereret indhold, der er tilgængeligt for mange millioner mennesker i hele verden (ibid.).

Som nævnt i afsnit 3.1.4 *Kultur som disponerende faktor* har medier og reklamer betydning for unge menneskers syn på sig selv. Det samme gælder sociale medier. Selvom det er et relativt nyt fænomen, findes der forskning på området (Oksanen et al., 2015; Park et al., 2017; Sidani et al., 2016). Dette viser blandt andet, at der ses en association mellem brugen af sociale medier og bekymringer i forhold til spisning (Park et al., 2017). Desuden findes der et stort proanorexia netværk, som forkortes proana. Her omtales anoreksi positivt, og de unge finder støtte i deres spiseforstyrrede adfærd – endda opmuntring. Unge med spiseforstyrrelsessymptomer har gennem disse proanonetværk mulighed for at møde ligesindede at søge støtte hos (Oksanen et al., 2015). Det kan være svært for behandlere og forældre at overdøve proanonetværkets støj, da de unge finder både fællesskab, støtte og forståelse i disse grupper (ibid.).

Unge bruger i høj grad jævnaldrende til at sammenligne sig selv, og de sociale medier gør blot mulighederne for sammenligning uendelige. Samtidig lægges der ofte et filter over det indhold der vises, hvilket skaber et væsentligt mere unuanceret billede af virkeligheden (Park et al., 2017). Dog er det vigtigt at bemærke, at det ikke kun er direkte tilskyndelser, der påvirker unge på de sociale medier. I det hele taget kan brugen af sociale medier inspirere og påvirke unge til at tænke anderledes omkring spisning og egen krop (Sidani et al., 2016).

4 Psykiatrisk behandling

Følgende afsnit vil dykke ned i, hvordan patienter med anoreksi bliver behandlet i psykiatrisk regi. Forskellen på dag- og døgnbehandling vil blive illustreret, samt hvornår den ene behandlingsform vælges fremfor den anden. Ydermere vil indlæggelse og genindlæggelse blive beskrevet, hvor der skabes en forståelse for effekten af en indlæggelse. Desuden beskriver afsnittet, hvor mange personer med en spiseforstyrrelse, der i Danmark bliver indlagt eller genindlagt. Afslutningsvist vil de psykologiske konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelse blive gennemgået. Formålet med afsnittet er at skabe en forståelse for, hvordan man behandler personer med anoreksi i psykiatrien, samt at forstå kompleksiteten af behandlingen. Det er væsentligt at forholde sig til, hvordan behandlingen fungerer på en psykiatrisk afdeling, for dermed bedre at forstå, hvilken betydning behandlingen kan have på, hvorvidt patienterne bliver genindlagt. Formålet med behandlingen af patienten bør være en reduktion i sygdomssymptomerne, men det kan også være relevant at kende til de mulige konsekvenser ved den psykiatriske behandlingen.

4.1 Dag- og døgnbehandling

Der er en generel konsensus i litteraturen om, at patienter med anoreksi som udgangspunkt skal behandles ambulant, men at dagbehandling eller døgnindlæggelse kan være nødvendigt hos alvorligt syge patienter (Rokkedal & Ramsing, 2010; Skårderud, 2001; Zipfel et al., 2015). For nogle patienter kan dagbehandlingen give den nødvendige hjælp i retning mod et sundt forhold til mad og vægt, mens der for andre patienter er behov for større intensivering i behandlingen i form af indlæggelse (Rokkedal & Ramsing, 2010, p. 368). Da det er relevant at vide noget om de forskellige indlæggelsesformer i forhold til genindlæggelse, vil følgende afsnit redegøre for forskellen mellem dag- og døgnbehandling, samt inkludere studier som undersøger effekten af de forskellige typer af indlæggelse.

Dagbehandling tilbydes typisk til de patienter, som efter ambulant behandling fortsat er alvorligt syge, og som har en modstand mod at ændre den anorektiske adfærd

(Zipfel, 2015, p. 6). Når en patient tilbydes dagbehandling opholder patienten sig på hospitalet hele dagen, men sover hjemme (Rokkedal & Ramsing, 2010, p. 369).

Døgnindlæggelse er nødvendigt hos de patienter, som befinder sig i en livstruende situation, som er selvmordstruede eller hvis konflikterne i patientens hjem er urimeligt udmattende for familien og/eller patienten (Lindhardt, 2015, p. 877; Skårderud, 2001, p. 181). Der findes både fordele og ulemper ved en indlæggelse. Ifølge Skårderud (2001) kan en indlæggelse være med til at bringe patienten ud af en ond cirkel samt være et pusterum og et tiltrængt behov for omsorg (p. 181). Ulempen ved en indlæggelse er, at man tager patienten ud af sit vante miljø, hvilket man medføre en risiko for, at venskaber og andre vigtige relationer påvirkes negativt (Rokkedal & Ramsing, 2010; Skårderud, 2001).

I Danmark var der i 2015 omkring 46.000 indlæggelser inden for det psykiatriske sundhedsvæsen, fordelt mellem 25.000 patienter. Ud af de 46.000 indlæggelser blev 23% efterfulgt af en genindlæggelse (Sundhedsdatastyrelsen, 2017a, p. 7). På børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling var der i 2015 cirka 3.000 indlæggelser og 1.750 indlagte patienter, hvoraf 24% blev efterfulgt af en genindlæggelse (ibid.). Udviklingen af døgnindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien var i perioden fra 2009 til 2017 steget fra 2.052 årlige indlæggelser til 2.902 årlige indlæggelser (ibid., p. 8).

Et systematisk litteraturreview lavet af Meads, Gold og Burls (2001) undersøgte effekten af indlæggelse sammenlignet med ambulante behandling. Undersøgelsen fandt blandt andet et randomiseret kontrolleret studie (Gowers et al., 1989), der undersøgte effekten af døgnindlæggelse og ambulante behandling af personer med anoreksi, som var så alvorligt syge, at døgnindlæggelse blev overvejet, men som ikke var tilstrækkeligt syge til at blive indlagt. Resultatet viste ingen signifikant forskel mellem gruppen af indlagte patienter og gruppen af patienter, som modtog ambulante behandling (Gowers et al., 1989 ifl. Mead et al., 2001). Dermed fandt studiet, at patienterne havde ligeså stor gavn af ambulante behandling sammenlignet med døgnbehandling (ibid.). Endvidere undersøgte Herpertz-Dahlmann et al. (2014) effekten af dagbehandling og døgnbehandling for unge med anoreksi. Dette blev gjort, da der var finansielle høje omkostninger og et øget antal af genindlæggelse blandt patienter, som havde været døgnindlagt sammenlignet med andre indlæggelsesformer (p. 1222).

Undersøgelsen viste, at dagbehandlingen hverken var bedre eller dårligere end døgnindlæggelse målt ud fra BMI efter endt behandling ($p < 0,0001$). Her blev BMI hos patienter i dagbehandling målt til 18,1 (SD 2,0), mens BMI for patienter, som havde været indlagt blev målt til 17,8 (SD 1,7) (ibid., p. 1226) Dermed forsøgte undersøgelsen af understrege, at dagbehandling var lige så effektivt som døgnindlæggelse samtidig med, at denne behandlingsform var mindre omkostningsfuldt.

Det er dog vigtigt at have in mente, at ambulante- eller dagbehandling for nogle patienter kan være tilstrækkeligt støttende, mens døgnindlæggelser for andre patienter kan være livsnødvendigt, da andre behandlingsformer har haft manglende effekt (Rokkedal & Ramsing, 2010; Skårderud, 2001).

4.2 Indlæggelse og genindlæggelse i psykiatrien

Som beskrevet i afsnit 4.1 *Dag- og døgnbehandling*, kan indlæggelse være nødvendig i livstruende situationer. Disse situationer kan både være af somatisk eller psykisk karakter, såsom ekstrem afmagring, alvorlige familiekonflikter i hjemmet eller hvis patienten er selvmordstruet (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 13; Skårderud, 2001, p. 181f). En patient med en spiseforstyrrelse kan i følge NKR først udskrives til ambulante- eller dagbehandling når vægten og spisningen er normaliseret (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 13). Barnet eller den unge skal forud for en udskrivelse være i stand til selvstændig spisning, hvormed der menes, at patienten skal kunne spise med støtte fra andre (ibid.).

En indlæggelse kan for nogle patienter blive et vendepunkt i deres sygdomsforløb. Her begynder alvoren at gå op for patienten, hvilket kan være med til at aktivere nogle positive processer. Ligeledes er det vigtigt at være bevidst om, at det for mange patienter kræver mere end blot en enkelt indlæggelse at bryde den onde cirkel, som igennem en længere periode er blevet opretholdt (Skårderud, 2001, p. 192).

Udviklingen af indlæggelser og genindlæggelser på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger landet over har været voksende. I 2016 oplevede børne- og ungdomspsykiatrien, at der var 14,8% flere indlagte patienter end i 2009, og at antallet af indlæg-

gelses pr. barn og ung med en spiseforstyrrelse var vokset fra 1,5 i 2010 til 2,4 i 2016 (Danske regioner, 2016, p. 51; Sundhedsdatastyrelsen, 2017a, p. 14). Samtidig var antallet af alle psykiatriske genindlæggelser på blot en treårig periode mere end fordoblet med en udvikling fra 198 genindlæggelser i 2012 til 524 genindlæggelser i 2015. I samme tidsperiode var udviklingen i antallet af udskrivninger, som førte til en genindlæggelse steget fra 12,1% til 23,9% (Danske regioner, 2016; Ljungmann & Engelbrecht, 2018). Desuden var op til 90% af alle psykiatriske indlæggelse akutte (Anne Lindhardt, 2015, p. 875). Det kan i nogle tilfælde være nødvendigt at tvangsindlægge en patient når han eller hun er ude af stand til at indse behovet for behandling, og dermed er i risiko for alvorlig sundhedsmæssig skade eller død (Skårderud, 2001, p. 191). En ufrivillig eller akut indlæggelse kan for mange patienter virke autonomkrænkende, hvor indlæggelsen ofte bliver anskuet som en straf frem for en hjælpende hånd mod en sygdomsfri tilværelse (Skårderud, 2001, p. 182).

4.2.1 Psykologiske konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelse

Det er nødvendigt at vide noget om de psykologiske konsekvenser ved en indlæggelse, for derved bedre at kunne være mere opmærksomme på disse ting, hvilket kan medføre forbedringer i behandlingen af patienter med anoreksi. Desuden kan flere af de psykologiske konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelsen vanskeliggøre behandlingen, og de kan dermed være en årsag til at patienten vil blive indlagt i en længere periode eller at patienten udskrives før han eller hun er klar til det, og dermed øge risikoen for tilbagefald og/eller genindlæggelse.

Ifølge Kuosmanen et al. (2016) er patienter, som indlægges til døgnbehandling som udgangspunkt tilfredse med den behandling de modtager og med personalet på afdelingen. Alligevel er der nogle psykologiske konsekvenser ved at være døgnindlagt som barn eller ung. Dette er blevet undersøgt gennem nogle interviews med tidligere indlagte anoreksipatienter (ibid.). De udtrykte blandt andet et større behov for psykologisk støtte, og et mindre intens fokus på vægtøgning. Patienterne beskrev desuden, at det indsnævrede fokus på vægtøgning ofte blev oplevet som et ønske om ”fede dem op”, og at deres følelsesmæssige og psykologiske problemer ikke blev anset som vigtige:

You didn't see a therapist or anyone cos I wasn't, they said you weren't cognitively well enough, but that's just crap because you need someone's support . . . and you feel like the anorexia punishes you more. The anorexia is punishment, then you feel like you're getting punished by the hospital as well (Offord, Turner & Cooper, 2006, p. 381).

Desuden påpeger både Skårderud (2001) og Sundhedsstyrelsen (2016), at social isolation kan være en negativ konsekvens ved at være indlagt som barn eller ung. Ved døgnindlæggelse bliver patienterne automatisk isoleret fra familie, venner samt skole- og fritidsmiljø, hvilket kan være med til at påvirke deres sociale udvikling (Skårderud, 2001, p. 193; Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 13ff). En interviewundersøgelse af Offord et al. (2006) er enig i ovenstående påstand om, at social isolation kan påvirke den unge negativt (p. 379). De fandt i deres studie, at døgnindlæggelse kunne medføre en følelse af at være afskåret fra den rigtige verden, da patienterne ikke kunne deltage i deres fritidsinteresser og skolearbejde sammen med andre kammeraterne. Patienterne udtrykte en følelse af, at behandlingen var med til at stoppe deres udvikling, mens kammerater og jævnaldrende fortsætter deres normale hverdag (ibid.). Desuden kunne en døgnindlæggelse og det miljø der blev skabt på døgnafsnittet være en tryghed for patienterne. Dette kunne for nogle bevirke, at det kunne være svært at blive rask, da det kunne være vanskeligt at overføre de tillærte strategier til miljøet uden for døgnafsnittet (Smith et al., 2014, p. 21).

En indlæggelse kan endvidere virke som et overgreb eller en straf for barnet eller den unge, hvilket kan være med til at øge ubehaget ved indlæggelsen (Skårderud, 2001, p. 181f). Patienter med anoreksi kan være meget umotiverede i behandlingen, da de ikke selv ser et problem med deres sygdomsadfærd (Valbak, 2010, p. 469). Desuden kan sygdommen have en beskyttende funktion for personer med anoreksi. Derfor kan en indlæggelse virke som tvang, da de ikke selv mener, at deres adfærd er et problem (Skårderud, 2001, p. 182.). To kvalitative studier fandt dog, at nogle patienter oplevede en lettelse i forbindelse med indlæggelsen, da de dermed skulle overgive den personlige kontrol til behandlingsteamet (Offord et al., 2006; Smith et al., 2014). Dette fratog dem ansvaret, og åbnede op for overskud til at fokusere på at blive rask (ibid.). "You don't have to control it anymore and you can give over that control ... it

feels as if you are in that stage where you can't make any decisions ... so it is nice to have other people take over" (Smith, 2014, p. 20). Ligeledes fandt begge studier, at den høje grad af struktur og restriktion under behandlingen ikke var velset i behandlingsøjeblikket, men at patienterne retrospektivt kunne se fordelene ved dette behandlingsmiljø (Offord et al., 2006; Smith et al., 2014).

Personer med anoreksi kan have en tendens til at sammenligne sig med andre (Smith et al., 2014, p. 23). Offord et al. (2006) og Smith et al. (2014) fandt i denne forbindelse, at patienter var sensitive overfor andre patienters indflydelse, hvilket kunne medføre en sammenligning af dem selv og andres fysiske fremtræden og spiseadfærd (Smith et al., 2014, p. 23). At være sammen med andre personer med anoreksi kunne aflede ny spiseforstyrrelsesadfærd, som var blevet tillært gennem andre patienter (Offord et al., 2006, p. 384). Denne sammenligning kunne medføre en følelse af at være grådig eller overvægtig sammenlignet med andre, og dermed skabe et ønske om at tabe sig yderligere, hvilket kunne antages at hæmme behandlingen og øge risikoen for tilbagefald:

I questioned myself and I decided that I hadn't been doing this eating disorder thing right at all, and I got worse. I started things like walking the longest way round things . . . things I hadn't even thought of. Or, you know leaving the odd crumb. Things like that that hadn't even crossed my mind (Smith et al., 2014, p. 23.).

Længerevarende indlæggelser kan endvidere påvirke stigmatiseringen fra patienten selv eller fra patientens nærmiljø (Swanson & Spitzer, 1970), samt påvirke patientens funktionsniveau (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 13ff).

På baggrund af ovenstående ses der nogle psykologiske konsekvenser ved en døgnindlæggelse. Blandt andet oplever patienterne en følelse af social isolation, hvor livet uden for afdelingen fortsætter uden dem. Ligeledes kan en indlæggelse ved første indtryk virke som en straf og en krænkelse af autonomien, men kan retrospektivt føles som en lettelse ved at få frataget den personlige kontrol, og ved at modtage behandling i strukturerede rammer. En yderligere ulempe ved en indlæggelse af pati-

enter med anoreksi er, at de sammenligner sig selv med andre patienter, hvilket kan medføre yderligere spiseforstyrrelsesadfærd og skabe et ønske om et vægttab.

5 Behandling af anoreksi

Følgende afsnit vil dykke ned i den tværfaglige indsats i forbindelse med behandlingen af anoreksi, samt forskellige psykoterapeutiske retninger, som anvendes i den psykiatriske behandling af unge med anoreksi. Da der findes mange forskellige terapiformer til behandling af anoreksi, og da der ikke står beskrevet, hvilke der anvendes på de danske psykiatriske hospitaler, ønsker nærværende afsnit at fokusere på dem, der bliver anbefalet af enten NICE (2017), NKR (Sundhedsstyrelsen, 2016) eller begge. Derfor er familiebaseret terapi, kognitiv adfærdsterapi og adolescent fokuseret terapi blevet udvalgt. Dette er de, da vi forventer at de danske psykiatriske hospitaler følger de anbefalede retningslinjer, men forbeholdt at der kan anvendes andre terapiformer end dem som beskrives nedenfor.

Der vil i afsnittet være fokus på effekten af behandlingen overfor genindlæggelser, hvorfor forskellige studier, som undersøger dette bliver beskrevet. Nogle af studierne undersøger behandlingens evne til at reducere sygdomssymptomerne. Disse studier vil ligeledes blive beskrevet, da en reduktion af sygdomssymptomerne kan være med til at forbedre personens tilstand og dermed mindske risikoen for genindlæggelse - i øjeblikket og på sigt. Formålet med afsnittet er, at få en forståelse for, hvordan anoreksi behandles fysisk og psykisk, samt at illustrere rammerne for den behandling som studiets population indgår i.

5.1 Den tværfaglige indsats

Behandlingen af anoreksi bør ifølge NKR være flersporet, hvilket betyde, at indsatsen bliver tværfaglig, og involvere både psykiatere, diætister, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere og sygeplejepersonale, som alle besidder specialviden indenfor området (Hecht & Schousboe, 2012, p. 55; Sundhedsstyrelsen, 2016; Valbak, 2010, p. 468). Behandlingen påbegyndes altid med en forundersøgelse, hvor perso-

nen bliver målt og vejjet, samt spurgt ind til egne kostvaner og kropsopfattelse (Valbak, 2010, p. 468). Alt dette bliver brugt til at skabe et billede af anoreksiens omfang og karakter.

I behandlingsforløbet er det afgørende, at personen får et normaliseret forhold til spisning og vægt (ibid., p. 469). For at opnå denne normalisering opsættes nogle mål for vægtudviklingen og en ønsket målvægt for personen. Målvægten beregnes typisk, så den svarer til en BMI på 19 eller en BMI-percentil målt ud fra køn og alder (Valbak, 2010, p. 468). Vægtudviklingen er et vigtigt redskab, da man via vægten bedre kan vurdere effekten af behandlingen i forhold til den fysiske del af lidelsen (Hecht & Schousboe, 2012, p. 61).

NKR anbefaler ikke at opstille specifikke mål for vægtindhentningen hos unge med anoreksi, da der ikke foreligger relevant evidens herfor (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 6). Der findes dog flere studier, som viser, at en lav vægtøgning under indlæggelse kan være en prædiktiv faktor for en psykiatrisk genindlæggelse. Castro et al. (2004), som indgår i det systematiske litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende undersøgelse (Larsen & Laursen, 2018), fandt i deres undersøgelse, at en vægtøgning på mindre end 150 gram pr. dag var forbundet med en øget risiko for genindlæggelse. Resultatet viste, at 52% af de patienter, som havde en vægtøgning på mindre end 150 gram pr. dag blev genindlagt (ibid.). Ligeledes fandt et studie af Avnon et al. (2017), som også er blandt de inkluderede studier de det systematiske litteraturreview (Larsen & Laursen, 2018), at de patienter, som blev genindlagt adskilte sig signifikant fra de patienter, som ikke blev genindlagt i *percentage from target weight* (PFWT). Dermed havde patienterne ifølge dette studie en signifikant større risiko for genindlæggelse, hvis de ikke havde opnået sin fulde målvægt inden udskrivelse fra indlæggelse (ibid., p. 648). Et studie af Steinhausen et al. (2008), som ligeledes er en del af det systematiske litteraturreview (Larsen & Laursen, 2018), fandt samstemmende med de forrige studier, at en lav vægtøgning ved første indlæggelse var en signifikant prædikator for gentagne indlæggelser (p. 32).

For at opnå den ønskede målvægt bliver der tilrettelagt en kostplan, som patienten skal følge. Denne kostplan medføre en vægtstigning på cirka et kilo om ugen, indtil den ønskede målvægt er opnået (Valbak, 2010, p. 468). Dette gøres blandt andet, da

en lav vægt medfører sultforårsagede kognitive deficit, hvilket gør det vanskeligere at behandle de bagvedliggende psykologiske faktorer hos personen med anoreksi. Derfor er det væsentligt i det tværfaglige team at øge personens vægt, før den psykologiske behandling kan påbegyndes (Katzman, 2012, p. 1). Nogle er af den opfattelse at jo mere sparsom kosten har været inden behandlingens påbegyndelse, jo mere forsigtigt skal man få frem i forbindelse med genernæring (Hecht & Schousboe, 2012, p. 55; Valbak, 2010, p. 468). Dette gøres for at undgå komplikationer i genernæringsprocessen som eksempelvis reernæringssyndrom (ibid.).

5.2 Familieterapi

NICE og NKR anbefaler familieterapi som førstevalg til børn og unge med anoreksi (National Guideline Alliance, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2016). Derfor vil følgende afsnit beskrive denne behandlingsform, og danne overblik over den evidens, der ligger bag anbefalingerne. Ifølge NICE guidelines (2017) bruger størstedelen af studierne formen *family-based treatment* (FBT) eller *Maudsley-based family therapy*. Nogle studier undersøger *systemisk familieterapi* (SyFT). NICE og NKR anbefaler familieterapi i bred forstand, og dermed ikke en bestemt tilgang til dette (National Guideline Alliance, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2016).

Ifølge sårbarheds-stress-modellen (se afsnit 3 *Sårbarheds-stress-modellen*) kan familieforhold være en disponerende og vedligeholdende faktor for anoreksi (Carr, 2006). Dette stemmer overens med den teoretiske baggrund for at anvende familieterapi til patienter med anoreksi, der har især sine rødder i Salvador Minuchin (1979) og Mara Selvini Palazzolis (1978) teorier, som understreger hvorfor det er vigtigt at behandle hele familien. Minuchin forstår familien som rammen for barnets udvikling. Han påpeger to centrale begreber i barnets udvikling: autonomi og tilhørsforhold (Minuchin, 1979, pp. 52-54). Begge udvikles i familien, og måden hvorpå familien fungerer er afgørende for, om barnets udvikling bliver hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig (p. 52). Minuchin (1979) mener, at familien hvori et familiemedlem har anoreksi er sammenfiltret. Der udvikles i disse familier i højere grad tilhørsforhold mellem familiemedlemmerne frem for autonomi og selvrealisering. Børnene oplever, at deres handlinger ikke blot er deres egen sag, men også familiemedlemmernes (Minuchin,

1979, p. 59f). Familiemedlemmernes grænser for, hvad der er deres egen sag og, hvad der er familiens, er flydende. De stræber derfor efter at gøre alting perfekt, og er overdrevet opmærksomme på familiens signaler. Når barnet når puberteten kan individet opleve en krise, da han eller hun er så forbundet med sine forældre (ibid.)

Palazzoli forstår familien som et selvregulerende system. Den eneste forskel på personer, der udvikler anoreksi, og personer der ikke gør, er ifølge Palazzoli, at de reagerer på forskellige situationer (1978, p. 193). Hendes teori baserede sig på, at familiernes grundlæggende problem er kommunikationen. I familierne er kommunikationen indforstået, og måden hvorpå man forstår hinanden og interagerer er ubevidst men ligeledes indforstået. Måden at behandle disse familier, var ifølge Palazzoli at italesætte og ændre de dysfunktionelle kommunikationsmønstre i familiesystemet (p. 196ff).

Målet med at engagere familien i behandlingen, er at psykoeducere og ændre dysfunktionelle mønstre i familien (National Guideline Alliance, 2017, p. 276). De forskellige former for familierapi har forskellige fokuspunkter (ibid.). Som nævnt findes der er i dag forskellige former for familierapi, som har forskellige fokus. Fælles for dem alle er, at de bruger familien som ressource i behandlingen.

Forskningen, der ligger til grund for anbefalingerne, har både undersøgt effekten af familierapi over for individuel terapi og har sammenlignet forskellige tilgange og varigheder (Robin et al., 1999; Lock et al., 2006; Lock et al. 2010; Lock et al., 2016). Robin et al. (1999) fandt i deres kontrollerede studie, at familierapi havde bedre effekt end *Ego Oriented Individual Therapy* (EOIT) på vægtøgning og tilbagevendt menstruation. De fandt dog lige god effekt, hvad angår holdning til spisning, depression og madrelaterede familiekonflikter. Godart et al (2012) undersøgte i et randomiseret kontrolleret studie effekten af *Treatment as Usual* (TAU), over for TAU sammen med familierapi. TAU var behandling, der tilpasses individet, og som kunne indeholde opfølgninger med familien og individuelt, samt i nogle tilfælde psykoterapi (ibid., p. 2). Deltagerne var unge med alvorlig anoreksi, der havde været døgnindlagt forud for studiets begyndelse. Den familierapi de brugte havde fokus på intrafamiliære dynamikker og italesatte ikke, modsat TAU, direkte spisevanskeligheder (ibid.). Deltagerne der modtog både TAU og familierapi havde 3,2 gange så ofte et

godt eller middelmådigt outcome målt med Morgan & Russel-kategorierne (95% CI: 0,9;10). De nåede desuden en sund vægt tre gange så ofte som dem i TAU-gruppen. Lock et al. (2010) undersøgte ligeledes familierapi i et randomiseret kontrolleret forsøg. Effekten af FBT blev sammenlignet med effekten af *Adolescent fokuseret terapi* (AFT), hvor det primære outcome er graden remission. Fuld remission blev opnået signifikant oftere i gruppen, der modtog FBT ved 6 og 12 måneders follow-up (40-49%, $p=0,03$) end i AFT-gruppen (18%-23%, $p=0,02$). Dog er det væsentlig at fremhæve, at denne gruppe ved randomiseringen scorede signifikant højere i EDE, hvorfor de muligvis har haft sværere grad af spiseforstyrrelsessymptomer (ibid.).

Flere studier sammenlignede forskellige typer af familierapi. Her bør Lock et al. (2016) nævnes, da de undersøgte behovet for indlæggelse, når familien modtog FBT eller SyFT. I undersøgelsen fandt forfatterne, at unge patienter der modtog FBT blev indlagt i ligeså høj grad som ved SyFT i de første 5 uger. Dog var gruppen, der modtog FBT indlagt gennemsnitligt 8,3 dage pr. indlæggelse, hvor gruppen, der modtog SyFT var indlagt gennemsnitlig 21 dage. Resultaterne viste derved, at personer som modtog SyFT var indlagt signifikant længere tid, end de personer, som modtog FBT ($p=0,02$) (ibid.). Der var endvidere flere genindlæggelser hos den gruppe, der modtog SyFT (SyFT=13, FBT=6). Resultaterne pegede derfor på, at FBT virkede bedre end SyFT i forhold til at nedbringe brugen og længden af døgnindlæggelser. At bedømme ud fra dette studie, mindskes antallet af genindlæggelser ved brugen af FBT frem for SyFT. Som nævnt adresserer FBT modsat SyFT vægtøgning. Det kan derfor tyde på, at dette fokus er af relativt afgørende for at undgå indlæggelser og genindlæggelser.

Dermed fandt de ovenstående studier at familierapi var gavnligt til unge med anoreksi, og at der blev set bedre resultater end ved individuelle forløb (Lock et al., 2010; Godart et al., 2012). Det blev ligeledes set, at der var forskel på hvilken behandling patienterne modtager i forhold til behovet for indlæggelse (Lock et al., 2016).

5.3 Adolescent fokuseret terapi

En anden behandlingsform til unge med anoreksi er Adolescent fokuseret terapi (AFT). Denne behandling er en individuel psykodynamisk terapiform, som har til formål at øge den unges autonomi, individuation samt tro på egne evner (Lock et al., 2010; Robin, Siegel & Moye, 1994). Desuden lærer patienten i terapien at identificere og definere indre følelser, samt at tolerere disse i stedet for at bruge mad og vægt som en måde at undgå de negative affektive tilstande (Fitzpatrick, Moye, Lock & Le Grange, 2009; Lock et al., 2010, p. 1027). Jævnfør sårbarheds-stress-modellen (se afsnit 3.3 *Vedligeholdende faktorer*) kan de psykologiske faktorer, såsom et stort behov kontrol og et øget selvværd ved at være tynd, være med til at vedligeholde personen i sin sygdom. Dette kan blive en hindring for den unge i forhold til at blive rask. Derfor er det vigtigt, at arbejde med den unges psykologiske vanskeligheder, hvilket er i fokus med AFT.

Da AFT udspringer af den ego-orienterede individuelle terapi, tager terapiformen afsæt i at styrke den unges ego og identitetsskabelse (Robin et al., 1994, p. 316). Man undersøger i terapien de fysiske, sociale og emotionelle problemer, som den unge har, og udforsker forholdet mellem disse problemer og spisning, vægt, kropsbillede og forventninger til sig selv (Lock et al., 2010; Robin et al., 1994). Det er terapeutens rolle at hjælpe patienten med at forstå, hvordan han eller hun kan mestre de indre følelsesmæssige tilstande uden at sulte sig selv (Lock et al., 2010).

Sundhedsstyrelsen (2016) anbefaler at anvende en terapiform med fokus på kerne-symptomerne, hvorfor de blandt andet fremhæver AFT som mulig behandling til unge med anoreksi (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 24). Det er dog bemærkelsesværdigt, at NICE guidelines finder lav evidens for terapiformen, hvorfor denne behandlingsform kun foreslås som alternativ til FBT (National Guideline Alliance, 2017, p. 206f + 272f).

I begyndelsen af behandlingen er det væsentligt at arbejde med patientens frygt for vægtøgning, samt at få patienten til at udvikle nogle sunde kostvaner og dermed stoppe slankeadfærden (ibid.). Den første del af behandlingen tager udgangspunkt i, at få den unge til at tage mere ansvar for de tilstedeværende psykologiske og fysiolo-

giske kostrelaterede problematikker (Lock et al., 2010). Gennem terapien nedbrydes en dårlig identitetsdannelse med fokus på tyndhed, og der opbygges en større forståelse for det indre følelsesliv, nye mestringsstrategier og en større selvaccept, hvilket muliggør en genoptagelse af normal spising og vægt (ibid.). Dermed ønsker terapien at nedbryde nogle af de psykologiske faktorer, som kan vedligeholde den unge i sygdommen, og dermed være en mulig risiko tilbagefald og genindlæggelse (se afsnit 3.3 *Vedligeholdende faktorer*).

AFT er blevet undersøgt i flere henseender til behandling af unge med anoreksi. Som tidligere nævnt (se afsnit 5.2 *Familieterapi*) findes der et randomiseret kontrolleret studie af Lock et al. fra 2010, som undersøgte effekten af FBT sammenlignet med AFT. Efter endt behandling var der ingen signifikant forskel mellem behandlingsformerne, hvor 42% fra gruppen, som modtog FBT opnåede fuld remission, mens 23% fra AFT-gruppen opnåede fuld remission ($p=0,06$) (ibid.). Dette var dog en bemærkelsesværdig stor forskel, som var tæt på at være statistisk signifikant. Efter 6 og 12 måneder havde kun 10% fra gruppen af FBT haft et tilbagefald, mens 40% fra gruppen af AFT havde haft et tilbagefald (ibid.) AFT viste forbedringer i BMI-percentil, som steg fra 23,4 efter endt behandling til 29,0 ved 12 måneders follow-up, samt scoren fra *Eating Disorder Examination* (EDE), som faldt fra 1,2 efter endt behandling til 1,04 ved 12 måneders follow-up (ibid.) Ud fra samme kohorte som Lock et al (2010), undersøgte Le Grange et al. i 2014, hvor mange unge fra den originale kohorte, der havde oplevet et tilbagefald efter fuld remission inden for en fire-årig opfølgingsperiode. Det var kun muligt at undersøge 79 ud af 121 personer (Le Grange et al., 2014a). I alt fandt studiet, at kun to deltagere – en fra hver behandlingsform – havde haft et tilbagefald efter gennemsnitlig 1,98 år efter remission var opnået (ibid.). Ligeledes fandt de, at 10 nye patienter efter fem år var i remission, hvoraf en havde fået familieterapi, mens ni var fra AFT-gruppen (ibid.).

Et andet studie af Le Grange et al. (2014b) undersøgte, om unge med anoreksi i højere grad opnåede fuld remission efter endt behandling med AFT og FBT, hvis de i behandlingsforløbet havde en tidlig vægtøgning. Det var blandt andet vigtigt at kigge på vægtøgningen i behandlingen (se afsnit 5.2 *Den tværfaglige indsats*), da dette var afgørende for, om en person opnåede remission, ligesom at det kunne være med til at minimere de medicinske og psykologiske konsekvenser som opstod ved faste (Le

Grange et al., 2014b). Outcome i undersøgelsen blev målt ud fra *expected body weight* (EBW) og EDE. Resultaterne viste, at remission efter endt behandling var prædikeret af en vægtøgning på 2,6 kg efter 3 sessioner med familiebaseret terapi ($p=0,043$) eller en vægtøgning på 3,2 kg efter 4 sessioner med AFT ($p=0,014$) (ibid.). Samstemmende med ovenstående studie af Lock et al. (2010) fandt dette studie, at familiebaseret terapi havde en bedre effekt end AFT i forhold til vægtøgning ved endt behandling og ved opfølgning. Der ses dog en effekt af AFT, hvoraf 50% af undersøgelsespersonerne opnåede remission inden for to år efter endt behandling. Effekten var blot mindre end ved familiebaseret terapi (Le Grange et al., 2014b).

De ovenstående studier fandt, at AFT kunne behandle kernesymptomerne, men at familiebaseret terapi på længere sigt havde en mere gavnlig effekt (Lock et al., 2010; Le Grange et al., 2014A). Desuden blev det set, at både AFT og FBT havde en effekt på vægtøgningen under behandlingen. Dog havde FBT en bedre effekt end AFT (Le Grange et al., 2014b). Det er god praksis at anvende den terapiform med højeste evidens og bedste effekt, hvorfor AFT ikke bør være førstevalg i behandlingen af unge med anoreksi. En antagelse kan være, at AFT kan anvendes de unge, som enten ikke har lyst til eller gavn af familiebaseret terapi.

5.4 Kognitiv adfærdsterapi

Kognition defineres som tænkning eller informationsbearbejdning af bevidst eller ubevidst karakter (Rosenbaum, 2010, p. 237). Den kognitive adfærdsterapis primære formål er at ændre tænkningen, da tænkningen er styrende for følelser og handlinger (ibid.). Behandlingen drejer sig dermed ikke om personens fortid og barndom, men om personens aktuelle tanker, følelser og adfærd. Det kan udføres som en manualiseret terapiform med en forudbestemt metode, hvilket gør den ideel til forskningsformål (ibid.). Den er kortvarig sammenlignet med andre terapiformer, og har desuden vist sig effektiv i forhold til outcome og økonomi (ibid.).

Grundantagelsen i kognitiv adfærdsterapi (CBT) er, at psykopatologi udspringer fra dysfunktionelle automatiske tanker (Rosenbaum., 2010, p. 239). Derfor er et af kerneproblemerne, at der hos personer med en spiseforstyrrelse kan ses en række *nega-*

tive basale antagelser og negative automatiske tanker. Disse er stærkt forvrængede og viser lav selvurdering. Tankerne bærer præg af negative forvrængninger om fx egen krop, mad og spising (ibid.). Tankerne er ifølge kognitionspsykologien per definition en disponerende faktor i udviklingen af anoreksi, men er i ligeså høj grad vedligeholdende. I behandlingen arbejdes der således med dysfunktionelle tanke-mønstre og følelser, der har været disponerende for anoreksien (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2015, p. 611f). Arbejdet med at bryde med disse tanker, er et arbejde med at undgå at de fastholder individet i lidelsen.

I NICE Guidelines anbefales *Cognitive Behavioral Therapy Enhanced* (CBT-E), som alternativ til familierapi (National Guideline Alliance, 2017). CBT-E er en terapi, som på baggrund af CBT til bulimi er udviklet til alle spiseforstyrrelser (Cowdrey & Davies, 2016). Derfor kan det antages, at en del af undersøgelsens population modtager CBT-E. Det anvendes på samme måde til unge og voksne, med den forskel at forældrene i højere grad involveres i behandlingen af de unge (Dalle Grave et al., 2013). CBT-E har tre faser. I den første fase forsøges det at få patienten til at tænke nye tanker om sin tilstand og de processer der vedligeholder den. Fordele og ulemper ved at arbejde sig ud af spiseforstyrrelsen analyseres her i detaljer (ibid.). Dernæst hjælpes patienten til at tage på samtidig med, at de forstyrrede tanker om mad og vægt, og de processer, der vedligeholder disse adresseres (ibid.). I den sidste fase er der fokus på at hjælpe patienten til at vedligeholde de fremskridt han eller hun har lavet. Herunder er det vigtigt at adressere strategier til at håndtere tilbagefald (ibid.).

Flere undersøgelser beskæftiger sig med kognitiv adfærdsterapi til personer med spiseforstyrrelser. Der har hidtil været bedst evidens for virkningen hos personer med bulimi (Dalle Grave et al., 2013, p. 9). Først da Dalle Grave et al. (2013) lavede et effektstudie, blev det undersøgt til unge med anoreksi. I dette studie fandt forfatterne, at 63% af de unge gennemførte CBT-E forløbet uden behov for anden behandling (p. 11). De tog gennemsnitligt 8,6 kg (SD=4,14) på, og en tredjedel nåede deres målvægt. Ligeså vigtigt var det, at de psykopatologiske symptomer målt med EDE-Q, blev formindsket. Det gennemsnitlige fald i EDE-scoren var 2,03 (SD=1,25), hvilket bragte 96,6% af patienterne inden for en standardafvigelse i forhold til baggrundsbe-folkningen (ibid.). De foreslog derfor CBT som alternativ til familiebaseret terapi (ibid.). Dalle Grave et al. (2014) undersøgte også unge med anoreksi. Disse unge

modtog CBT-E på et døgnafsnit og efterfølgende under ambulans behandling. I studiet af Dalle Grave et al. (2014) gennemførte 26 patienter ud af 27 behandlingen. De unge tog gennemsnitligt 11,7 kg på, hvilket fik 96,2% til at ligge inden for en normal BMI på 18 eller derover efter behandling. Derudover havde 82,6% stadig en BMI på 18 eller derover efter 12 måneders follow-up (ibid.). De opnåede desuden mindskede spiseforstyrrelsessymptomer efter behandling samt ved follow-up efter 6 og 12 måneder. Efter follow-up havde næsten 40% minimale spiseforstyrrelsessymptomer målt med EDE (ibid.).

Et randomiseret kontrolleret studie af Pike et al. (2003) undersøgte forskellen på kostvejledning og CBT som behandling efter indlæggelse. De fandt, at der var signifikant forskel på de to former. Dem der modtog CBT forblev i terapi signifikant længere uden tilbagefald end dem, der modtog kostvejledning. Antallet af sessioner var gennemsnitligt 43,79 (SD=2,9) for CBT-gruppen og 27,21 (SD=5,9) for kostvejledningsgruppen (ibid.). Af de patienter, der modtog kostvejledning fik 53% tilbagefald, hvorimod kun 22% af CBT-gruppen fik tilbagefald (ibid.). De personer der droppede ud, og de der oplevede tilbagefald blev lagt sammen under kategorien *treatment failure*. I CBT-gruppen falder 22% under denne kategori, hvor det samme gør sig gældende for 73% i kostvejledningsgruppen. Der er altså markant færre tilbagefald og drop-outs hos gruppen, der modtog CBT (ibid.). Det er dog vigtigt at bemærke, at studiet undersøgte voksne, hvorfor de adskiller sig fra nærværende undersøgelses målgruppe. Dermed kan det tænkes, at resultatet havde været anderledes, hvis samplet bestod af unge. Desuden er samplestørrelsen lille, hvilket gør det problematisk at generalisere resultater fra studiet.

Ovenstående beskriver forståelsen af anoreksi i den kognitive adfærdsterapeutiske tradition. Herefter er der gennemgået evidens, der er foretaget på området. Dette viser, at der kan ses resultater hos både voksne og unge patienter med anoreksi sammenlignet med andre behandlingsformer. Der er desuden evidens for, at det er virksomt at anvende CBT-E til unge, der er døgnindlagte. Endelig fører behandlingen hos voksne til færre tilbagefald end kostvejledning og til færre indlæggelsesdage og genindlæggelser.

6 Opsummering af systematisk review

Det følgende afsnit baserer sig på et systematisk litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende registerstudie (Larsen & Laursen, 2018). Formålet for følgende afsnit er at afdække, hvilken forskning, der findes på området. Desuden opstod der på baggrund af det systematiske litteraturreview interesse for at undersøge området nærmere. Det systematiske review er dermed en af de bevæggrunde vi har for at arbejde med netop dette speciale.

6.1 Hvad blev undersøgt?

Forskningsspørgsmålene lyder i det systematiske litteraturreview således: *Hvor ofte ses det, at unge mennesker med anoreksi genindlægges i psykiatrien på grund af samme lidelse? Og hvilke prædiktive faktorer finder litteraturen, som værende associeret med genindlæggelser blandt unge med anoreksi?* (Larsen & Laursen, 2018)

Dermed er det unge med anoreksi, der er genstand for det systematiske litteraturreview (ibid.). Dette er valgt, da der ses en forskel på børn, unge og voksne med anoreksi. Først og fremmest er der nogle udviklingsmæssige forskelle, dernæst er der forskel i sygdomsforløbet (Tasaka et al., 2016). I forskningen ses der også en adskillelse, hvor aldersgrupperne som regel inddeles i *children*, *adolescents*, *adults* og *elderly*. NICE guidelines og NKR skelner blot mellem børn og unge som en kategori og voksne som en anden (Sundhedsstyrelsen, 2016; National Guideline Alliance, 2017). Dermed behandles børn og unge i praksis ud fra anbefalinger, der adskiller sig fra de voksne. I det systematiske litteraturreview forklares det, at NKR anbefaler, at børn og unge bør indlægges så kort tid som muligt (Sundhedsstyrelsen, 2016). Derfor bliver der sat spørgsmålstejn ved dette.

Antal indlæggelser bliver ikke undersøgt i det systematiske litteraturreview, da alle deltagere er indlagt. Det er derimod genindlæggelserne, der er i fokus (Larsen & Laursen, 2018). De kan nemlig afsløre en sammenhæng mellem tidligere indlæggelser og eventuelt fremtidige indlæggelser. Dermed kan det undersøges, hvad der adskiller dem, der bliver genindlagt fra dem, der ikke bliver genindlagt, mens genind-

læggelsesprocenten kan fortælle noget om anoreksiens karakter? Dette kan være en hjælp til at forstå og forbedre den behandling, der gives i dag.

De fleste patienter med anoreksi bliver behandlet ambulant, men formålet med det systematiske litteraturreviewet er at undersøge de sværeste tilfælde af anoreksi, hvorfor patienter som ikke har været døgnindlagt bliver ekskluderet (ibid.). Dette giver en mulighed for at undersøge gruppen med de mest alvorlig psykiske og/eller fysiske symptomer (Valbak, 2010, p. 468f). Derfor er alle patienter i undersøgelsen både indlagt på døgnafsnit i første, anden og derpå følgende indlæggelse.

Opsummerende er inklusionskriterierne unge med en gennemsnitsalder på 18 år eller derunder, diagnosticeret med anoreksi eller atypisk anoreksi samt indlagt og genindlagt på døgnafsnit. Eksklusionskriterierne er komorbid skizofreni og beslægtede lidelser eller ustabil personlighedsforstyrrelse borderline type samt kvalitative studier (Larsen & Laursen, 2018).

Udover at undersøge antallet af genindlæggelser, er formålet at undersøge, om der findes faktorer, der kan prædikere genindlæggelserne (ibid.). Dette bliver undersøgt eksplorativt. Dermed bliver ingen undersøgelse fravalgt eller tilvalgt på denne baggrund. De i forvejen inkluderede studier bliver screenet for, om de undersøger prædiktorer for genindlæggelse, og om der finder et signifikant resultat eller ej.

6.2 Hvordan blev det undersøgt?

Søgning i det systematiske litteraturreview bliver udført i fire forskellige databaser: Cinahl, Embase, PsychInfo og Pubmed. Et eksempel på en søgestreng er følgende fra PubMed: (((("Recurrence"[Mesh]) OR "Patient Readmission"[Mesh]) OR "rehospitalization")) AND "Anorexia Nervosa"[Mesh] (Larsen & Laursen, 2018). De ovenstående in- og eksklusionskriterier bliver brugt i screeningerne af teksterne. Data fra de inkluderede studier bliver noteret, og det væsentligste som fx genindlæggelsesprocenten blev rapporteret i det systematiske litteraturreview. Dernæst bliver studierne screenet for at se, hvorvidt de undersøgte faktorer, viser en sammenhæng med genindlæggelse. Disse resultater blev ligeledes rapporteret i artiklen (ibid.).

6.3 Hvad fandt studiet?

Det systematiske litteraturreview af samme forfattere som nærværende registerstudie inkluderede 13 studier (Avnon et al., 2017; Baran, Weltzin, & Kaye, 1995; Castro et al., 2004; Diamanti et al., 2008; Föcker et al., 2015; Lay et al., 2002; McKenzie & Joyce, 1992; Nova et al., 2004; Seitz et al., 2016; Steinhausen et al., 2008; Strandjord et al., 2015; Tasaka et al., 2017; Vall & Wade, 2017) (Larsen & Laursen, 2018). To af studierne brugte det samme sample (Föcker et al., 2015; Seitz et al., 2016), hvorfor der kun bliver afrapporteret karakteristika fra Föcker et al. (2015), da dette studie er det største af de to.

Der findes en stor variation på tværs af de inkluderede studier mellem alder, samplestørrelse, follow-up periode, geografisk fordeling samt fordeling af de anorektiske subtyper (Larsen & Laursen, 2018). Det vigtigste resultat er dog den store variation i genindlæggelsesprocent, der varierer fra 7%-77,5%.

Af undersøgte prædiktorer for genindlæggelse bliver der fundet relativ bred variation, selvom enkelte går igen på tværs af flere studier. Prædiktorer som alder, vægtøgning og indlæggelseskarakteristika er undersøges og findes af flere af de inkluderede studier som prædiktorer for genindlæggelse (Avnon et al., 2017; Castro et al., 2004; Lay et al., 2002; McKenzie & Joyce, 1992; Steinhausen et al., 2008; Vall & Wade 2017). Især alder og vægtøgning er der enighed om kunne hænge sammen med genindlæggelse. Af andre prædiktorer der undersøges kan nævnes misbrug og psykiske lidelser i familien (Steinhausen et al., 2008), score på EAT-skala (Castro et al., 2004), personlighedstræk (Vall & Wade, 2017), varighed af sygdom (Baran et al., 1995; Steinhausen et al., 2008) og medicinforbrug (Castro et al., 2004) (Larsen & Laursen, 2018).

Dette systematiske litteraturreview forsøger at sammenholde de inkluderede studiers karakteristika for at forklare de store forskelle i resultaterne. Dog er der ikke fundet en rød tråd mellem genindlæggelsesprocenten og de forskellige prædiktorer.

6.4 Refleksioner over resultaterne

De to studier med de mindste samples (Baran, et al. (1995) $n = 14$ og Nova et al. (2004) $n = 14$) har dette systematiske reviews største og laveste genindlæggelsesprocent. Resultaterne heraf er vanskelige at tolke på, da mindre samplestørrelser giver større statistisk usikkerhed (Larsen & Laursen, 2018).

Det systematisk litteraturreview kobler studierne af Lay et al. (2002) og McKenzie & Joyce (1992) sammen, da de deler adskillige karakteristika og har et sammenligneligt resultat. Studierne finder genindlæggelsesprocenter på 77,5% (Lay et al., 2002), 63% og 82% (McKenzie & Joyce, 1992). De har dog forskellige follow-up perioder på henholdsvis et og fem år.

Af de 13 studier er der seks, der har en follow-up periode på et år. Disse sammenlignes ligeledes i det systematiske litteraturreview. Föcker et al. (2015), Castro et al. (2004) og Strandjord et al (2015) finder en genindlæggelsesprocent mellem 19,88% og 24,80%. Det er det tætteste det systematiske litteraturreview kommer på konsensus, og kan derfor være en indikator på, hvor mange unge med anoreksi, der kan forventes at blive genindlagt inden for et år (Larsen & Laursen, 2018). Dog er det vigtigt at påpege den store variation blandt de resterende studier, hvilket tyder på, at der ikke bør drages konklusioner.

Studierne i det systematiske review er geografisk spredt (Larsen & Laursen, 2018). Der er studier fra alle kontinenter bortset fra Afrika. Der er ingen geografisk sammenhæng, hvilket kan være udtryk for kulturforskelle samt forskelle i behandlingssystemet og ikke mindst studiedesign.

Som nævnt ovenfor, er der faktorer, som flere studier finder som prædiktorer for genindlæggelse. Den prædiktor, der bekræftes af flest studier er vægtøgning (Larsen & Laursen, 2018). Selvom der er variation i, hvordan dette måles og angives finder både Avnon et al. (2017), Castro et al (2004) og Steinhausen et al. (2008) en signifikant sammenhæng mellem utilstrækkelig vægtøgning og genindlæggelse. Alder er ligeledes en prædiktor, der går igen. To studier, Castro et al. (2004) og McKenzie & Joyce (1992) finder, at en ung alder var signifikant for genindlæggelse.

Som nævnt tidligere findes der flere faktorer, der bliver undersøgt som prædikator til genindlæggelse. Det systematiske litteraturreview omtaler disse, og argumenterer for, at de bør undersøges nærmere (Larsen & Laursen, 2018). Omtalte systematiske litteraturreview kan være gavnligt for behandlingen af unge med anoreksi, da det kan være med til at indikere, hvad der karakteriserer de patienter, der kræver genindlægges (ibid.). Kendskab er forudsætning for at kunne handle hensigtsmæssigt. Derfor vil nærværende registerstudie også undersøge nogle af disse faktorer.

7 Sammenfattende delkonklusion af teorien

Indledningsvist udfoldes diagnosekriterierne for anoreksi og atypisk anoreksi. Derefter blev det beskrevet, hvor mange, samt hvem, der rammes af anoreksi, og hvad prognoserne er. Efterfølgende blev komorbiditet og differentialdiagnostik redegjort for. Herunder blev det beskrevet, hvilke lidelser der oftest forekommer samtidig med anoreksi, og hvilke, der har flest psykologiske træk til fælles.

Med udgangspunkt i Alan Carrs kontekstuelle tilgang (2006) har nærværende registerstudie anvendt sårbarheds-stress-modellen til at belyse forskellige disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer, som kan have betydning for udviklingen og vedligeholdelsen af anoreksi.

De disponerende faktorer beskriver blandt andet, hvordan genetik kan anses som en disponerende faktor for anoreksi, hvorfor forskellige studier anvendes til at belyse dette perspektiv. Familiens sammenhold og kommunikationsevne beskrives ligeledes som en disponerende faktor for anoreksi. Det samme bliver flere psykologiske forhold. Endvidere beskrives kulturen som en disponerende faktor for anoreksi.

De udløsende faktorer er en trigger og kan være forskellige begivenheder eller hændelser, som får bægeret til at flyde over. De udløsende faktorer kan sammen med de

disponerende faktorer gå forud for, at den unge udvikler anoreksi og eventuelle tilbagefald.

Ved hjælp af de vedligeholdende faktorer redegøres der for hvilke faktorer, som kan være med til at fastholde den unge i anoreksien. Dette har været væsentligt for nærværende registerstudie, da formålet er at undersøge prædiktorer for genindlæggelse samt antallet af genindlæggelser. Derfor tænker vi, at de vedligeholdende faktorer kan være væsentlige at beskrive i forbindelse med genindlæggelse. Faktorer som kontrol, familieforhold og mentaliseringsevne er her udfoldet. Dertil beskriver afsnittet kognitive funktioner, selvværd og kultur og skønhedsidealiser som vedligeholdende faktorer.

De ovenstående afsnit har været med til at skabe en dybere og mere psykologisk forståelse af anoreksi. Desuden har de forskellige faktorer belyst, hvad der kan påvirke udviklingen af anoreksi, samt hvilke faktorer der kan spille en væsentlig rolle i, hvorvidt den unge oplever symptomforværring efter indlæggelse.

Dernæst blev behandling i psykiatrien beskrevet. Først var fokus at redegøre for dag- og døgnbehandling. Her blev det fremhævet, at unge med anoreksi kun bør døgnindlægges i yderste tilfælde. Desuden blev det beskrevet, at det i NKR anbefales at indlægges kortvarigt, og at der i denne forbindelse kunne ses en stigning i antallet af indlæggelser men en forkortelse af længden i forhold til tidligere. Ydermere blev det klargjort gennem to interviewundersøgelser, at de psykologiske konsekvenser ved døgnindlæggelse indbefatter social isolation samt en følelse af at blive straffet, men at det omvendt kunne føles som en lettelse for patienterne.

Herefter understregede afsnittet, at behandlingen af anoreksi ofte er flersporet, og at flere forskellige faggrupper kan involveres. I tråd med dette blev de tre terapiformer, der anbefales af NICE guidelines, beskrevet. Familieterapi anbefales som førstevalg til unge med anoreksi, hvorfor denne terapiform blev gennemgået teoretisk og empirisk. Dernæst blev henholdsvis AFT og KAT redegjort for, hvor studier, der påviste effekt hos unge med anoreksi og i forebyggelse af genindlæggelser, blev gennemgået.

Afslutningsvist i blev et systematisk litteraturreview, lavet af forfatterne til nærværende speciale, opsummeret. Her blev resultaterne gennemgået, og fundene reflekteret over.

8 Etik

Når der udføres forskning, der involverer mennesker, er det vigtigt at deres rettigheder er sikret (Thomsen & Krogh, 2010, p. 16). Gennem Helsinki-deklarationen, og senere Taipei-deklarationen, er der udstedt retningslinjer, som al sundhedsvidenskabelig forskning bør underlægge sig (World Medical Association¹²). Her er et vigtigt punkt, at hensynet til de personer der undersøges, vejer højere end behovet for at skabe ny viden (ibid.). Det bør derfor altid overvejes, om den forskning der udføres, kan påvirke eller skade omgivelserne (Thomsen & Krogh, 2010, p. 188).

I nærværende registerstudie, er det blevet nøje overvejet, om undersøgelsen kan være skadelig for mennesker og omgivelser. Populationen i undersøgelsen deltager gennem det data, der opbevares i registrene (se afsnit 9.3 *Registrene*). Al data er anonymt, hvorfor det ikke kan lede tilbage til det enkelte individ. Det er muligt, at personer som er en del af populationen får kendskab til undersøgelsen. Det er vurderet at det ikke er sandsynligt, at dette vil skade individerne, da de hverken fremgår personligt eller har deltaget aktivt i forsøget. Desuden vurderes det, at omgivelserne ikke skades af de metoder og resultater, som optræder i nærværende undersøgelse, men snarere kan have gavn af disse.

I henhold til Uddannelses- og forskningsministeriets “Den danske kodeks for integritet i forskning” (Uddannelses- og forskningsministeriet, 2014), underlægger vi os princippet om ærlighed i afrapportering af resultater, samt i vores anerkendelse af andre forskere. Vi følger ligeledes princippet om gennemsigtighed, ved at fremlægge metoder og resultater præcist. Desuden påtager vi os ansvarlighed over for dataadministration og resultaternes pålidelighed, ved at søge fagkyndig hjælp til databehandling.

¹ <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical->

² <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-taipei-on-ethical-considerations-regarding-health-databases-and-biobanks/> tilgået den 20/5-2019

9 Metode

Nedenstående afsnit vil omhandle valg af forskningsmetodologi, samt begrunde for de udvalgte kriterier der afgrænser undersøgelsens kohorte. Da nærværende forskningsprojekt ønsker at udføre et registerstudie vil de anvendte danske registre blive beskrevet, samt hvad et registerstudie er, og hvilke styrker og begrænsninger der kan være forbundet med dette studie. Baggrunden for de udvalgte undersøgelsesvariable, som anvendes til at undersøge prædiktorer for genindlæggelse blandt unge med anoreksi, vil desuden blive beskrevet. Afslutningsvist redegøres der for de statistiske analysemetoder, hvor både de deskriptive og inferentielle analyser indgår.

9.1 Epidemiologi

Epidemiologi er en videnskabelig metode og forskningsdisciplin, der omhandler sygdomme og andre sundhedsrelaterede hændelser i en population (Ahrens & Pigeot, 2007, p. 4). Denne metodologi er brugbar i flere fagdiscipliner, som ønsker at undersøger mennesket, hvor blandt andet psykologien indgår (Wang, 2002, p. 2). Ifølge Ahrens og Pigeot (2007) definerer MacMahon og Pugh (1970) epidemiologi som *”the study of the distribution and determinants of disease frequency in man”* (Ahrens & Pigeot, 2007, p. 3). Det som adskiller epidemiologien fra andre videnskabelige discipliner er, at der fokuseres på en befolkningsgruppe eller dele af en population frem for det enkelt individ. På denne måde forsøger denne videnskabelige metode at sammenligne forskellige karakteristika, som relateres til forekomsten af en sygdom i en bestemt befolkningsgruppe (Ahrens & Pigeot, 2007, p. 16). Netop dette er nærværende registerstudies formål, da antallet genindlæggelser og prædiktorer herfor undersøges i en afgrænset population i form af unge med anoreksi.

Epidemiologi kan inddeles i to forskellige undersøgelsesformer (Wang, 2002, p. 8). Det første er det deskriptive studie, som undersøger fakta såsom hyppigheden af en lidelse i en hel population. Det andet er det kausale studie, som primært fokuserer på årsagssammenhænge og risikofaktorer i forhold til det ønskede forskningsområde (ibid.). I epidemiologisk forskning skal begge undersøgelsesformer så vidt muligt

anvendes og måles på, selvom disse stiller to vidt forskellige typer af spørgsmål til forskningen (ibid.). De to undersøgelsesformer forekommer begge i nærværende registerstudie. Det deskriptive studie indgår her i form af beskrivende analyser, som vedrører karakteristika for den ønskede population, karakteristika fra forældre samt omfanget af genindlæggelser. Det kausale studie vil indgå i form af analyser af forskelle på og risikoen mellem diverse karakteristika og genindlæggelse blandt unge med anoreksi.

9.2 Kohorten

Et kohortestudie er et epidemiologisk observationelt studiedesign (Thomsen & Krogh, 2018, p. 211). Det, der observeres, er *kohorten*, som er en gruppe mennesker med særlige karakteristika. I nærværende studie spænder kohorten unge fra 13 og indtil 18 år, der er diagnosticeret ud fra ICD-10 med F50.0 Anorexia nervosa eller F50.1 Anorexia nervosa atypica. Dermed er det både den klassiske anoreksi og den atypiske. Desuden medtages der kun unge, for hvem indlæggelse og eventuel genindlæggelse sker på døgnafsnit. Baggrunden for dette er, som tidligere beskrevet, at det repræsenterer den gruppe, der er allerhårdst ramt af lidelsen (se afsnit 4.1 *Dag- og døgnbehandling*). Når disse patienter udskrives, bør det ifølge NKR ske på baggrund af en normalisering af vægten og spisningen (Sundhedsstyrelsen, 2016). Genindlæggelserne på døgnafsnit sker derfor i forbindelse med et tilbagefald og som resultat af sygdomsforværring (se afsnit 4.2 *Indlæggelse og genindlæggelse i psykiatrien*). Patienter skal desuden have været indlagt og genindlagt mellem 01.01.2008 og 31.12.2013. Indexindlæggelsen, som angiver den første indlæggelse i den nævnte periode, skal være sket minimum et år før 31.12.2013. Årsagen hertil er, at vi i vores statistiske analyser undersøger patienter, der har været genindlagt inden for et år efter indexindlæggelse. Baggrunden for dette er, at vi i det føromtalt systematiske review finder, at en stor del af genindlæggelser finder sted inden for det første år efter udskrivelse (se afsnit 6 *Opsummering af systematisk litteraturreview*).

Studiet tager sit afsæt i børne- og ungdomspsykiatrien, da alle under 18 år behandles her. Det, som gør unge i adolescensen særligt interessante er, at flere debuterer med anoreksi i teenageårene (Pagsberg & Wang ifl. Valbak, 2015). Ligeledes ses der den

største incidens hos både piger og drenge i aldersgruppen fra 15-19 år, hvorfor unge i adolescensen er relevante at undersøge (se afsnit 2.2 *Incidens og prævalens*) (Hertz, 2001; Lucas et al., 1991). Baggrunden for valg af aldersgruppe er ligeledes, at spiseforstyrrelsen oftest påbegyndes inden patienten er fyldt 18 år (Skårderud, 2001), mens lidelsen typisk ikke ses hos unge under 13 år (Hecht & Schousboe, 2012). Desuden bliver både unge mænd og kvinder inkluderet i kohorten.

Et kohortestudie kan endvidere undersøge, hvorvidt deltagerne har været udsat for påvirkninger, som i nærværende registerstudie blandt andet er komorbide lidelser, brug af medicin og tidligere indlæggelser (se afsnit 9.5 *Undersøgelsesvariable*). Det undersøges om der kan ses associationer mellem disse faktorer og genindlæggelser (Hagger-Johnson, 2014, p. 152).

9.3 Registrene

Nedenstående afsnit vil beskrive Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Patientregister, som kan give relevant data i forhold til diagnoser, indlæggelser, genindlæggelser m.m. Desuden beskrives Lægemiddelregisteret, da nærværende registerstudie ønsker at anvende data herfra, til at undersøge om medicin er en mulig prædikator for genindlæggelse. De valgte registre anses som en god kilde til klinisk forskning, hvor data kan anvendes i en epidemiologisk analyse (Gregory & Radovinsky, 2012, p. 108). Igennem disse indsamles der en stor mængde data, som er interessant i videnskabelige og statistiske øjemed. Dette data kan bruges til at forske i bedre behandlingsmuligheder eller bedre medicinering af psykiatriske patienter (Sundhedsdatastyrelsen³). Til sidst beskrives opbygningen af et registerstudie, samt hvilke styrker og begrænsninger der er forbundet med denne studieform.

9.3.1 Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister

³ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/laegemiddelstatistikregisteret> tilgået d. 27/4-2019

Danmarks omfattende registre har international særstatus på grund af det massive omfang (Munk-Jørgensen & Perlo, 2000). I 1969 blev Det Psykiatriske Centralregister elektronisk. Dengang fungerede Det Psykiatriske Centralregister selvstændigt (ibid.). Det var i dette register, hvor data for psykiatriske indlæggelser og psykiatriske kontakter blev opbevaret. Otte år senere blev Landspatientregisteret (LPR) oprettet. Dette opbevarede data for alle somatiske indlæggelser i hele landet (Lyng, Sandegaard & Rebolj, 2011). I 1995 fusionerede Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister (ibid.). I denne forbindelse kom Landspatientregisterets til at dække indlæggelser af alle slags (ibid.).

LPR dækker aktuelt over alle hospitalsmæssige aktiviteter såsom indlæggelser, ambulante forløb og kontakter, samt over alle specialer som fx psykiatri, kirurgi. Data stammer fra hele landet og både fra offentlige og private hospitaler (Lyng et al., 2011). Den nærværende undersøgelse er bygget op på data fra LPR. Her bruges data fra LPR til at finde ud af, hvor mange personer, der har været døgnindlagt og genindlagt grundet anoreksi på de danske psykiatriske sygehuse. Ydermere stammer data om studiets andre variable som tidligere indlæggelser, alder, geografisk placering, komorbide lidelser samt forældres diagnoser, herfra.

Der findes to typer data i LPR nemlig administrativt og klinisk data. Det administrative data er CPR-numre, patientens region, hospitalsafdeling, tid og dato for handling samt hændelser der leder op til indlæggelse (ibid.). CPR-numre opbevares afidentificerede som personnumre (PNR) i LPR. Det kliniske data er diagnoser og operationer. De klassifikationer der bruges i LPR, er koder der kan findes i *Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS)* (ibid.). En kode kan fx være A for administrative forhold, hvortil der kan tilføjes tal og bogstaver alt efter hvilken type administrative data der søges (Sundhedsdatastyrelsen⁴). I registerforskning er det yderst vigtigt at bruge koderne rigtigt når data trækkes ud (Lyng et al., 2011). Bruges koderne forkert, får man ikke det ønskede data (ibid.), og man kan ikke lave den ønskede undersøgelse.

⁴ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer> tilgået d. 21/3-2019

Når data fra LPR bruges som en del af et registerstudie, er der visse faldgruber. Blandt andet vil der være data, der ikke bliver registreret – ifølge Lyngé et al. (2011) gælder det op mod 5%. Der kan desuden ses en diskrepans mellem LPR og det data, der findes i de kliniske databaser (ibid.).

9.3.2 Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) blev grundlagt i 1994 (Sundhedsdatastyrelsen⁵). Formålet med registret er at samle oplysninger om forbrug af medicin i hele Danmark. Ligesom de ovennævnte registre har dette også et stort omfang. Det data vi finder i LSR stammer fra køb af medicin. Hver gang en person går på apoteket og køber medicin på recept, bliver det registreret i LSR (ibid.). Medicinen der bruges er tilknyttet cpr-nummeret, hvorfor medicinen kan knyttes til borgeren. Da LSR fungerer i et samspil med LRP, kan den samme borger knyttes til hændelser og behandlinger på sygehusene (ibid.)

De forskellige medicinformer har ATC-koder, som står for *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*. Disse angiver hvilken klassifikation den pågældende medicin tilhører. Nærværende registerstudie bruger LSR til at finde ud af, om personerne har brugt en særlig type medicin, da det undersøges, om der ses en sammenhæng mellem medicinforbrug og genindlæggelse.

9.4 Opbygning af registerstudiet

Det første der gøres i udviklingen af et registerstudie er at identificere sin case selektion. I denne indgår de ønskede in- og eksklusionskriterier, som er med til at definere forskningens population (Vassar & Holzmann, 2013, p. 1ff; Panacek, 2007, p. 208). Den udvalgte case selektion i dette studie er beskrevet i afsnit 9.2 *Kohorten*. Desuden skal andre undersøgelsesvariable defineres før data trækkes ud af registrene (Panacek, 2007, p. 208). Disse variable er beskrevet i afsnit 9.5 *Undersøgelsesvariable*.

⁵ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/laegemiddelstatistikregisteret> tilgået d. 22/3-2019

Det er særligt vigtigt at udtrækning og kodning af data bliver gjort af en kvalificeret person, da kodningen skal udføres korrekt for ikke at kompromittere validiteten af data (Vassar & Holzmann, 2013, p. 3). På grund af de meget store datasæt, der bruges i dette registerstudie, er det vigtigt at udtrækning og kodning enten gøres af en ekspert eller af en, som er blevet trænet til formålet (Vassar & Holzmann, 2013, p. 3; Panacek, 2007, p. 209). I nærværende registerstudie er der søgt hjælp fra en fagkyndig for at sikre, at data bliver udtrukket korrekt samt at kodningen bliver udført ordentligt. Dette gøres for at sikre validiteten af analyserne.

Der er forskellige styrker og svagheder ved at lave et registerstudie. En styrke er, at et registerstudie kan være en brugbar metode til at undersøge mennesker og deres psykiske sundhed, da de etiske implikationer er mindre i registerstudiet, fordi populationen ikke er aktivt deltagende, og kun data om deres forløb anvendes. Desuden er et registerstudie forbundet med muligheden for at undersøge store populationer på kort tid og med en relativt lav omkostning (Gregory & Radovinsky, 2010, p. 108).

Dog er der også nogle faldgruber ved at lave et registerstudie. Blandt andet er der en risiko for bias og fejl, da registreringen af data går gennemgår en upræcis proces før det ender i registrene. Dette skyldes at det data, som står i registrene, ikke er beregnet til forskning (Panacek, 2007, p. 207ff). Der kan ligeledes være mangelfulde eller manglende data i registrene, hvilket kan skyldes at kvaliteten af dokumentationen er varierende blandt sundhedspersonalet. Endvidere kan det være vanskeligt at verificere den information som er registreret (Gregory & Radovinsky, 2010, p. 109).

9.5 Undersøgelsesvariable

Da dette registerstudie ønsker at undersøge prædiktorer for genindlæggelse blandt unge med anoreksi, er det nødvendigt at konkretisere definitionen af en prædiktor. Dette er relevant, da der er flere forskellige opfattelser af, hvad en prædiktor er.

En prædiktor kan forstås som bestemt variabel, der går forud for en hændelse – i nærværende registerstudie vil denne hændelse være en genindlæggelse. Derudover kan en prædiktor være et statistisk begreb, der også er kendt som den uafhængige variabel. I nærværende undersøgelse benyttes begge definitioner af en prædiktor. Undersøgelsesvariablene fungerer som en statistisk prædiktor i studiets analyser,

hvor de er den uafhængige variable, mens genindlæggelse er den afhængige variabel. I fortolkningen af resultaterne beskrives undersøgelsesvariablene også som prædiktorer ud fra den forståelse, at de går forud for genindlæggelse.

9.5.1 Alder

Alder ved indlæggelse undersøges som en prædiktiv variabel i dette studie. Forfatterne af nærværende registerstudie ønsker at undersøge, om der er en sammenhæng mellem alderen og genindlæggelse. Valget af alder som prædiktor skyldes, at tidligere forskning finder, at en ung alder ved debut af anoreksi kan være en prædiktiv variabel for genindlæggelse (se afsnit 2.2 *Incidens og prævalens*). Det er relevant og interessant for nærværende registerstudie at undersøge, om samme sammenhæng kan findes eller om resultaterne viser noget andet. Desuden kan alderen være med til at tegne et billede af en bestemt patienttype, som er i øget risiko for genindlæggelse.

9.5.2 Geografi

De psykiatriske hospitaler i Danmark er inddelt i regioner: Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland. Nærværende registerstudie undersøger, om den geografiske fordeling af patienterne kan være en prædiktiv variabel for genindlæggelse. Ved at inddele regionalt er det muligt at undersøge, hvor i landet den unge er blevet behandlet. At undersøge, om den regionale forskel mellem patienterne kan være en prædiktor for genindlæggelse er interessant, da man i Danmark har de samme anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (2016) i forbindelse med behandlingen af anoreksi, hvorfor man må formode at alle regionerne følger disse.

9.5.3 Komorbide lidelser

Som det er beskrevet i afsnittet om komorbiditet (se afsnit 2.4 *Komorbiditet*), ses det ofte, at en person med anoreksi har en komorbid lidelse. Derfor undersøger nærværende studie, om komorbide lidelser generelt kan prædiktere en genindlæggelse, samt

om visse komorbide lidelser er en stærkere prædikator for genindlæggelse end andre. Blandt de psykiatriske komorbide lidelser er depressionsdiagnoser (F32.X, F33.X), misbrugsdiagnoser (F10-18), visse angstdiagnoser (F41.X, F42.X), belastningsreaktioner (F43.X), mental retardering (F70-73, F78-79), gennemgribende udviklingsforstyrrelse (F84.X), ADHD (F90.X), personlighedsforstyrrelse (F60.X), psykose (F.22.X, F23.X, F24.X, F25.X) og emotionelle forstyrrelse opstået i barndommen (F93.X). Disse komorbide lidelser undersøges som en samlet gruppe, for at se om komorbide lidelser generelt giver en signifikant sammenhæng med genindlæggelse. Udvalgte komorbide lidelser - herunder depression (F32.X, F33.X), angst (F41.X, F42.X), personlighedsforstyrrelse (F60.X) psykose (F.22.X, F23.X, F24.X, F25.X), ADHD (F90.X), gennemgribende udviklingsforstyrrelse (F84.X), mental retardering (F70-73, F78, F79) og emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen (F93.X) bliver i nærværende registerstudie undersøgt særskilt som prædikator for genindlæggelse.

9.5.4 Medicin

For nogle patienter med anoreksi indgår psykofarmaka som en del af behandlingen. Det undersøges, om patienterne bruger antidepressiv medicin, med ATC-koderne N06AA, N06AB, N06AF, N06AG, N06AX, angstdæmpende medicin med ATC-koden N05B og ADHD-medicin med ATC-koderne N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12. I studiet indhenter vi, som nævnt, data fra Lægemiddelstatistikregisteret, for at kunne beskrive, hvor mange i vores population, der bruger psykofarmaka (se Tabel 7)

.3.2 Lægemiddelstatistikregisteret). Vi vil desuden undersøge om brugen af medicin viser en forskel mellem dem som genindlægges og dem som ikke genindlægges.

9.5.5 Forældrenes indkomst

Det undersøges i nærværende studie, hvorvidt der kan ses en statistisk sammenhæng mellem forældrenes disponible indkomst og genindlæggelser. Vi undersøger specifikt forældrenes indkomst de første 10 år af barnets liv. Det gør vi for at udflade effekten af livsbegivenheder, der kan påvirke indkomsten. Vi inddeler forældres ind-

komst i kategorierne høj, mellem og lav. En lav indkomst defineres som >400.001kr årligt, en mellemindkomst defineres som værende mellem 200.000 og 400.000kr om året, og en høj indkomst er alt under 200.000kr. På baggrund af data fra Danmarks Statistik har forfatterne af nærværende registerstudie selv defineret kategorierne for lav, mellem og høj indkomst.

9.5.6 Forældres diagnoser op til indlæggelse

Udover forældrenes disponible indkomst, ønskes det undersøgt, om forældrene har psykiatriske lidelser. Det bliver undersøgt, hvor mange af populationens forældre der op til indlæggelsen har fået en psykiatrisk diagnose. Som beskrevet i afsnit 3 *Sårbarheds-stress-modellen* og 5.2 *Familieterapi* er både genetik og familiens funktion afgørende for både udviklingen og behandlingen af anoreksi. Derfor undersøges det, om der er statistisk forskel på behovet for genindlæggelse alt efter om begge forældre har eller har haft en psykiatrisk lidelse.

9.5.7 Indlæggelse og genindlæggelse

Vi har valgt at afgrænse vores forståelse af genindlæggelser, ved at bestemme at to indlæggelser først bliver to separate forløb, hvis patienten har været udskrevet i fem dage eller derover. Nogle patienter genindlægges dagen efter udskrivelse, og dette betegner vi som værende én sammenhængende indlæggelse. Ved at sætte grænsen på fem dage eller derover, når patienterne at komme hjem og at opnå sygdomsforværing på ny. Dette gøres blandt andet, da det kan sige noget om sygdomsforløbet hos den unge.

9.6 Statistiske analysemetoder

Analysen af data bliver inddelt i både deskriptive analyser og inferentielle analyser, hvor test for forskelle indgår.

De deskriptive analyser laves for at beskrive og opsummere den udvalgte kohorte og undersøgelsesvariable. Via disse analyser skabes der et overblik over datasættet. I nærværende forskningsstudie analyseres der både for procentfordeling, gennemsnit, median, standardafvigelse og spredningen. Flere af disse resultater bruges til at teste for forskelle, mellem de unge der oplever en genindlæggelse og dem som ikke gør. Til at analysere forskellene mellem personer som genindlægges og dem som ikke bliver genindlagt anvendes både en t-test og en chi-i-anden test, som begge beskrives i dette afsnit.

9.6.1 T-test

En t-test er en statistisk parametriske test, som bruges til at måle forskellen mellem to grupper (Coolican, 2009, p. 363). I nærværende studie vil t-testen blive anvendt til at måle forskelle mellem de personer, som genindlægges og dem, som ikke gør. Formålet med en t-test er at undersøge, hvorvidt middelværdierne i gruppen af genindlagte patienter og gruppen af patienter som ikke genindlægges er identiske eller ej (ibid.). Da en t-test er en parametriske test forudsætter det, at data er normalfordelt (ibid., p. 360).

En t-test angiver en p-værdi, som indikerer om en undersøgt forskel er signifikant eller ej, og hvor langt fra hinanden de to grupper befinder sig (ibid., p. 342). T-testen bruges i nærværende studie til at undersøge, om alder for gruppen der genindlægges er signifikant forskellig fra gruppen der ikke genindlægges. For at kunne få en brugbar p-værdi er det væsentligt først at angive et signifikansniveau, som typisk sættes til 0,05 (5%) (ibid.). Signifikansniveauet er udtryk for, hvor stor sandsynligheden er for, at forskellen er tilfældig. Signifikansniveauet kan dog justeres. Dette gøres typisk for at undgå type 1 fejl. Ved at sætte et lavt signifikansniveau sikres en lille mulighed for at lave en type 1 fejl, mens muligheden for at lave en type 2 fejl bliver større (ibid.). Dermed risikeres det, at en reel forskelle mellem de to grupper ikke bliver fundet.

9.6.2 Chi i anden-test (χ^2 test)

Chi-i-anden testen bruges til analyse af data på et nominalt eller kategorisk niveau (ibid., p. 398f). Det er en statistisk hypotesetest, som anvendes når en association eller en forskel mellem to grupper og forskellige variable skal findes (ibid.). Dette gøres blandt andet ved hjælp af den forventede og den observerede fordeling. Den forventede fordeling kan første udregnes når værdierne fra den observerede fordeling kendes.

I nærværende studie anvendes testen til at undersøge, om der er en forskel mellem de personer som bliver genindlagt og dem som ikke bliver genindlagt ud fra flere prædiktive variable (se afsnit 9.5 *Undersøgesvariable*). Ved en Chi-i-anden test er nulhypotesen (H_0), at der ingen forskel er. Den alternative hypotese (H_1) viser, at der er en forskel i forhold til den forventede fordeling (ibid., p. 325f & 401). Afhængig af teststørrelsen bliver der enten fundet støtte til nulhypotesen eller ej. Har teststørrelsen en høj værdi betyder dette, at der er en stor forskel mellem den observerede og den forventede fordeling, hvilket giver grundlag til skepsis over for H_0 (ibid., p. 399ff). En lille teststørrelse afspejler derimod, at den observerede og den forventede fordeling ligger tæt på hinanden, hvilket giver anledning til at acceptere H_0 (ibid.). Til at vurdere om teststørrelsen er stor eller ej anvendes *degree of freedom* (*df*) (ibid., p. 401). *Df* er mulige variationer i den observerede population, som kan udregnes ved at kende antallet af variable (k) og trække 1 fra dette ($k-1$) (ibid., 401f).

Ligeledes kan p-værdien indikere om nulhypotese støttes eller ej, hvor et signifikansniveau på 0,05 (5%) ofte indikere, at der er en signifikant forskel, mens et signifikansniveau på 0,01 (1%) viser en højsignifikant forskel (ibid., p. 342). Er p-værdien mindre end det valgte signifikansniveau forkastes nulhypotesen, mens den accepteres ved en p-værdi over det valgte signifikansniveau (ibid.).

10 Resultater

10.1 Deskriptive resultater

Det samlede sample er på 461 personer, der har været indlagt med anoreksi på et døgnafsnit i Danmark. Af disse er 416 piger (90,2%) og 45 drenge (9,8%) (se Tabel 1).

Tabel 1

Køn	Antal	Procent
Piger	416	90,2%
Drenge	45	9,8%

De er mellem 13 og 18 år ved indexindlæggelse, og i gennemsnit 15,6 år (SD=1,8). Da de bliver diagnosticeret med anoreksi er de i gennemsnit 15,1 år (SD=1,5) med en spredning på 9 til 18 år (se Tabel 2).

Tabel 2

Alder	Gennemsnit	Standardafvigelse	Spænd
Alder ved indexindlæggelse	15,6 år	1,8	13-18 år
Alder ved diagnosticering	15,1 år	1,5	9-18 år

Den regionale fordeling viser en nogenlunde jævn fordeling mellem de fem danske regioner. I alt kommer 31,2% fra Region Hovedstaden, 17,8% fra Region Sjælland, 24,1% fra Region Syddanmark, 13,0% fra Region Midtjylland og 13,9% fra Region Nordjylland (se Tabel 3).

Tabel 3

Fordeling i regioner

	Antal	Procent
Region Hovedstaden	144	31,2%
Region Sjælland	82	17,8%
Region Syddanmark	111	24,1%
Region Midtjylland	60	13,0%
Region Nordjylland	64	13,9%

Ud fra den samlede kohorte har 8,7% været indlagt før inddexindlæggelsen (se Tabel 4). I alt bliver 148 genindlagt efter indexindlæggelsen, hvilket svarer til 32,1% (se Tabel 5). Som nævnt i afsnit 4.2 *Indlæggelse og genindlæggelse i psykiatrien* bliver indlæggelser fra 0-5 dage efter udskrivelse ekskluderet, hvilket giver en spredning på 5-365 dage fra udskrivelse til genindlæggelse, og et gennemsnit på 114 (SD=100).

Tabel 4

Indlæggelse før indexindlæggelse

	Antal	Procent
	40	8,7%

Tabel 5

Genindlæggelse

	Antal	Procent
	148	32,1%

Af de 461 patienter, der har været indlagt på et døgnafsnit har 45,6 % en komorbid lidelse. I Tabel 6 ses fordelingen af komorbide lidelser. Den mest almindelige komorbide lidelse er depression, som forekommer hos 26,7% af populationen. Derefter kommer angst, som ses ved 10,2%. Psykose-diagnoser og ASF ligger på henholdsvis 8,5% og 8,7%, og er derfor tæt på at have den samme forekomst som unge med en komorbid angstdiagnose. Selvom personlighedsforstyrrelser i litteraturen fremhæves, som en af de mest hyppige komorbide lidelser (Skårderud, 2001), ses den i nærværende population hos blot 5,4%.

Tabel 6

Komorbiditet

	Antal	Procent
Depression	123	26,7%
Angst	47	10,2%
Psykoser	39	8,5%
ADHD	9	2,0%
Autisme	40	8,7%
Personlighedsforstyrrelser	25	5,4%
Mental retardering	16	3,5%
Emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen	15	3,3%
Samlet antal på tværs af diagnoserne	210	45,6%

Som det fremgår af Tabel 7, får næsten en fjerdedel (24,5%) antidepressiv medicin, hvilket er tæt på det antal, der har en komorbid depression. Der er dog kun 2,4%, der får angstdæmpende medicin, på trods af, at 10,2% har en angstdiagnose.

Tabel 7

Medicin

	Antal	Procent
Antidepressiv	113	24,5%
Angstdæmpende medicin	11	2,4%
ADHD-medicin	7	1,5%

I Tabel 8, rapporteres det hvor mange af populationen, der har forældre, som har fået en psykiatrisk diagnose fra barnets fødsel op til indexindlæggelsen. I alt har 19,5% af populationen enten en mor eller far, som har en psykiatrisk lidelse. For 12,4% gælder det, at moderen har en diagnose, hvor 9,1% har en far med en diagnose (s Tabel 8).

Tabel 8

Forældrenes psykiatriske diagnose

	Antal	Procent
Mor har en diagnose	57	12,4%
Far har en diagnose	42	9,1%
Samlet antal af enten mor eller far som har en diagnose	90	19,5%

Desuden viser Tabel 9, hvordan forældrenes gennemsnitlige disponible indkomst de første 10 år af barnets liv fordeler sig i populationen. Her ses det, at over halvdelen (51,4%), har en indkomst, som vi kategoriserer som en høj indkomst. Kun 1,7% befinder sig i gruppen med en lav indkomst, hvormed en stor andel (45,8%) ligger i gruppe af familier med en mellem indkomst. Her mangler vi dog data fra 5 personer svarende til 1,1%. Det er vigtigt at have for øje, at denne indkomst dækker over hele familien, hvorfor tolkning må ske med forbehold, da det er forfatterne, som på baggrund af viden fra Danmarks Statistik har opsat kriterierne for en lav, middel og høj indkomst (se afsnit 9.5.5 *Forældrenes indkomst*)

Tabel 9

Familiens disponibel indkomst

	Antal	Procent
Lav indkomst: ≤ 200.000 kr. årligt	8	1,7%
Middel indkomst: 200.001-400.000 kr. årligt	211	45,8%
Høj indkomst: >400.000 kr. årligt	237	51,4%

10.2 Inferentielle resultater

På baggrund af de deskriptive resultater bliver test for forskelle mellem dem som genindlægges og dem som ikke genindlægges undersøgt. Alder er den eneste prædiktor som undersøges ved hjælp af en t-test. Dette gøres ud fra gennemsnitsalderen i henholdsvis den gruppe som genindlægges ($M=15,49$) og den gruppe som ikke gen-

indlægges ($M=15,62$). Resultaterne fra t-testen indikerer ingen signifikant forskel i alder ($t(459)=0,032$, $p=0,3529$) (se tabel 10).

Tabel 10

Test for forskel mellem alder og genindlæggelse

Gennemsnitsalder: genindlagte	Gennemsnitsalder: ikke genindlagte	F	t	df	P
15,49	15,62	0,068	0,932	459	0,352

En chi-i-anden test bliver anvendt til at måle om de andre undersøgelsesvariable (se afsnit 9.5 *Undersøgelsesvariable*) kan være prædiktorer for genindlæggelse. Som det fremgår af tabel 10 er forskellen mellem tidligere indlæggelser før indexindlæggelsen ikke en signifikant prædiktor for genindlæggelse ($X^2(1)= 0,585$, $p=0,444$).

Endvidere testes det, om der er en forskel mellem dem som genindlægges, og dem som ikke genindlægges, ud fra hvilken region de er har fået behandling i. Her bliver det ikke fundet en signifikant forskel ($X^2(4)= 1,917$, $p=0,751$).

De generelle komorbide lidelser vise ligeledes ingen signifikante resultater i relationen til genindlæggelse ($X^2(1)= 0,007$, $p=0,933$) (Tabel 11). Udvalgte komorbide lidelser bliver desuden undersøgt som mulig prædiktor for genindlæggelse. Af tabel 11 ses det, at ingen af de komorbide lidelser viser en signifikant forskel mellem de udvalgte komorbide lidelser og genindlæggelse.

I Tabel 11 rapporteres endvidere forskellen mellem dem som genindlægges og dem som ikke genindlægges på baggrund af deres medicinske behandling. Ud af i alt 461 undersøgelsespersoner får 113 personer antidepressiv medicin ($X^2(1)=1,199$, $p=0,273$) mens 11 personer får angstdæmpende medicin ($X^2(1)= 0,121$, $p=0,728$) og 7 personer får ADHD-medicin ($X^2(1)= 0,041$, $p=0,840$). Disse resultater rapporterer ingen signifikant forskel mellem personer som genindlægges og personer som ikke genindlægges i forhold til brugen af psykofarmaka.

Det undersøges om forældrenes psykiatriske diagnose kan vise en association mellem dem som genindlægges og dem som ikke gør (se tabel 11). Forskellen er ikke

signifikant ($X^2(1)= 0,611$, $p=0,434$) (Tabel 10). Endvidere sammenlignes genindlæggelse i de familier som har en lav disponibel indkomst med genindlæggelse i de familier som har en middel og høj disponibel indkomst. Her findes der intet signifikant resultat ($X^2(2)= 5,355$, $p=0,069$).

Tabel 11

Test for forskelle mellem prædiktorer og genindlæggelse

	X^2	<i>df</i>	P
Tidligere indlæggelser	0,585	1	0,444
Komorbiditet generelt	0,007	1	0,933
Depression	0,012	1	0,912
Angst	0,474	1	0,491
Psykose	2,578	1	0,108
Personlighedsforstyrrelser	0,796	1	0,372
Forældres diagnose	0,611	1	0,434
Geografi	1,917	4	0,751
Antidepressiv medicin	1,119	1	0,273
Angstdæmpende medicin	0,121	1	0,728
ADHD-medicin	0,041	1	0,840
Familiens disponible lave indkomst i forhold til familier med middel eller høj disponibel indkomst	5,355	2	0,069

10.3 Sammenfattende delkonklusion af resultaterne

Resultaterne i foreliggende undersøgelse fandt på baggrund af de deskriptive analyser, at 148 ud af 461 danske unge med anoreksi blev genindlagt efter indexindlæggelse, hvilket svarede til 32,1%. Fra udskrivelse til genindlæggelse gik der i gennemsnit 114 dage ($SD=100$), og 8,7% havde tidligere været døgnindlagt. De deskriptive resultater viste desuden, at der i det samlede kohorte var 416 piger og 45 drenge, som ved indexindlæggelse havde en gennemsnitsalderen på 15,6 år. I alt havde 45,6% en komorbid lidelse, hvor lidelsen med den højeste forekomst var depression. Derudover var der flere fra det samlede kohorte, som modtog psykofarmaka. I den undersøgte kohorte var der 19,5%, som havde en forældre med en psykiatrisk diagnose. Over halvdelen kom fra en familie med en høj disponibel indkomst, mens kun 1,7%

kom fra en familie med en lav disponible indkomst. I test for forskelle blev der ud fra en t-test og chi-i-anden test ikke fundet nogen statistisk signifikante forskelle på de udvalgte undersøgelsesvariable.

11 Diskussion af genindlæggelsesprocenten

Følgende afsnit vil være en teoretisk diskussion om genindlæggelsesprocenten, og om hvorfor nærværende registerstudie finder en høj genindlæggelsesprocent sammenlignet med andet litteratur. Afsnittet vil først tage udgangspunkt i et systematisk litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende registerstudie (Larsen & Laursen, 2018), der ligeledes har undersøgt genindlæggelsesprocenten hos unge med anoreksi. Resultaterne fra dette systematiske litteraturreview vil blive sammenlignet med de resultater, der findes i foreliggende undersøgelse (se afsnit 10.1 *Deskriptive resultater*), hvor størrelsen på samplet vil blive diskuteret som mulig årsag til størrelsen på genindlæggelsesprocenten. Efterfølgende vil det blive diskuteret, hvorvidt behandlingen af anoreksi kan påvirke antallet af genindlæggelser. Formålet med følgende afsnit er at afklare mulige årsager til og påvirkninger af den høje genindlæggelsesprocent, som er fundet i nærværende studie.

11.1 Genindlæggelsesprocenter fundet i litteraturen

Dette studies genindlæggelsesprocent vil blive sammenlignet med genindlæggelsesprocenterne, som er fundet i de inkluderede studier fra det systematiske litteraturreview lavet af samme forfattere (Larsen & Laursen, 2018). Diskussionen beror på en interesse for at forstå nærværende studies genindlæggelsesprocent, samt at forholde sig til størrelsen af denne i forhold til anden forskning på området.

11.1.1 Sammenligning af genindlæggelsesprocent med et systematisk litteraturreview

Som nævnt i afsnit 10.1 *Deskriptive resultater* finder nærværende registerstudie, at 32,1% ud af 461 unge med anoreksi bliver genindlagt i Danmark inden for en etårig opfølgingsperiode (se Tabel 5). Dette resultat er sammenligneligt med et studie af

Avnon et al. (2017), som er et af de inkluderede studier i det førnævnte systematiske litteraturreview (se afsnit 6 *Opsummering af systematisk litteraturreview*). Studiet af Avnon et al. (2017) fandt en genindlæggelsesprocent på 34% med en opfølgingsperiode på et år. Gennemsnitsalderen i studierne er ligeledes tæt på hinanden, hvor nærværende studie har en gennemsnitsalder på 15,6 år ved indexindlæggelse (Se Tabel 2), mens studiet af Avnon et al. (2017) havde en gennemsnitsalder på 14,85 år. Dermed har studiet af Avnon et al. (2017) det bedste sammenligningsgrundlag med nærværende registerstudie blandt alle de inkluderede studier. Udover dette studie bliver der i det systematiske litteraturreview af Larsen og Laursen (2018) inkluderet fem studier, som har en opfølgingsperiode på et år (Castro et al., 2004; Föcker et al., 2015; Nova et al., 2004; Seitz et al., 2016; Strandjord et al., 2015). Blandt disse studier varierer genindlæggelsesprocenten fra 17,36 til 42,86%, hvor det eneste studie, som fandt en højere genindlæggelsesprocent end nærværende undersøgelse er studiet af Nova et al., (2004). Dette fandt en genindlæggelsesprocent på 42,86%. Dermed er antallet af genindlæggelse i foreliggende undersøgelse det tredjehøjeste som forfatterne af nærværende speciale har fundet i litteraturen, kun overgået af Avnon et al. (2017) og Nova et al. (2004).

Det kan være vanskeligt at forklare årsagen til de varierende genindlæggelsesprocenter, som findes i litteraturen, da dette kan være påvirket af studiernes forskelligartede formål og design. Dog vil det nedenstående afsnit forsøge at diskutere dette studies genindlæggelsesprocent og andre studiers genindlæggelsesprocent på baggrund af samplestørrelsen.

11.1.1.1 Samplestørrelsens betydning for forskelle i genindlæggelsesprocenten

Der er flere ting, som adskiller de ovennævnte studier fra nærværende registerstudie. Blandt andet er samplestørrelsen meget varierende, hvor de 461 unge med anoreksi, som inkluderes i dette registerstudie, er det største sample sammenlignet med alle de inkluderede studier i det systematiske litteraturreview af dette speciales forfattere (Larsen og Laursen, 2018). Blandt de inkluderede studier med en etårig opfølgingsperiode, ses det største sample i et amerikansk kohortestudie, som inkluderede 203

personer (Strandjord et al., 2015), hvilket gør samplet fra pågældende registerstudie mere end dobbelt så stort. Dermed kan samplestørrelsen i foreliggende undersøgelse være med til at øge den interne validitet af resultatet omkring genindlæggelsesprocenten, da samplet er repræsentativt for den undersøgte målgruppe (Coolican, 2009, p. 86). Dette skyldes, at undersøgelsen består af et sample, som afspejler den reelle fordeling af danske unge med anoreksi som genindlægges, over en femårig periode. Desuden viser de deskriptive resultater, at nærværende undersøgelse spænder bredt i den udvalgte aldersgruppe, da både unge på 13 år og unge op til 18 år er inkluderet (se Tabel 2). Endvidere følger fordelingen af piger og drenge også den forventede fordeling som beskrives i afsnit 2.2 *Incidens og prævalens*, hvor 10-12 gange så mange kvinder end mænd bliver diagnosticeret med anoreksi (se Tabel 1) (Lunn et al., 2010, p. 66). Da nærværende registerstudie undersøger alle danske unge med anoreksi, som opfylder de udvalgte inklusionskriterier (se afsnit 9.2 *Kohorten*), er genindlæggelsesprocenten en reel afspejling af antallet af genindlæggelser i den undersøgte tidsperiode (se Tabel 5). Desuden øges den statistiske tyngde i nærværende registerstudie på grund af det store sample. Derfor er der en øget chance for at opdage en forskel mellem dem som genindlægges og dem som ikke genindlægges på de undersøgte prædiktorer, hvis en sådan forskel findes (se Tabel 10 + 11) (Coolican, 2006, p. 47f). Dermed bliver den statistiske usikkerhed i foreliggende registerstudie mindsket, hvilket bevirker at risikoen for at lave type-2 fejl også mindskes.

Det er væsentligt når man undersøger forskellen mellem to grupper – i dette tilfælde mellem dem som bliver genindlagt og dem som ikke bliver genindlagt – at samplet er repræsentativt for denne undersøgte population (ibid., p. 41). Derfor skal ens sample vise den reelle afspejling, og ikke over- eller underrepræsentere en delgruppe. På baggrund af de deskriptive resultater ses det (se Tabel 1-9), at populationen ikke repræsenterer en unaturlig skævhed i de undersøgte parametre, og man kan derfor antage, at størrelsen på samplet øger repræsentativiteten af den undersøgte population. Da den undersøgte population svarer til den egentlige fordeling mellem alder, køn, indkomst osv., kan delgrupperne dermed ikke være over- eller underrepræsenteret, hvilket er en styrke ved dette registerstudie. Når man arbejder med store samples er risikoen for, at samplet er behæftet med bias mindre, hvilket ligeledes styrker undersøgelsens repræsentativitet (ibid., p. 47f). En antagelse kan derfor være, at den store samplestørrelse giver registerstudiet et mere reelt billede af, hvor mange unge med

anoreksi, som genindlægges inden for den undersøgte målgruppe. Dog betyder en stor samplestørrelse nødvendigvis ikke, at undersøgelsen er god.

Ud over samplestørrelse, kan der ses en række andre faktorer, der kan tænkes at påvirke genindlæggelsesprocenten. I det systematiske litteraturreview af Larsen og Laursen (2018) findes der blandt andet ikke et dansk eller skandinavisk studie, som undersøger genindlæggelse hos unge med anoreksi, hvorfor nærværende registerstudie ifølge dets forfatteres kendskab er det eneste dansk eller skandinaviske studie af sin art. At studierne er foretaget på tværs af kulturer, og at der er en stor spredning i, hvornår disse studier er lavet (1995-2019), kan ligeledes være en faktor, som påvirker genindlæggelsesprocenten. Dette kan tænkes, da man gennem tiden har indsamlet mere viden om lidelsen og behandlingen af denne, og som følge heraf foretaget ændringer i behandlingen.

11.1.2 Behandlingen af anoreksi som forklaring på genindlæggelsesprocenten

Med udgangspunkt i den inddragede litteratur om behandlingen af anoreksi, har følgende afsnit til formål at diskutere, hvorvidt den høje genindlæggelsesprocent kan skyldes den behandling, som patienterne modtager (se afsnit 4 *Psykiatrisk behandling* og afsnit 5 *Behandling af anoreksi*). Afsnittet vil blandt andet komme ind på den aktuelle udvikling i psykiatrien, længden af en døgnindlæggelse og patientens vægtøgning under indlæggelse. Slutteligt vil forskelle på tværs af behandlingskulturer blive diskuteret, samt hvorvidt disse forskelle kan have betydning for genindlæggelsesraten i de respektive lande.

11.1.2.1 Behandling

Jævnfør afsnit 1.1 *Valg af problemfelt* er der i Danmark, inden for de seneste 18 år, set en ændring i både antallet og længden af de psykiatriske døgnindlæggelser. Dette er en udvikling, som muligvis kan have en indvirkning på den genindlæggelsesprocent, som findes i nærværende registerstudie. Årsagen hertil kan være, at flere børn og unge i dag bliver indlagt end for 10 år siden, samtidig med at antallet af genind-

læggelser er vokset for samme patientgruppe (se afsnit 4.2 *Indlæggelse og genindlæggelse i psykiatrien*). Grundet det øgede behov for psykiatrisk behandling blandt børn og unge er ressourcerne i psykiatrien blevet færre (Danske regioner, 2016), hvilket kan have betydning for den behandling, som patienterne modtager. Dette ses blandt andet ved, at længden af indlæggelserne er blevet kortere (se afsnit 1.1 *Valg af problemfelt*). De kortere indlæggelser kan være medvirkende til, at flere patienter ikke modtager tilstrækkelig behandling for deres spiseforstyrrelse, hvorfor risikoen for tilbagefald og behovet for yderligere behandling muligvis vil være større. På denne baggrund kan det antages, at den udviklingsproces som den danske psykiatri har været igennem muligvis kan være en årsag til, at nærværende registerstudie finder en højere genindlæggelsesprocent sammenlignet med andet forskning på området (Larsen & Laursen, 2018).

I litteraturen bliver der fundet svag og tvetydig evidens for forskellige behandlingsformer til unge med anoreksi (Sundhedsstyrelsen, 2016; National Guideline Alliance, 2017). Dermed kan udvælgelsen af den rette behandling til patienten være en svær udfordring for behandlerne. Styrken af evidens bag en behandlingsform vurderes ud fra forskellige faktorer, som en udvalgt komité har fastsat (National Guideline Alliance, 2017, p. 52). Blandt andet er det blevet fastlagt, at god evidens afhænger af, om behandling gavner mere end den skader, og om behandlingen er omkostningseffektivt, hvorfor forholdet mellem ressourcerne og de sundhedsmæssige fordele kommer i betragtning (ibid.). Da det i forskningen ikke er lykket at finde en god og entydig evidens for behandlingen af børn og unge med anoreksi, kan dette muligvis være med til at påvirke effektiviteten og tilstrækkeligheden af behandlingen. Dette kan være en mulig årsag til, at nærværende registerstudie finder en genindlæggelsesprocent på 32,1% (se tabel 5). Det er dog værd at pointere, at familierapi er den behandlingsform, som anbefales af både de danske og internationale retningslinjer, da denne har det bedste evidensgrundlag ud fra disse retningslinjer (se afsnit 5.2 *Familierapi*). Der findes også anden forskning, hvor bestemte terapiformer, som mentaliseringsbaseret terapi (MBT) og kognitiv remediationsterapi (CRT), ligeledes kan være med til at nedbringe behovet for indlæggelser og genindlæggelser (Balestrieri et al., 2015; Harrison et al., 2018; Abbat-Daga et al., 2012; Robinson et al., 2016). Problemet er blot, at disse behandlingsformer ikke har et tilstrækkeligt stærkt evidensgrundlag, som kræves af NKR og NICE for at blive anbefalet til behandling af unge

med anoreksi (National Guideline Alliance, 2017, p. 52). Derfor vil det være fordelagtigt at lave stærkere studier, der formår at præsentere en behandlingsform, der opfylder kravene for god evidens (ibid., p. 191). Dette vil være gavnligt, da det er noget som undersøgelsen vil blive målt på i forhold til, om denne har en stærk eller svag evidens. Et sådan studie kunne eksempelvis være et randomiseret kontrolleret studie (RCT), som undersøger behandlingens evne til at reducere spiseforstyrrelsessymptomerne sammenlignet med en anden behandlingsform eller en kontrolgruppe. Dette kunne dermed indikere om denne behandling er bedre til at mindske risikoen for tilbagefald og genindlæggelse.

11.1.2.2 Indlæggelse og vægtøgning

Et spørgsmål, der vedrører behandlingens kvalitet er, hvorvidt indlæggelserne har den rette længde og omfang. Det anbefales som nævnt at indlægge i så kort tid som muligt, hvor betingelserne for en udskrivelse er en normaliseret vægt og selvstændig spisning (se afsnit 4.2 *Indlæggelse og genindlæggelse i psykiatrien*). Samstemmende med dette finder det systematiske litteraturreview af Larsen og Laursen (2018) flere studier, som viste, at længden på indlæggelsen ikke prædikerer genindlæggelser eller tilbagefald (Avnon et al., 2017; McKenzie & Joyce, 1992; Steinhausen et al., 2008). Dermed stemmer Sundhedsstyrelsen (2016) anbefalinger overens med resultaterne fra det systematiske litteraturreview (Larsen & Laursen, 2018), da ingen af disse finder belæg for, at en længerevarende indlæggelse mindsker risikoen genindlæggelser. På trods af den aktuelle litteratur på området synes vi fortsat, at det ville være relevant at udfordre og undersøge denne påstand på danske unge med anoreksi. Dette ville have været en mulighed at undersøge i foreliggende registerstudie, men blev valgt fra til fordel for andre relevante undersøgelsesvariable.

Et grundlæggende problem, med længden af indlæggelserne i den danske psykiatri, er som nævnt i afsnit 1.1 *Valg af problemfelt*, at man på døgnafsnittene må udskrive de bedste af de dårligste, for at have sengepladser nok til de dårligste af de dårligste. Dermed kan det antages, at en del af patienterne udskrives, for at gøre plads til nye og dårligere patienter. Med tanke på det lave antal sengepladser på døgnafsnittene, synes det derfor ikke usandsynligt, at en del af de indlagte børn og unge ikke vægt-

øger tilstrækkeligt, før de udskrives. Dermed er spørgsmålet, om de der ikke opnår tilstrækkelig vægtøgning og normaliseret spising, har en større risiko for genindlæggelse end de, der opnår disse krav for udskrivelse. Her må vigtigheden af vægtøgning fremhæves, da vi som nævnt i afsnit 6 *Opsummering af systematisk litteraturreview* finder flere andre studier, som har undersøgt vægtøgningen under indlæggelse som en prædiktor for genindlæggelse. Disse studier fandt alle, at der er en signifikant sammenhæng mellem en utilstrækkelig vægtøgning og et større behov for genindlæggelse (Avnon et al., 2017; Castro et al., 2004; Steinhausen et al., 2008). Desværre har vægtøgningen ikke været en mulig undersøgelsesvariable i foreliggende undersøgelse, da vægt og BMI ikke findes i de anvendte registre (se afsnit 9.3 *Registrene*). Dermed kan vi kun forestille os, hvad vægtøgning betyder for netop vores population. Det kan dog være væsentligt for fremtidig forskning at undersøge om en utilstrækkelig vægtøgningen hænger sammen med et øget behov for genindlæggelse. Dette kunne gøres ved at indhente de unges BMI-percentil efter indlæggelse, for dermed at undersøge om denne har en kritisk nedre grænse. På denne måde er det muligt at sammenligne BMI-percentilen hos de personer, som bliver genindlagt og dem som ikke gør. Desuden vil det være muligt at lave et semistruktureret interview ud fra *Eating Disorder Examination* (EDE) for dermed at belyse spiseforstyrrelsessymptomerne efter endt behandling. En sammenligning af resultaterne fra *Eating Attitude Test* (EAT) mellem dem som bliver genindlagt, og dem som ikke gør, vil ligeledes være relevant at undersøge. Ved at forske i disse ting bidrages der til mere viden om området, som kan hjælpe både behandlere og patienter til at skabe det bedst mulige behandlingsforløb under indlæggelse.

I tråd med ovenstående er det vigtigt ikke alene at fokusere på tallet på vægten. Vægtøgning hos unge med anoreksi kan være et resultat af en stor indsats fra individet. Derfor kan det antages, at de psykologiske mekanismer bag vægtøgningen i høj grad er vigtige, for at fortsætte et godt behandlingsforløb. Fortsættelsen af behandlingsforløbet er af stor betydning, da anoreksi som beskrevet i afsnit *Sårbarhedsstress-modellen* opstår på baggrund af forskellige faktorer, og derfor ikke kan behandles ud fra vægtkriterierne alene. I et studie af Kuosmanen et al. (2016) påpegede flere af interviewpersonerne desuden, at fokus på vægtøgning og spising ofte blev for intenst, hvorfor de udtrykte et behov for, at der ligeledes bliver taget hånd om de psykologiske faktorer, som ligger bag udviklingen af spiseforstyrrelsen. Det kan der-

for argumenteres for, at der i ligeså høj grad, som fokus på selve vægtøgningen, skal være fokus de sunde og stærke psykologiske mekanismer, som skaber vægtøgningen, og som muligvis bør støttes i behandlingen. Dette kan både gøres under indlæggelse, i dagbehandling og i ambulante behandling, hvilket dog ikke underminerer vigtigheden af selve vægtøgningen og dens positive effekt på både kroppen og psyken. Hos de patienter, der er underernærede, hvilket døgnindlagte patienter ofte er (Sundhedsstyrelsen, 2016; National Guideline Alliance, 2017), er vægtøgning nemlig en forudsætning for at kunne tilbyde terapi, da de nedsatte kognitive funktioner forbundet med underernæring gør det vanskeligt at behandle de psykologiske faktorer hos den unge med anoreksi (Katzman, 2012, p. 1).

11.1.3 Den kulturelle forståelse af behandlingen

Genindlæggelsesprocenten i nærværende registerstudie kan forstås som et resultat af blandt andet behandlingen ved indlæggelse. Derfor kan det være relevant at diskutere dette studies fund over for andre studier, hvor behandlingen er en anden.

På baggrund af det systematiske litteraturreview af specialets forfattere (Larsen & Laursen, 2018) er det muligt at sammenligne genindlæggelsesprocenterne fra dette registerstudie (Se Tabel 5), med genindlæggelsesprocenten fundet i studier fra andre lande. Larsen og Laursen (2018) finder i den inkluderede litteratur varierende genindlæggelsesprocenter mellem de forskellige lande. Dette kan tænkeligt skyldes måden, hvorpå sundhedssektorerne er bygget op i de forskellige lande, samt hvordan anoreksi behandles. Det er af Herpertz-Dahlmann (2014) beskrevet, at behandlingen af anoreksi er forskellige på tværs af landegrænser. Ligeledes har forståelsen for behandlingen af anoreksi over tid ændret sig i hele verden (Danske Regioner, 2016; Halmi, 2009; Herpertz-Dahlmann, 2014). I Danmark døgnindlægges moderat til svært syge patienter (Sundhedsdatastyrelsen, 2016), hvorimod USA behandler disse patienter med en kort indlæggelse efterfulgt af dagbehandling (Halmi, 2009; Herpertz-Dahlmann, 2014). De forskellige måder at behandle på, kan have betydning for behovet for genindlæggelse, da forskellige behandlingsformer kan have forskellige resultater og formål. Som nævnt i afsnit 5 *Behandling af anoreksi* findes der både danske og internationale kliniske retningslinjer til behandling af anoreksi (Sundheds-

styrelsen, 2016; National Guideline Alliance, 2017). Heri anbefales det kun at indlægge børn og unge med anoreksi på døgnafsnit i yderste tilfælde. Det anbefales endvidere først at udskrive patienten, når vægten og spisningen er normaliseret (Sundhedsstyrelsen, 2016). Men da der som beskrevet tidligere ikke findes stærk og entydig evidens for behandling af anoreksi, står mange behandlere over for en stor opgave i forhold til at behandle børn og unge med anoreksi tilstrækkeligt under indlæggelse. Som nævnt anbefales det at behandle med familierapi, mens der ligeledes bør overvejes behandling med fokus på kernesymptomer (ibid.).

Et parameter, som adskiller den amerikanske behandlingsform og den danske behandlingsform, er længden af døgnindlæggelsen. I USA er der ifølge Herpertz-Dahlmann (2014) fokus på korte indlæggelser efterfulgt af dagbehandling til patienter som er svært til moderat syge, mens døgnindlæggelser i Danmark har mere fokus på at normalisere vægten og spisningen, hvorefter patienten udskrives til dag- eller ambulant behandling (Sundhedsstyrelsen, 2016). En formodning kan være, at genindlæggelsesprocenterne i USA vil være mindre end i Danmark, da flere af de omtalte psykologiske konsekvenser ved at blive døgnindlagt bliver reduceret, da indlæggelserne er kortere (se afsnit 4.2.1 *Psykologiske konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelse*). Dette kan muligvis øge patienternes chance for at opnå et bedre resultat med behandlingen, og derigennem nedsætte risikoen for tilbagefald og genindlæggelse. Desuden får familien en større rolle i behandlingen, hvilket vi, på baggrund af den viden, vi har om familierapi (se afsnit 5.2 *Familierapi*), ved, kan være gavnligt for patienten.

Derfor kan den behandlingsmetode, som anvendes i USA, muligvis være gavnlig i forhold til at sænke antallet af genindlæggelser. Behandlingen af anoreksi er dog ikke noget som nærværende registerstudie har haft mulighed for at undersøge nærmere, da undersøgelsen ikke har fokuseret på forskellene mellem dag-, døgn-, og ambulant behandling. Desuden har foreliggende undersøgelse blot haft fokus på danske genindlæggelser og dermed ikke på at undersøge genindlæggelsesprocenterne på tværs af landegrænser. Dertil har det ikke været muligt i de anvendte registre (se afsnit 9.3 *Registrene*), at undersøge om der findes en forskelle i de behandlingsmetoder, som anvendes på de psykiatriske døgnafsnit i Danmark. Derfor har det for nærværende registerstudie været umuligt at undersøge, hvorvidt behandlingen ville på-

virke behovet for genindlæggelse. Det vil dog være relevant at undersøge, om behandlingen kan påvirke antallet af genindlæggelser, som observeres blandt unge med anoreksi. Dette kunne blandt andet gøres i et systematisk litteraturreview, som både kan undersøge forskelle mellem danske behandlingsformer og behovet for genindlæggelse, samt ved at sammenligne den danske behandlingsform med andre landes behandlingsformer og se på forskelle i behovet for genindlæggelser. En sådan undersøgelse vil være mulig at lave for fremtidige forskere.

Ovenstående afsnit har på baggrund af et systematisk litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende speciale, samt den inkluderede teori forsøgt at diskutere, hvorfor genindlæggelsesprocenten i foreliggende undersøgelse er høj sammenlignet med andet litteratur. Det er blevet diskuteret, om samplestørrelsen kan have en betydning på resultaterne, og hvorvidt den undersøgte population i dette speciale er repræsentativt for danske unge med anoreksi. Desuden er det på baggrund af den inkluderede teori diskuteret, hvordan behandlingen kan forårsage en øget risiko for genindlæggelse. For at undgå genindlæggelse, gælder det både om at finde den bedste terapi at behandle denne gruppe af patienter med. Det gælder ligeledes om at sørge for, at patienterne vægtøger tilstrækkeligt, og at adressere de mekanismer, der skaber vægtøgningen. Desuden påtales den manglende evidens for behandling af unge med anoreksi, og hvordan fremtidig forskning muligvis vil kunne bidrage med studier af stærk evidens. Slutteligt blev genindlæggelsesprocenten fra nærværende registerstudie og den danske behandlingsform sammenlignet med et amerikansk studie, hvor behandlingen er en anden end i Danmark.

12 Diskussion af andre mulige prædiktorer for genindlæggelse

Da det ikke har været muligt at finde nogle prædiktorer for genindlæggelse i nærværende registerstudie (se Tabel 10 + 11) vil følgende afsnit diskutere, hvilke andre mulige prædiktorer for genindlæggelse, der kunne være undersøgt i foreliggende undersøgelse. Når en undersøgelse finder nonsignifikante resultater, argumenteres der ofte for, at undersøgelsen har et for lille sample, hvorfor flere personer bør inklu-

deres. Dette skyldes, at store samples er med til at styrke undersøgelsens power (Coolican, 2006, p. 47f). Dog finder vi, at nærværende registerstudie har et stort sample sammenlignet med andre studier (se afsnit 11.1.1.1 *Samplestørrelsens betydning for forskelle i genindlæggelsesprocenten*), hvorfor det formodentlig ikke er størrelsen på samplet der medfører de nonsignifikante resultater (se Tabel 10 + 11). På baggrund af den inddragede teori i nærværende registerstudie, samt et systematisk litteraturreview lavet af samme forfattere, vil forskellige intrapsykiske faktorer samt relationelle og miljømæssige faktorer blive diskuteret som prædikator for genindlæggelse.

12.1 Intrapsykiske faktorer

Den første del af denne diskussion omhandler intrapsykiske faktorer. Disse faktorer er at finde hos individet selv, og vedrører ikke direkte relationelle problematikker, selvom de kan påvirke - og påvirkes af - relationer. Der lægges især vægt på personlighedstrækket perfektionisme, som er beskrevet i afsnit 3.1.3.2 *Perfektionisme*, og på selvværd, som er beskrevet i afsnit 3.1.3.4 *Selvværd* og 3.3.5 *Selvværd som vedligeholdende faktor*.

12.1.1 Perfektionisme

Perfektionisme er som beskrevet et personlighedstræk, der ofte ses hos personer med anoreksi (se afsnit 3.1.3 *Psykologiske forhold som disponerende faktorer*). Det har dog ikke været muligt at undersøge dette som prædikator for genindlæggelse i nærværende registerstudie, da personlighedstræk ikke findes i registrene. Dog er det et træk, der er muligt at undersøge, hvilket vil blive beskrevet nedenfor.

Vi ønsker i nærværende afsnit at udfolde en teoretisk diskussion om, hvorfor perfektionisme kan være relevant at undersøge som prædikator for genindlæggelse. Dertil bliver det diskuteret, hvordan dette kan gøres.

12.1.1.1 Diskussion af perfektionisme som prædikator for genindlæggelse

Mange faktorer kan påvirke individets vej til at blive genindlagt. Faktorer som genetik og personlighed har stor indflydelse på individet (Carr, 2006, p. 818f). Det samme har kulturen og den kontekst, individet befinder sig i (ibid.). Hos personer, der er perfektionistiske, kan de skønhedsidealiser, som ses i den kulturelle kontekst skabe et ønske om, at opnå den perfekte krop. Dette kan som beskrevet tidligere være en faktor, der er disponerende i udviklingen af anoreksi (se afsnit 3.1.3.2 *Perfektionisme*).

For at forstå, hvorfor perfektionisme også kan anses som en prædikator for genindlæggelse, antager vi, at kropsopfattelsen spiller en afgørende rolle. Den forvrængede kropsopfattelse er et kernesymptom, som betyder, at individet ikke er i stand til at vurdere, hvor stor eller lille kroppen i virkeligheden er (Kearney-Cook & Tieger, 2015, p. 285ff). En antagelse kan være, at en person der er perfektionistisk i højere grad vil søge at opnå idealet om den perfekte krop. For personer der har udviklet anoreksi, betyder dette restriktiv spising og vægttab (ibid.). Dog betyder den forstyrrede kropsopfattelse, at individet ikke er i stand til at se, hvor tynd han eller hun bliver (ibid.). Derfor kan det tænkes jagten på den perfekte, tynde krop fortsætter langt efter det oprindelige mål for perfektion er nået, hvilket i sidste ende kan føre til gentagne indlæggelser.

En anden problemstilling for personer, der er meget perfektionistiske, er, når alt andet end perfekt bliver en fiasko (Hecht & Schousboe, 2012, p. 19). Følelsen af aldrig at nå det perfekte bliver en konstant følelse af at være mislykket. For personen med en spiseforstyrrelse bliver det nødvendigt at fortsætte kampen for perfektion og dermed den tynde krop for at undgå at være en fiasko (se afsnit 3.1.3 *Psykologiske forhold som disponerende faktorer* og 3.1.4 *Kultur som disponerende faktor*). Derfor kan det tænkes, at indlagte personer føler det som en fiasko, når de tager på. Dette kan muligvis føre til, at de taber sig igen efter udskrivelse, hvilket kan medføre en genindlæggelse. Hvis det bliver et spørgsmål om at være dygtigst til at være syg, bliver perfektionismen formodentlig et ekstremt vedligeholdende og muligvis forværende træk. Dette kan også vise sig under selve indlæggelsen, hvor patienten kan sammenligne sig selv med de andre indlagte patienter (Offord et al, 2006; Smith et

al., 2014). Sammenligning af kroppe, spisevaner og adfærd er i det hele taget faktorer, der kan bidrage til at fastholde individet i sin spiseforstyrrelse, fordi personen ønsker at være den bedste til at have en spiseforstyrrelse.

Omvendt kan det tænkes, at de der genindlægges oplever en følelse af, at lidelsen er en fiasko. De ønsker at blive raske, men deres usikkerhed og følelse af at mislykkes, gør, at det bliver sværere at fravige fra deres egne krav til dem selv om at få en perfekt krop.

Ovenfor har en teoretisk diskussion forsøgt at udfolde hvorfor perfektionisme kan være et træk, der kan forårsage genindlæggelse, og som derfor kunne være interessant at undersøge som prædiktor. Derfor søger næste afsnit at diskutere, hvordan dette kunne undersøges.

12.1.1.2 Hvordan kan perfektionisme som prædiktor for genindlæggelse undersøges?

I det føromtalte systematiske litteraturreview (se afsnit 6 *Opsummering af systematisk litteraturreview*) fandt et af de inkluderede studier, at en stigning i perfektionisme, målt med *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (F-MPS), under indlæggelsen var en signifikant prædiktor for genindlæggelse ($p=0,026$) (Vall & Wade, 2017). Dette stemmer overens med pointerne fra diskussionsafsnittet 12.1.1.1 *Diskussion af perfektionisme som prædiktor for genindlæggelse*. Perfektionisme hos personer med spiseforstyrrelser, kan desuden måles ud fra værktøjet *Eating Disorders Inventory Perfectionism Scale* (EDI-P) (Forbus et al., 2007). Dermed findes der værktøjer, der er skabt til at måle graden af perfektionisme, også specifikt for personer med spiseforstyrrelser. Begge de nævnte skalaer er spørgeskemaer til selvrapportering (Forbus et al., 2007; Vall & Wade, 2017). Derfor kunne et konkret forslag til at undersøge perfektionisme hos unge indlagte med anoreksi være at lave et prospektivt kohortestudie, hvor deltagerne udfylder ét af de nævnte spørgeskemaer ved indlæggelse, udskrivelse og ved et bestemt follow-up eller genindlæggelse. I et sådan studie, ville det være muligt at undersøge, hvorvidt der kan ses en forskel på antallet af genindlæggelser hos patienter, der scorer højt på perfektionisme ved indlæggelse

eller udskrivelse, og hos dem der genindlægges. Desuden kunne det - som i Vall & Wade (2017) - undersøges, om en ændring af perfektionismescoren under indlæggelse, har betydning for, hvorvidt personen genindlægges. Ved at få en indikation på, hvad perfektionisme betyder for individets behov for indlæggelse og genindlæggelse, kan behandlere i højere grad tilrette behandlingen, således at der tages højde for denne faktor. Eksempelvis kan det tænkes, at et resultat som det, Vall & Wade (2017) fandt, indikerer, at personer der scorer højt på perfektionisme, muligvis sammenligner sig med andre indlagte, og derfor har tendens til tilbagefald efter udskrivelse. Dette kan adresseres i behandlingen, hvormed der kan gøres en indsats for at forhindre genindlæggelse.

Opsummerende har denne diskussion beskæftiget sig med hvorfor og hvordan personlighedstrækket perfektionisme kan ses som en prædiktor for genindlæggelse af unge med anoreksi. Der blev argumenteret for, at perfektionistens stræben efter en perfekt krop og frygt for fiasko sammen med anoreksiens forstyrrede kropsopfattelse kan være en vedligeholdende og forværende faktor. Derfor kan det tænkes, at perfektionisme øger risikoen for genindlæggelse, hvorfor det kunne være relevant at undersøge. Derfor blev det af forfatterne til nærværende speciale foreslået at lave en undersøgelse med scoren fra F-MPS eller EDI-P, for at finde ud af perfektionisme kan være en prædiktor for genindlæggelse.

12.1.2 Selvværd

Selvværd er beskrevet i teori afsnittet både som disponerende og vedligeholdende faktor (se afsnit 3 *Sårbarheds-stress-modellen*). Det er ikke et personlighedstræk som perfektionisme, men er derimod en betegnelse for de følelser individet har om sig selv og sit eget værd (Mruk, 2006, p. 3)

I nærværende registerstudie, er selvværd ikke undersøgt som prædiktor for genindlæggelse. Det er desuden ikke fundet i det systematiske litteraturreview (se afsnit 6 *Opsummering af systematisk litteraturreview*). Derfor vil dette først og fremmest være en teoretisk diskussion om, hvordan selvværd kan ses som en prædiktor for

genindlæggelse, samt årsagen til dette. Dernæst vil det blive diskuteret, hvordan selvværd kunne undersøges som prædikator for genindlæggelse i fremtidig forskning.

12.1.2.1 Diskussion af selvværd som prædikator for genindlæggelse

Selvværd kan ses som værende nært beslægtet med perfektionisme, da både dårligt selvværd og perfektionisme kan udspringe fra en grundlæggende følelse af ikke at være god nok (Carr, 2006, p. 801). Desuden kan den samme stræben efter at være perfekt opleves med det formål at føle sig mere værd (ibid.).

Lavt selvværd kan ses som en disponerende faktor for anoreksi. Årsagen til dette er, at spiseforstyrrelsesadfærd kan være en reaktion, der opstår fordi individet føler sig værdiløs (ibid.) Denne reaktion kommer muligvis ud fra håbet om, at eksempelvis vægttabet kan øge selvværd eller få individet til at føle sig som noget særligt.

Hvis selvværdet ikke forbedres under behandlingen, kan det tænkes, at den fortsatte søgen efter bedre at kunne lide sig selv bliver vedligeholdende for anoreksien. Hvis individet med dårligt selvværd forsøger at øge selvværdet ved at slanke sig og ved at skille sig ud, kan det forventes anoreksi udvikles. Dog bliver lidelsen muligvis medvirkende til, at individet får endnu dårligere selvværd (Skårderud, 2001). Desuden kan skyldfølelsen over for familie, en følelse af at være mislykket samt den sociale isolation bidrage til dette (ibid., p. 193). Indlæggelsen kan derfor tænkes at være det ultimative lavpunkt og en bekræftelse af, at individet ikke er i stand til at varetage sit eget liv længere. På samme måde kan det tænkes, at den vægtøgning som indlæggelsen kræver, vil forværre selvværdet. Dette argumenteres der også for i diskussionen af perfektionisme som prædikator for genindlæggelse. Årsagen herfor er, at perfektionisme kan siges at hænge sammen med selvværd. Det perfektionistiske individ kan kun føle sig værdig, hvis det er perfekt (Robinson, 2019, p. 139). I afsnit 3.1.3.4 *Selvværd* nævnes et studie af Brockmeyer et al. (2013), som fandt, at lavere vægt medfører højere selvværd, målt med *Rosenberg Self-esteem Scale*, hos patienter med akut anoreksi (Pearson $r=-0,64$, $p<0,001$). De fandt ligeledes at *achievement satisfaction* var en medierende faktor for øget selvværd, hvorfor deres forklaring på, at individernes selvværd øges ved vægttab var, at de får følelsen af at opnå noget tilsigtet (Brockmeyer et al., 2013). Dette må tænkes som en risikofaktor for genindlæggel-

se, da den positive effekt af vægttab, kan fastholde eller forværre spiseforstyrrelsen og lede til genindlæggelse.

12.1.2.2 Hvordan kan selvværd som prædiktor for genindlæggelse undersøges?

Lavt selvværd som prædiktor for genindlæggelse kan undersøges på samme måde som perfektionisme. Der findes selvrapporteringskemaer, der måler individets selvværd såsom *Rosenberg Self-esteem Scale* og *The State Self-esteem Scale* (SSES) (Brockmeyer, et al. 2013; Heatherton & Polivy, 1991). Det kan være interessant at undersøge selvværd og perfektionisme samtidig, da det på den måde vil være muligt at fremhæve, hvorvidt der ses en signifikant sammenhæng mellem graden af perfektionisme og selvværd. Det kan ligeledes undersøges, hvorvidt de hver især kan være signifikant prædiktor for genindlæggelse, og om de kan være medierende for hinanden i forhold til genindlæggelse. Hvis selvværd bliver fundet som prædiktor for genindlæggelse, ville dette bekræfte den allerede eksisterende teori om, at selvværd er en af de væsentligste faktorer i udviklingen af anoreksi (Carr, 2006, p. 809)

12.1.3 Mentalisering

Det har i nærværende undersøgelse ikke været muligt at undersøge mentaliserings- evnen som prædiktor for genindlæggelse, da mentalisering er en mental funktion som ikke står registreret i de anvendte registre (se afsnit 9.3 *Registrene*).

Derfor vil følgende afsnit diskutere, hvorfor forfatterne til dette registerstudie vurderer, at mentalisering kan anses som en prædiktor for genindlæggelse, samt hvordan dette vil være muligt at undersøge. Diskussionen tager udgangspunkt i den anvendte litteratur (se afsnit 3.1.2.1 *Tilknytning og mentalisering som forklaring på problematiske familieforhold* samt i afsnit 3.3.3 *Mentaliseringsevne som vedligeholdende faktor*).

12.1.3.1 Diskussion af mentalisering som prædikator for genindlæggelse

Som beskrevet af Robinson et al. (2019) ses det, at flere unge med en spiseforstyrrelse ofte har en nedsat mentaliseringsevne (Robinson et al., 2019, p. 1). Det kan derfor diskuteres, om mentaliseringsbegrebet kan hjælpe os med at forstå, hvorfor så mange unge med anoreksi genindlægges i Danmark (se Tabel 5). Mentalisering er et bredt psykologisk begreb, som ikke kan reduceres til en enkelt faktor, hvorfor det ikke har været muligt at undersøge dette i nærværende registerstudie. Det vil dog være muligt at måle forskellige aspekter af mentaliseringsbegrebet ud fra forskellige redskaber. Blandt de mest brugte er *Reading the Mind in the Eyes test* (RMET) og *Reflective Functioning Questionnaire* (FSQ) (Robinson et al., 2019, p. 93). RMET er oprindeligt udviklet til at undersøge *theory of mind* (ToM), og FSQ tester for individets evne til at reflektere over andres og egne mentale tilstande (ibid.). En mulig undersøgelse af mentaliseringsevnen kunne laves ved at anvende scoren fra de forskellige skalaer til at sammenligne, om der er en reel forskel i mentaliseringsevnen blandt dem som bliver genindlagt og dem som ikke bliver genindlagt.

Overvejelserne om, hvorvidt mentaliseringsevnen kan være en prædikator for genindlæggelse beror på den anvendte teori i afsnit 3.1.2.1 *Tilknytning og mentalisering som forklaring på problematiske familieforhold*. Heri beskrives det, at en dårlig mentaliseringsevne kan medføre konflikter mellem den unge og familien eller vennerne. Samtidig kan konflikterne være med til at forringe den unges evne til mentalisering, hvorfor en ond spiral kan opstå. Det kan blandt andet formodes, at forudgående konflikter i familien vil vende tilbage efter første indlæggelse, hvis disse ikke er blevet bearbejdet under den unges indlæggelse. Er dette tilfældet, og udviser familien fortsat et øget konfliktniveau, vil dette muligvis forårsage, at den unge vender tilbage til sin spiseforstyrrede adfærd, og dermed er i øget risiko for tilbagefald og genindlæggelse. Det vil derfor være relevant at undersøge, om en bedre mentaliseringsevne kan mindske de familiemæssige konflikter og dermed mindske risikoen for forværring af anoreksisymptomerne og genindlæggelse.

Endvidere er det i teori afsnittet blevet beskrevet, at en indlæggelse i sig selv kan være problematisk for personer med dårlig mentaliseringsevne, da en indlæggelse kan

medføre en del stress, hvilket kan resultere i en forringelse af mentaliseringsevnen (Robinson et al., 2019, p. 3f). Derved kan et øget stressniveau under indlæggelse være et dårligt udgangspunkt for at reducere spiseforstyrrelsessymptomerne, og for at mindske risikoen for genindlæggelse. Desuden kan den unge på grund af en reduceret mentaliseringsevne muligvis føle sig misforstået af både familien og behandlerne (ibid., p. 4). Andres hensigt og følelser kan blive tolket ud fra individets egne følelser, og dermed kan velmenende familiemedlemmer og behandlere få skyld for at være imod patienten eller have til hensigt at straffe ham eller hende. Denne mistolkning af andres hensigter er desuden blevet beskrevet i afsnit 3.3.3 *Mentaliseringsevne som vedligeholdende faktor*, hvorfra det kan argumenteres, at de relationelle problemer kan skabe stress hos den indlagte og dermed være med til at opretholde spiseforstyrrelsessymptomerne.

Det er desuden blevet beskrevet i teorien, at en person med alvorlig anoreksi under sin indlæggelse muligvis kan blive afskåret fra den sociale omgangskreds (se afsnit 4.2.1 *Psykologiske konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelse*). Isolation fra det sociale samspil tilbageholder den unge fra at træne sine sociale evner - herunder mentalisering. Efter den unge bliver udskrevet fra sin indlæggelse kan det derfor tænkes, at mentaliseringsevnen ikke er forbedret, men tværtimod forværret på grund af isolation, stress og konflikter. Er mentaliseringsevnen svækket eller ikke blevet forbedret under indlæggelse, kan det tænkes, at den unge er i større risiko for at blive indlagt igen. Dog kan mentaliseringsbaseret terapi (MBT) muligvis være med til at afhjælpe disse problemstillinger (Skårderud, 2007, p. 8). Det kunne have været interessant at undersøge om MBT ville forbedre mentaliseringsevnen og dermed mindske risikoen for genindlæggelse, hvis det i nærværende studie var været muligt. Årsagen til, at det kunne være interessant er, at der så vidt vi er bekendt ikke findes forskning, der finder, at en dårlig mentaliseringsevne fører til genindlæggelser. Der er dog lavet flere undersøgelser, der peger på, at MBT til personer med spiseforstyrrelse har en symptomreducerende effekt (Balestrieri et al, 2015; Robinson et al., 2016). Effekten af MBT kunne eksempelvis undersøges gennem et systematisk litteraturreview, en spørgeskemaundersøgelse eller et RCT studie, som undersøger om MBT kan reducere spiseforstyrrelsessymptomerne. Selvom studierne af Balestrieri et al (2015) og Robinson et al. (2016) fandt en effekt af MBT hos patienter med spiseforstyrrelser, blev begge ramt studier af en høj frafaldsprocent sammenlignet med

samplestørrelsen (ibid.). Dette bevirker, at resultaterne er vanskelige at tolke på, da det kan medføre bias i konklusionerne, hvorfor validiteten af effekten af MBT trues (Coolican, 2006, p. 209). Ud fra disse studier er der et indskrænket empirisk belæg for effekten af MBT over for patienter med anoreksi. Det er desuden bemærkelsesværdigt at hverken NKR eller NICE guidelines finder tilstrækkeligt evidens for effekten af MBT i behandlingen af anoreksi til at anbefale denne terapiform.

Da forskningen indenfor behandling af anoreksi ved hjælp af MBT er minimal, er det derfor heller ikke muligt at drage konklusioner om effekten af MBT over for unge med anoreksi. Dog har den norske psykiater Finn Skårderud, som er en international anerkendt ekspert inden for spiseforstyrrelser, i flere henseender beskrevet effekten af mentaliseringsbaseret terapi på patienter med spiseforstyrrelse (Skårderud, 2007). På baggrund af denne teori kan det formodes, at en dårlig mentaliseringsevne kan hænge signifikant sammen med genindlæggelser. Ved at forbedre mentaliseringsevnen kan det dermed tænkes, at antallet af genindlæggelser kan nedbringes, da mange konflikter og megen stress kan undgås. Dermed brydes den onde cirkel, hvor dårlig mentaliseringsevne fører til konflikter og stress, og hvor dette vice versa medfører nedsat mentaliseringsevne.

Ovenstående afsnit diskuterer mentalisering som en prædiktor for genindlæggelse på baggrund af den teori, som er anvendt i nærværende registerstudie. Som nævnt har det ikke været muligt at undersøge mentaliseringsevnen, men dette har fremtidige forskere muligheden for.

12.1.4 Kognitive funktioner og kontrol

Kognitive funktioner og kontrol er begge faktorer der er beskrevet i teoriafsnittet i nærværende registerstudie (se afsnit 3.3.4 *Kognitive funktioner og hjernens påvirkning som vedligeholdende faktorer*, afsnit 3.1.3.5 *Kontrol*, 3.3.1 *Kontrol som vedligeholdende faktor*). Derfor vil de følgende afsnit vil tage udgangspunkt i denne viden til at diskutere, hvorfor kognitive funktioner, rigiditet og kontrol kan anses som en prædiktor for genindlæggelse, samt forslag til hvordan dette kunne undersøges nærmere.

12.1.4.1 Kognitive funktioner

Som beskrevet i afsnit 3.3.4 *Kognitive funktioner og hjernens påvirkning som vedligeholdende faktor*, kan der hos den spiseforstyrrede person ses kognitive vanskeligheder, der vedligeholder individet i sygdommen. Disse vanskeligheder kan skyldes underernæring (Treasure & Russel, 2011), men kan også antages at være kendetegnende for individets tankemønstre fra før lidelsen. Følgende afsnit vil diskutere, om de kognitive funktioner kan være en faktor der prædikterer genindlæggelse og i så fald hvordan.

12.1.4.1.1 Diskussion af kognitive funktioner som prædiktor for genindlæggelse

En af de vigtige elementer i forståelsen af kognitive vanskeligheder som prædiktor for genindlæggelse er, at kognitive vanskeligheder kan påvirke individets evne til at tænke reflektivt (Treasure & Russel, 2011). Dette kan vanskeliggøre forbedringer hos individet, da en varig remission kan være afhængig af, at individet i svære situationer, og ved tilbagefald, kan tænke reflektivt omkring sine følelser og tilstand (Allen, 2015, p. 531). Da den spiseforstyrrede persons tanker kan få karakter af ”alt eller intet”, overgeneralisering eller overdivelse, er det vigtigt at hjælpe med at modificere tankerne (Carr, 2006, p. 810). Ved at ændre tanker og antagelser, og forbedre personens evne til at forholde sig reflektivt til tanker og følelser, er det muligt at fremtidige tilbagefald kan undgås. Eksempelvis kan det tænkes, at hvis en basal antagelse som ”jeg er intet værd” ændres til ”jeg er noget værd”, så kan individet føle sig værdig til at være rask og have det godt. Alternativet formodes at være, at individets fortsat vil have negative automatiske tanker, som vil fastholde den spiseforstyrrede adfærd, hvilket kan betyde, at den unge kan være i større risiko for at blive genindlagt. Et eksempel på dette kan være, at en tanke som ”hvis jeg ikke er tynd, er jeg en fiasko” fastholder individets slankeadfærd. Dog er det tidligere beskrevet (se afsnit 5.1 *Den tværfaglige indsats*) at hjernen og tænkningen bliver så påvirket af individets sulttilstand, at psykoterapi må vente til de kognitive funktioner har nået et normalt niveau (Genders & Tchanturia, 2010). Når individet udskrives fra den første døgnindlæggelse, eller er i stand til at modtage terapi, kan det derfor tænkes at være gavn-

ligt at adressere personens basale antagelser. Desuden kan det være fordelagtigt at træne evnen til at tænke reflekteret, hvilket kan gøres gennem kognitiv adfærdsterapi. Hvis ikke dette gøres, kan det formodes, at de manglende refleksioner bremser individets fremgang og øger risikoen for genindlæggelse.

12.1.4.1.2 Hvordan kan kognitive funktioner som prädiktor for genindlæggelse undersøges?

På baggrund af denne teoretiske diskussion, vil det være interessant at undersøge, hvilken indflydelse de basale antagelser og negative automatiske tanker har for, hvorvidt unge med anoreksi genindlægges eller ej. Det er tidligere undersøgt, hvilken effekt CBT-E har på genindlæggelser (Dalle Grave et al., 2014) (se afsnit 5.4 *Kognitiv adfærdsterapi*). Studiet af Dalle Grave et al. (2014) kan være med til at understrege vigtigheden i at ændre patienternes tænkning. Det kunne ligeledes undersøges gennem interviews af patienter, der indlægges på døgnafsnit. Her kunne semistrukturerede interviews kortlægge kategorier af basale antagelser og negative automatiske tanker, og ved et follow-up kunne det ses, hvor mange der blev genindlagt. Her kunne det være interessant at se, om der var forskel på kategorier af basale antagelser og risikoen for genindlæggelser, og om tankemønstre kan prædiktere genindlæggelse.

12.1.4.2 Rigiditet og fleksibilitet

Et andet aspekt af kognitive funktioner er rigiditet og fleksibilitet. Personer som diagnosticeres med anoreksi kan være rigide og mangle fleksibilitet i deres handlemønstre, følelser og tanker (Westwood et al., 2017). Rigiditet og fleksibilitet henviser til kognitive evner, som kan forstås som en kontinuum med de to begreber som modpoler. Dermed vil rigiditet og fleksibilitet i følgende blive brugt som antonymer, hvor man ved at øge individets fleksibilitet mindsker rigiditeten. Formålet med nærværende diskussion er at undersøge, hvordan og hvorfor rigiditet kan ses som en prädiktor for genindlæggelse.

12.1.4.2.1 Diskussion af rigiditet som prädiktor for genindlæggelse

Rigiditet ses hos en person ved, at han eller hun er principfast og kan have vanskeligt ved at acceptere forandringer (Robinson et al., 2019, p. 9). Hos personer med anoreksi kan det mere konkret ses i form af rigide spisevaner, valg af madvarer, rigide spisemønstre og ubøjelig modstand mod vægtøgning (se afsnit 2.5 *Differentialdiagnostik*). En formodning kan være, at personer, som behandles for anoreksi, kan have vanskeligt ved at acceptere de nye og sundere kost- og motionsvaner, hvorfor disse vaner ikke bliver en internaliseret del af den unges hverdag (Tchanturia et al., 2006, p. 112). I nærværende registerstudie ville evnen til fleksibilitet derfor være interessant at undersøge som mulig prædictiv variabel for genindlæggelse, da rigid adfærd i forbindelse med mad og spising både kan være disponerende og vedligeholdende for den unges i sygdommen (se afsnit 3.1.3 *Psykologiske forhold som disponerende faktorer*). Desuden kan de rigide handlemønstre gøre det mere vanskeligt at behandle den unge med anoreksi (Brockmeyer et al., 2014). Derfor vil det være interessant at undersøge, om rigiditet kan være en prädiktor for genindlæggelse, og om man ved at træne evnen til at være mere fleksibel kan mindske risikoen for genindlæggelse.

Derudover kan det antages, at familier til en ung med anoreksi kan være mere rigide end andre familier, og derfor have sværere ved at hjælpe den unge ud af sin spiseforstyrrelse, hvorfor risikoen for genindlæggelse er større end ved andre familietyper. Dette skyldes, at en familien der værdisætter rutiner dermed har svære ved at bryde handlemønstrene (Carr, 2006, p. 821; Rasmussen, 2010, p. 274). Teorien bag denne antagelse stammer fra Minuchins (1978) forståelse af ”den anorektiske familie”, som bl.a. er meget fastlåste og rigide i deres forsøg på at ændre den dysfunktionelle familiestruktur (Rasmussen, 2010, p. 263).

12.1.4.2.2 Hvordan kan rigiditet som prädiktor for genindlæggelse undersøges?

Det har ikke været muligt at undersøge rigiditet, da dette er et psykologisk og kognitivt karaktertræk, som ikke står registreret i de anvendte registre (se afsnit 9.3 *Registre*). Dog er det forsøgt at undersøge familieforhold ved at medtage familiens disponible indkomst og psykiatriske diagnoser hos forældrene. Dette udfoldes nærmere i afsnittet 12.2.1.1 *Diskussion af familieforhold som prädiktor for genindlæg-*

gelse. Var det en mulighed at undersøge fleksibilitet eller rigiditet, ville det være relevant at se på den unges præstation i opgaver om *set-shifting* og *central coherence*, da dette kan være med til at belyse fleksibiliteten og dermed evnen til at skifte fokus og se tingene i et større perspektiv (Tchanturia et al., 2017 p. 227). Ved at undersøge de unges præstationer, kunne disse faktorer samtidig undersøges som prædikator for genindlæggelse. Det kunne eksempelvis gøres ved stille opgaver som *Trial Making Test Condition* (TMT) og *Rey-Osterrieth Complex Figure Test* (ROCFT) (Reitan, 1958; Osterrieth, 1944 ifl. Tchanturia et al., 2017) til patienter på et døgnafsnit. Herefter kunne præstationerne af dem, der er indlagt første gang og af dem, der er indlagt anden, tredje eller fjerde gang sammenlignes med henblik på at undersøge forskelle. Eventuelle forskelle i præstationerne, kunne dermed indikere, at de, der genindlægges er mere eller mindre rigide end de, der er kun indlægges en gang. Resultatet ville muligvis kunne bruges til at understrege vigtigheden af at træne fleksibilitet hos nogle unge med anoreksi.

12.1.4.3 Kontrol

Hos personer, der med rigide kognitive mønstre, kan der ses et behov for kontrol (Robinson et al., 2019). Følelsen af kontrol kan formentlig kun slippes, hvis individet formår at tænke reflektivt, og hvis individet formår at være fleksibel i sin tænkning og handlen. Dermed kan rigide basale antagelser tænkes at give individet en følelse af kontrol, der fastholder ham eller hende i anoreksisymptomerne (Carr, 2006). Dette kunne formodes at være en prædikator for genindlæggelser, hvilket vil blive udfoldet i nærværende afsnit.

Behovet for kontrol har vi kort beskrevet i afsnit 3.1.3.5 *Kontrol*, hvor det ligeledes beskrives at kontrol både kan være en disponerende og vedligeholdende faktor. Årsagen hertil kan være, at personens verden føles kaotisk, og derfor bliver kontrollen et redskab til at skabe orden. Ved indlæggelse må den unge opgive kontrol for at kunne ændre sin adfærd og for at stige i vægt (Valbak, 2010, p. 468f). Efter indlæggelsen bliver det en udfordring at fastholde den unge i ikke at lade spiseforstyrrelsens kontrolbehov vende tilbage. Kontrolafgivelse kan være et behandlingsfokus, men det kan også være en faktor, der på sigt besværliggør behandling. Det er nemlig afgøren-

de for behandlingen af personer med anoreksi, at de følger de anvisninger de får, og at de til en vis grad overholder de aftaler, behandlerne kræver (ibid.). Det betyder, at de må opgive kontrol og spise det, de får at vide de skal. Hermed overtager behandlerne kontrollen, hvilket formodentligt kan virke lettende for den unge, men som også kan blive en hvilepude. Årsagen til dette kan være, at individets behov for kontrol fortsætter med at eksistere, om end det er placeret uden for individet. Hvis ikke behovet adresseres i behandlingen, vil det formentlig fortsætte uændret. I værste tilfælde kan det tænkes, at når individet får kontrollen tilbage, fx ved udskrivning, kan det betyde, at patienten vil forsøge at kontrollere sin vægt og spisning på samme måde som før indlæggelsen, hvilket kan forventes at føre til tilbagefald og genindlæggelse. Det er derfor vigtigt at arbejde på at mindske behovet for kontrol, og ikke blot at omplacere kontrollen til behandlerne. Desuden er det vigtigt for den terapeutiske alliance, at individet kan give sig hen og åbne op (Robinson et al., 2019, p. 117). Dette betyder ligeledes, at individer bør trænes i fleksibilitet og refleksivitet under behandlingen, da det som beskrevet ovenfor (se afsnit 12.1.4.1 *Kognitive funktioner* og 12.1.4.2 *Rigiditet og fleksibilitet*) kan være kognitive egenskaber, der kræves for at opgive kontrollen. Konsekvensen af at individet genoptager den spiseforstyrrede og rigide kontrol kan være, at symptomerne vedligeholdes eller i værste forværres og kræver genindlæggelse. Dette kan både skyldes at kontrollen står i vejen for behandlingen, eller at individets behov for kontrol ikke er blevet behandlet.

12.1.5 Psykometriske instrumenter til måling af spiseforstyrrelsessymptomer

Nærværende afsnit har til formål at beskrive, hvordan psykometriske instrumenter kan måle spiseforstyrrelsessymptomer. Dernæst diskuteres det, hvorvidt og hvordan scoren fra disse instrumenter kan bruges til at undersøge prædiktorer for genindlæggelse af unge med anoreksi. Slutteligt diskuteres det, hvordan dette kunne undersøges i fremtidig forskning.

12.1.5.1 EAT- og EDI-scoren som prædikator for genindlæggelse

To psykometriske instrumenter, som kan anvendes til screening af anoreksi, er blandt andre *Eating Attitudes Test* (EAT) og *Eating Disorder Inventory* (EDI). Disse instrumenter kan bruges som effektmål af behandlingen samt give et indblik i, om en person er i risiko for at lide af en spiseforstyrrelse eller ej (Carr, 2006, p. 814; Raciti & Norcross, 1987). EAT er et standardiseret psykometrisk instrument, som anvendes til at måle symptomer på spiseforstyrrelser (Garner & Garfinkel, 1979). Dette instrument måler på tre subskalaer: 1) Slankeadfærd, 2) Bulimi og optagethed af mad og 3) Oral kontrol. EDI er et andet psykometrisk instrument, der er udformet som et spørgeskema. Dette instrument kan via nogle subskalaer måler på dybere kognitive og adfærdsmæssige karakteristika, der kan være forbundet med anoreksi (Raciti & Norcross, 1987, p. 580). EDI måler bl.a. på *Drive for Thinness*, *perfectionism*, *interpersonal distrust* og *maturity fear*, som alt sammen er noget der kendetegner unge med anoreksi (ibid.).

I førnævnte systematiske litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende registerstudie (se afsnit 6 *Opsummering af systematisk litteraturreview*) findes der i et studie af Castro et al. (2004), som undersøgte EAT scoren mellem de personer, som genindlægges og de personer, som ikke genindlægges, at der var forskel mellem dem, der blev genindlagt og dem, der ikke blev genindlagt. Resultatet var, at dem der blev genindlagt scorede signifikant højere på EAT skalaen end dem, som ikke blev genindlagt (Larsen & Laursen, 2018). Ved EAT indikerer en score over 40, at den unge muligvis lider af anoreksi (Carr, 2006, p. 815). I studiet af Castro et al. (2004) fik de patienter, som ikke blev genindlagt i gennemsnit en score 40,8 (SD 25,8) på EAT, mens de patienter, der blev genindlagt i gennemsnit fik en score på 56,1 (SD, 21,5) (Castro et al., 2004, p. 26). Studiet fandt, at en EAT score over 55 var en signifikant prædikator for genindlæggelse ($p=0,009$). Derfor ville det for nærværende registerstudie været interessant at lave en test for forskelle mellem dem, som genindlægges og dem, som ikke genindlægges på baggrund af deres respektive scores inden for både ”Slankeadfærd”, ”Bulimi og optagethed af mad” samt ”Oral kontrol”. Det var dog ikke en mulighed, da de anvendte registre ikke omfatter disse værdier.

I EDI kan en score på 15 eller derover på *Drive for Thinness* subskalaen være et udtryk for, at den unge er mere optaget af sin vægt end baggrundsbefolkningen (Raciti & Norcross, 1987, p. 580), mens en score på 30 eller derover på EAT kan være en indikation på, at man skal være bekymret i forhold til den unges madvaner, kropsvægt, og problematisk spiseadfærd (ibid.). Derfor kan EDI og EAT være med til at måle på flere psykologiske parametre, som vi ligeledes antager, kan være prædiktorer for genindlæggelse. Da de omtalte scores på EAT og EDI ikke har været fremkommelige i de anvendte registre (se afsnit 9.3 *Registrene*), har det i foreliggende studie ikke været muligt at undersøge disse som prædiktive variable til genindlæggelse. Med valget om at lave et registerstudie, blev der ligeledes truffet nogle fravalg, da det som beskrevet (se 9.4 *Opbygning af registerstudiet*), ikke er alt data, der er fremkommeligt i registrene, hvilket scoren fra EAT og EDI ikke er.

I forbindelse med nærværende registerstudie ville det være relevant at undersøge scoren fra den ene eller begge screeningsværktøjer som prædiktor for genindlæggelse, da en hypotese kan være, at en højere score vil indikere en højere grad af psykopatologi. Derfor kan patienten muligvis være i større risiko for tilbagefald og genindlæggelse, da de der indlægges på døgnafsnit, er hårdt ramt af anoreksi (se afsnit 4.1 *Dag- og døgnbehandling*). Desuden ville det være muligt at anvende både EAT og EDI før og efter endt behandling for at få et indblik i, om behandlingen har været tilstrækkeligt effektiv, og dermed har været i stand til at mindske spiseforstyrrelses-symptomerne hos den unge. Da der som bekendt fra den inkluderede teori (se afsnit 4 *Psykiatrisk behandling* og afsnit 5 *Behandling af anoreksi*) findes nogle fastsatte retningslinjer og anbefalinger til behandling af unge med anoreksi, ville det være relevant at se, om disse eller andre mulige behandlingsformer vil gavne patienten, og muligvis reducere EAT eller EDI scoren. Følgende afsnit har dermed forsøgt at diskutere, hvordan en mulig undersøgelse af scoren fra de respektive psykometriske instrumenter kunne laves.

12.2 Relationelle og miljømæssige faktorer

Følgende afsnit er en diskussion af, hvorledes relationelle og miljømæssige faktorer, herunder familiemæssige forhold og sociale medier, kan tænkes at være en prædiktor

for genindlæggelse af unge med anoreksi. Det diskuteres derfor, hvorfor familien kan ses som en prædiktor, samt hvordan nærværende studie har forsøgt at undersøge dette. I denne forbindelse diskuteres det, hvad der har bevirket manglende signifikante resultater, samt hvordan det i fremtidig forskning kan undersøges. Dernæst diskuteres sociale medier som prædiktor for genindlæggelse, da denne er beskrevet som værende en miljømæssig vedligeholdende faktor. Her inddrages intrapsykeiske faktorer som perfektionisme, selvværd, kognitive vanskeligheder og rigiditet, som årsager til at sociale medier kan mediere genindlæggelse.

12.2.1 Familieforhold

Følgende afsnit vil på baggrund af anvendt litteratur og de foreliggende resultater i nærværende registerstudie diskutere, hvorvidt familier med vanskelige eller dysfunktionelle forhold muligvis kan være en prædiktor for genindlæggelse. Afsnittet vil diskutere og reflektere over, hvorfor familieforhold er en relevant variable at undersøge som mulig prædiktor for genindlæggelse, samt hvordan nærværende studie kunne have undersøgt denne variable anderledes.

Som der står beskrevet i teori afsnittet, kommer unge med anoreksi ofte fra hjem med en dysfunktionel familiestruktur (Cerniglia et al., 2018). En sådan familiestruktur kan muligvis gøre det vanskeligt for individet at komme hjem efter en døgnindlæggelse, da hjemmet kan være præget af mange konflikter (se afsnit 3.1.2 *Familieforhold som disponerende faktor* og afsnit 3.3.2 *Familieforhold som vedligeholdende faktor*). Familien kan sågar være årsagen til at den unge i første omgang blev indlagt, hvis konflikterne i hjemmet er blevet utålelige for den unge og familien (se afsnit 4.2 *Indlæggelse og genindlæggelse i psykiatrien*). Hvis hjemmet forbindes med konflikter og svære følelser, bliver det ikke alene utrygt at skulle hjem i første omgang, men det kan også tænkes at føre til tilbagefald, samt at øge risikoen genindlæggelse. Som beskrevet i afsnit 4.2.1 *Psykologiske konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelse* kan dette muligvis forklares ved, at det i nogle tilfælde er tryggere at være indlagt end at være hjemme, og at der på døgnafsnittet er nogle tydelige rammer, som den unge muligvis har nemmere ved forholde sig til (Smith et al., 2014, p. 21).

Omvendt kan familien ligeledes spille en stor rolle i at behandle den unge med anoreksi (Sundhedsstyrelsen, 2016; Minuchin, 1979). Det kan derfor være afgørende, hvordan familien fungerer, når den unge kommer hjem fra en indlæggelse. Hvis familien formår at støtte og hjælpe den unge, kan dette muligvis være en beskyttende faktor for den unge (Carr, 2006, p. 818f), og derigennem kan det være med til at fremme den mentale sundhed hos den unge, hvilket kan mindske risikoen for genindlæggelse. En familiestruktur er ikke konstant eller uforanderlig, og kan derfor ændres (Palazzoli, 1978). Som tidligere nævnt (se afsnit 5.2 *Familieterapi*) er der god evidens for at behandle anoreksi med familieterapi, da familien spiller en stor rolle i behandlingen af den unge. Familiens struktur og måde at håndtere den unge med anoreksi, kan derfor blive bearbejdet under behandlingen.

12.2.1.1 Diskussion af familieforhold som prædiktor for genindlæggelse

Da vanskelige og dysfunktionelle familieforhold er et udefinerbart begreb, som ikke blot kan kortes ned til én mulig undersøgelsesvariabel, har det i nærværende registerstudie ikke har været muligt at undersøge dette som et overordnet begreb. Dog har vi på baggrund af den inkluderede litteratur i det systematiske litteraturreview lavet af samme forfattere som nærværende registerstudie (Larsen & Laursen, 2018) valgt at undersøge forældrenes psykopatologi som en mulig markør for vanskelige og/eller mere dysfunktionelle familieforhold. I det systematiske litteraturreview (ibid.) inkluderes et studie af Steinhausen et al. (2008) som fandt, at en spiseforstyrrelse hos et andet familiemedlem havde prædiktiv værdi for genindlæggelse hos unge med anoreksi. Desuden fandt studiet, at en far med et alkoholmisbrug var en prædiktiv faktor for genindlæggelse (ibid.). Steinhausen et al. (2008) undersøgte både forældrenes misbrug og psykiatriske lidelser gennem standardiserede interviewskemaer, der blev udfyldt af en førstegradsslægtning og/eller patienten selv. I nærværende studie har denne metode ikke været mulig at anvende, hvorfor diagnoser og misbrug kun fremgår hvis det på et tidspunkt inden indexindlæggelsen er registreret i sundhedsvæsenet.

Som det fremgår af tabel 8, har resultaterne i nærværende registerstudie fundet, at 19,5% af patienterne har mindst én forælder med mindst én diagnose. Dog ved vi ikke, hvilke psykiatriske diagnoser der er tale om. Vi ved heller ikke, hvorvidt eller hvordan denne eller disse kan have påvirket den unges liv. Vi kan blot konstatere, at det ikke har givet et statistisk signifikant udslag i forhold til genindlæggelse. Spørgsmålet er derfor, hvorfor vi ikke finder noget resultat på vores undersøgelsesvariable. Årsagen er naturligvis vanskelig at forklare, men det kan tænkes, at en anden definition af undersøgelsesvariablen ville give et andet resultat. Først og fremmest har vi ikke undersøgt misbrug som en særskilt diagnose, da denne har været inkluderet blandt de andre diagnoser som forældrene har fået stillet inden indexindlæggelsen. Det kan derfor diskuteres, om det havde givet et andet resultat, hvis vi havde målt denne variabel på en anden måde, da det kan formodes, at nærværende registerstudiet ville finde samme resultater som studiet af Steinhausen et al. (2008). Et eksempel kunne være, hvis der i nærværende studie kun blev set på de diagnoser, der var givet til forældrene efter barnets fødsel, eller indtil fem år før indexindlæggelse. Diagnoser, der er givet inden for en anden tidsramme end hvad nærværende registerstudie undersøger (se afsnit 9.5.6 *Forældrenes diagnose op til indlæggelse*), kunne tænkes at have en anden effekt. Dette kan formodes, da det vil påvirke barnets opvækst mere, og da det muligvis vil sige noget om den aktuelle familiestruktur som barnet til dagligt lever i. Forældrene kan desuden have et misbrug eller en lidelse, som ikke er diagnosticeret, hvorfor vi ikke med sikkerhed kan udelukke denne faktor som værende en prædiktor for genindlæggelse.

Da vi i nærværende registerstudie har undersøgt forældrenes diagnose generelt i stedet for adskilt, kan dette muligvis påvirke de foreliggende resultater (se Tabel 11). Det kan antages, at visse psykiatriske diagnoser kan påvirke familieforholdet mere end andre diagnoser. Eksempelvis kan det antages, at en forælders depression eller bipolare lidelse kan betyde mere for familien og familieforholdet end en mild autisme diagnose. Nogle lidelser diagnosticeres i grader, hvorfor det kunne være interessant at undersøge, om der er forskel på, om den unge bliver genindlagt eller ej, alt efter hvor syg forælderen er eller har været. Derudover står det heller ikke klart i de foreliggende resultater, hvornår forældrene har fået deres psykiske lidelse. Derfor ved vi ikke, om det er en velmedicineret ADHD-diagnose, som faren har fået i sin barndom, eller, om moren i sin ungdom er blevet behandlet for angst. Med inspirati-

on fra studiet af Steinhausen et al. (2008) synes vi, det kunne være interessant at undersøge, om der er forskel på hvilken forælder, der har en diagnose. Havde vi i nærværende registerstudie adskilt forældrenes psykopatologi, kunne det tænkes, at vi havde fundet en forskel i behovet for genindlæggelse hos den unge, alt afhængig af, om det enten var moren eller faren, der havde et misbrug eller en psykiatrisk diagnose.

Familiens disponible indkomst er i nærværende studie blevet undersøgt (se Tabel 9), da dette muligvis kan sige noget om familieforholdet. Årsagen herfor er, at der generelt ses dårligere mental sundhed i familier med en lav indkomst (se afsnit 3.1.2 *Familieforhold som disponerende faktor*) (Araya, 2003). Desuden blev det ifølge Von dem Knesebeck et al. (2013) set, at familier med en lav SES og kort uddannelse havde mindre kendskab til psykiske lidelser. På baggrund af dette bliver det af forfatterne til nærværende registerstudie formodet, at der i familier med lav disponibel indkomst er en større risiko for, at den unge bliver genindlagt, da familiens kendskab til lidelsen og mulighed for at hjælpe patienten er begrænset. Nærværende registerstudie finder dog ikke en sammenhæng mellem lav disponibel indkomst og genindlæggelse (se Tabel 9). Det kan tænkes, at definitionen af den disponible indkomst kan være medvirkende til, at studiet ikke finder en signifikant forskel, da inddelingen er lavet af forfatterne til nærværende registerstudie. Derfor er den anvendte definition af den disponible indkomst ikke en officiel definition, og baserer sig ikke på et teoretisk eller videnskabeligt grundlag. Det kan derfor formodes, at en anden definition af den disponible indkomst ville give et andet resultat. Den disponible indkomst kan dermed ikke udelukkes som prædikator for genindlæggelse.

På baggrund af de foreliggende resultater (se tabel 8 + 11) har dette afsnit haft til formål at diskutere, hvordan vanskelige familieforhold kan være en prædiktiv variabel for genindlæggelse. Ovenstående diskuterer blandt andet definitionen af vanskelige familieforhold, og hvorfor vi i dette studie har valgt at undersøge forældrenes psykopatologi som markør på dette. Endvidere reflekteres der over mulige ændringer i undersøgelsesvariablen og andre relevante måder at undersøge dette emne på. Slutteligt diskuteres familiens disponible indkomst som prædikator. Måden hvorpå disponibel indkomst kan defineres diskuteres, og der bliver argumenteret for, at en anden definition kunne have givet et andet resultat.

12.2.2 Sociale medier

Som beskrevet i afsnit 3.3.6 *Kultur og skønhedsidealiser som vedligeholdende faktorer*, kan disse være vedligeholdende for anoreksi. Årsagen herfor er, at der både er anerkendelse og støtte at finde her (Oksanen et al., 2015). Omvendt kan platformene tænkes at skabe grundlag for sammenligning og følelsen af at være forkert og uden for, da sammenligningsgrundlaget bliver overfladisk og unuanceret. I nærværende afsnit diskuteres det, hvorvidt dette kan have betydning for, om de unge bliver genindlagt eller ikke. Faktorerne fra afsnit 12.1 *Intrapsykiske faktorer* vil blive inddraget, da det formodes, at sociale medier ikke i sig selv er medierende, men derimod kan blive det, hvis andre træk og tilstande påvirker brugen af dem.

12.2.2.1 Diskussion af sociale medier som prædiktor for genindlæggelse

Perfektionisme og selvværd kan tænkes at påvirke den unges brug af sociale medier samt deres fortolkning af det indhold, de møder. På sociale medier handler det ofte om at fremstå så perfekt som muligt (Perloff, 2014), fordi det kan antages at medføre flere "likes". Det kan tænkes, at personer med en høj grad af perfektionisme tolker disse likes som angivelse af, hvor perfekte de fremstår. Hvis de yderligere har lavt selvværd, vil det formodentlig påvirke selvværdet, hvis de opnår færre likes end andre. Dertil kan sociale medier danne grundlag for meget overfladisk sammenligning, hvorfor kropsoptagelse kan tænkes at spille en stor rolle i selvvurderingen hos de unge (ibid.). Når unge sammenligner sig selv med andre på de sociale medier, kommer det til at handle om udseende og fremstilling, og dermed ikke om hele individets identitet og liv. Det kan derfor formodes, at unge med anoreksi bruger sociale medier til at sammenligne sig med andre unge (ibid.). Hvis de sætter høje krav til dem selv og deres fremtræden samt har et lavt selvværd, forestiller vi os, at de sociale medier kan være medierende for genindlæggelse, da de fastholder de unge i lavt selvværd og høje krav til udseende, så de dermed vedligeholder en spiseforstyrrelsesadfærd.

På den anden side har vi tidligere argumenteret for, at perfektionisme og lavt selvværd i sig selv kan være træk, der prædikterer genindlæggelse (se afsnit 3.1.3.2 *Perfektionisme* og 3.1.3.4 *Selvværd*). Dette betyder ikke, at sociale mediers indflydelse

er uden betydning, men snarere, at effekten er ukendt, og at det er muligt, at en sådan effekt ikke kan bevises i dette studie.

Kognitive karakteristika som ureflekeret, rigid tænkning kan ligeledes tænkes at have betydning for, hvordan den unge påvirkes af de sociale medier. Først og fremmest kan årsagen hertil være, at ureflekeret tænkning gør, at de unge skaber basale antagelser ud fra de unuancerede opslag, de eksponeres for. Den tidligere omtalte sort/hvid-tænkning kan gøre det vanskeligt at læse mellem linjerne og forestille sig, at selvom andre fremstår perfekte, så er dette blot en fremstilling og ikke et udtryk for den virkelige verden. Rigid tænkning kan være en vedligeholdende faktor for denne måde at danne antagelser på, hvorfor den unge bør trænes i at vurdere indholdet på sociale medier med en vis skepsis og reflektiv tilgang. Hvis unge med anoreksi opfatter skønhedsideal og trends på sociale medier for bogstaveligt uden fornuftig skepsis, kan det tænkes, at deres antagelser omkring spiseforstyrrelsen kan blive påvirket. I værste fald kan det tænkes, at spiseforstyrrelsesadfærden vedligeholdes eller vender tilbage, da den unge har fundet bekræftelse på denne online.

Vi har dog også argumenteret for, at kognitive vanskeligheder, negative basale antagelser og behov for kontrol kan tænkes at være prædiktorer. Dette er muligvis helt upåvirket af den unges brug af sociale medier.

12.2.2.2 Hvordan kan sociale medier som prædiktor for genindlæggelse det undersøges?

Gennem spørgeskemaer kan det undersøges, hvorvidt brugen af sociale medier har betydning for genindlæggelse. Eksempelvis kan de unges brug af proanetværk undersøges, og brugen heraf kan sammenlignes mellem patienter, der genindlægges, og patienter, der ikke genindlægges. Brugen af sociale medier, og dermed i hvor høj grad de unge sammenligner sig selv med andre, og i hvor høj grad de oplever medierne som styrende, kunne også undersøges gennem spørgeskemaer og selvrapporteringsskemaer. Fordelen ved at undersøge dette kvantitativt er, at det kan sammenlignes statistisk, hvorfor vi tydeligt kan se, om der ses en signifikant eller interessant forskel.

Der kunne desuden foretages interviews med indlagte patienter, da det kunne være med til at beskrive, hvorvidt de unge selv oplever, at sociale medier har haft indflydelse på deres sygdomsforløb.

Ovenstående diskussion har beskrevet, hvorfor og hvordan vi forestiller os, at sociale medier kan være en prædiktor for genindlæggelse. Dertil foreslås det at foretage undersøgelser i form af spørgeskemaer eller interviews, for at fremtidig forskning kan afdække disse spørgsmål.

13 Diskussion af studiets styrker og begrænsninger

Da registerstudiet ikke finder nogle statistiske signifikante resultater (se tabel 10 + 11), og derfor heller ikke finder nogle prædiktive variable for genindlæggelse, kan det være nærliggende at overveje hvorfor studiet finder disse resultater.

Nærværende registerstudie har været udfordret af nogle begrænsninger i forhold til valget af metodologi, da registerforskning medfører nogle naturlige indskrænkninger i dataindsamlingen. Som beskrevet i afsnit 9.4 *Opbygning af registerstudiet* kan der fra forskningsøjemed mangle data i registrene, hvilket enten skyldes kvaliteten af dokumentationen, eller blot at det, som ønskes undersøgt, ikke bliver registreret. Netop dette er tilfældet i foreliggende undersøgelse, hvor blandt andet mange psykologiske faktorer ikke har været mulige at undersøge som prædiktorer for genindlæggelse, da disse ikke er registreret i registrene. Ovenstående afsnit 12 *Diskussion af andre mulige prædiktorer for genindlæggelse* påpeger flere mulige prædiktive variable, som ikke er blevet undersøgt, da dette ikke har været muligt, men som havde være relevant at undersøge nærmere i forhold til genindlæggelse.

Endvidere er det vigtigt for reliabiliteten af resultaterne, at samplet er repræsentativt for den population, som bliver undersøgt. Det udvalgte sample i foreliggende registerstudie er repræsentativt, da det er et udtryk for den virkelige fordeling af alle unge med anoreksi inden for de opsatte inklusionskriterier (se afsnit 9.2 *Kohorten*).

Derfor må studiets repræsentativitet betegnes som en styrke, der gør generaliserbarhed høj.

Dertil er det en styrke, at et registerstudie som nærværende trækker data fra registrene uden at ændre i dem. I eksperimenter eller studier der anvender selvrapporing, interviews og andre metoder, er der større risiko for bias, da der altid vil være påvirkninger, der ikke kan tages højde for (Hagger-Johnson, 2014, pp. 182-187). I registerstudiet findes denne slags bias dermed ikke. Her er der mindre risiko for, at forsøgspartagere eller informanter bliver udsat for påvirkning fra forskernes side, da sidstnævnte ikke er aktive deltagere. Det er derimod blot hændelserne i forbindelse med deres indlæggelse, som forekom uafhængigt af studiet, der er registreret. De eneste processer der foretages i studiet er kodning af registerdata og derefter af de statistiske analyser. Disse processer indebærer risici for fejkodning og fejl i udførelsen af analyserne, men på trods af dette må både den interne og eksterne validitet siges at være høj.

14 Sammenfattende delkonklusion af diskussionen

Med udgangspunkt i resultaterne blev det diskuteret, hvorfor nærværende undersøgelse fandt en høj genindlæggelsesprocent, sammenlignet med resultaterne fra et systematisk litteraturreview lavet af samme forfattere. På baggrund af genindlæggelsesraterne i de inkluderede studier, fandt denne undersøgelse den tredje højeste genindlæggelsesprocent. Det blev endvidere diskuteret om både samplestørrelsen og repræsentativitet af samplet samt forståelsen af behandlingen på tværs af landegrænser kunne have en betydning for den høje genindlæggelsesprocent fundet i nærværende studie. Da ingen af de undersøgte variable var en prædiktor for genindlæggelse, blev det ydermere diskuteret, hvorvidt andre mulige variable kunne være en prædiktor for genindlæggelse. Da dette registerstudie ikke havde mulighed for at undersøge flere psykologiske faktorer blev intrapsykiske faktorer, herunder perfektionisme, selvværd, mentalisering, kognitive funktioner, kontrol, samt psykomriske faktorer diskuteret som mulige prædiktorer. Derudover blev relationelle og miljømæssige

ge faktorer diskuteret som prædiktorer for genindlæggelse. Slutteligt blev studiets styrker og begrænsninger belyst.

15 Konklusion

Foreliggende registerstudie havde til formål at undersøge, hvor mange unge med anoreksi, der blev genindlagt i psykiatrien i Danmark inden for en etårig opfølgingsperiode samt at undersøge, om der fandtes nogle prædiktive variable, der kunne adskille unge som blev genindlagt og unge som ikke blev genindlagt. Formålet med undersøgelsen var desuden at bidrage til mere forskning på området inden for behandlingen af anoreksi.

Da dette registerstudie blev lavet på baggrund af danske unge med anoreksi, blev der i opgaven primært fokuseret på ICD-10 kriterierne for anoreksi og atypisk anoreksi. Desuden blev incidensen og prævalensen for anoreksi belyst, og der blev blandt andet beskrevet en stor forskel mellem kønnene, samt at incidensen i den unge aldersgruppe er den højeste. Herefter blev komorbide lidelser beskrevet, hvoraf nogle af de mest almindelige, som blev fundet i litteraturen, var depression, angst, personlighedsforstyrrelser og autisme. Flere af disse lidelser har også et overlap i deres psykologiske udtryk, hvorfor disse ligeledes blev beskrevet som differentialdiagnostiske lidelser.

Til at skabe en dybere forståelse for anoreksiens ætiologi og udvikling blev Alan Carrs (2006) kontekstuelle tilgang benyttet. Med udgangspunkt i sårbarheds-stressmodellen blev de disponerende faktorer for anoreksi redegjort for. I redegørelsen indgik genetik, familiære forhold herunder tilknytning og mentalisering, psykologiske forhold og kulturelle forhold. Endvidere blev der redegjort for de udløsende faktorer, som kan være hændelser eller ændrede livsforhold hos den unge. Slutteligt blev de vedligeholdende faktorer gennemgået, hvor behov for kontrol, familieforhold, mentaliseringsevnen, kognitive evner og hjernens påvirkning, selvværd og mestring, samt kultur og skønhedsidealere var med til at tydeliggøre, hvad der kunne vedligeholde den unge i sin spiseforstyrrelse.

Da nærværende registerstudie beskæftigede sig med antallet af genindlæggelser blandt unge med anoreksi, blev den psykiatriske behandling drøftet herunder udviklingen i børne- og ungdomspsykiatrien. Tallene tyder på, at der er øget behov for behandling men færre ressourcer hertil. I forlængelse heraf blev de psykologiske

konsekvenser ved en psykiatrisk indlæggelse beskrevet gennem to interviewundersøgelser af Offord et al. (2006) og Smith et al. (2014). I psykiatrien behandles unge med anoreksi desuden med forskellige terapiformer, hvorfor familiebaseret terapi, adolescent fokuseret terapi og kognitiv adfærdsterapi blev uddybet.

Gennem Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregisteret blev data om den undersøgte kohorte trukket ud. Den undersøgte kohorte var unge mellem 13 og 18 år, der med ICD-10 var diagnosticeret med enten anoreksi eller atypisk anoreksi. Desuden skulle den unge have været døgnindlagt og eventuelt genindlagt på en psykiatrisk afdeling med anoreksi eller atypisk anoreksi, da nærværende registerstudie ønskede at undersøge antallet af genindlæggelser og mulige prædiktorer herfor.

På baggrund af den undersøgte teori og litteratur på området blev den unges alder, regionale placering i Danmark, komorbide lidelser, forbrug af psykofarmaka, forældrenes disponible indkomst, samt, om forældrene var blevet diagnosticeret med en psykisk lidelse inden den unges indexindlæggelse, undersøgt som mulige prædiktorer for genindlæggelse. Derudover blev det undersøgt, hvor mange fra den undersøgte kohorte, der blev genindlagt inden for en opfølgingsperiode på et år.

Tallene viste, at 32,1% at de unge havde været genindlagt. Ved hjælp af en t-test og en chi-i-anden test blev det undersøgt, om der var forskel mellem dem som blev genindlagt og dem som ikke blev genindlagt på de udvalgte undersøgelsesvariable. Der blev ikke fundet nogen statistiske signifikante resultater.

I diskussionen blev det på baggrund af studierne fra det systematiske litteraturreview lavet af samme forfattere diskuteret, hvorfor nærværende registerstudie finder en høj genindlæggelsesprocent. Det blev endvidere diskuteret, hvorvidt og hvordan andre faktorer kunne være prædikterende for genindlæggelser.

Tages der udgangspunkt i dette speciales fund, har det ikke været muligt at finde nogle prædiktive variable for genindlæggelse inden for den undersøgte målgruppe. Specialet er, så vidt dette studies forfattere er bekendt, det første danske studie, som har undersøgt genindlæggelsesprocenten blandt unge med anoreksi i alderen 13-18 år. Dette tyder på, at der mangler forskning på området, hvilket er noget forfatterne

til dette speciale har ønsket at bidrage med. Til trods for, at der ikke blev fundet nogle statistiske signifikante resultater omkring prædiktorer for genindlæggelse, er den viden som dette speciale har skabt vigtig for fremtidige forskere og for behandlere i psykiatrien, da dette kan sige noget om den undersøgte patientgruppe og deres risiko for genindlæggelser.

Referenceliste

- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S. (2012). Effectiveness of cognitive remediation therapy (CRT) in anorexia nervosa: A case series. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(10), 1-7.
- Adamson, J., Leppanen, J., Murin, M., & Tchanturia, K. (2018). Effectiveness of emotional skills training for patients with anorexia nervosa with autistic symptoms in group and individual format. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 367-375.
- Agras, W., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S., Dodge, E., Halmi, K., Woodside, B. (2014). Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa: A Randomized Parallel Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Ahrens, W., Kirchberg, K., & Pigeot, I. (2007). An introduction to epidemiology. In W. Ahrens, & I. Pigeot (Eds.), *Handbook of epidemiology* (pp. 1-40). Springer.
- Allen, Karina (2015). *Clinical Interviews and Eating Disorders*. In: Smolak, L. & Levine, M.P., *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. (1.ed, vol. 2) West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd
- Anis, N., Isomaa, R., & Kaltiala-Heino, R. (2016). Adolescent psychiatric inpatients with first hospitalization due to anorexia nervosa: can rehospitalization be predicted by clinical features? *Psychiatria Fennica*, 47, 76-94.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostiske kriterier DSM-5 : Håndbog* (1. udgave ed. pp. 229-234). Virum: Hogrefe Psykologisk Forlag.
- Araya, R., Lewis, Rojas, & Fritsch. (2003). Education and income: Which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(7), 501-505.

- Avnon, A., Orkaby, N., Hadas, A., Berger, U., Brunstein Klomek, A., & Fennig, S. (2017). Inpatient weight curve trajectory as a prognostic factor among adolescents with anorexia nervosa: A preliminary report. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), pp. 645-651.
- Baran, S.A., Weltzin, T.E., Kaye, W.H. (1995) Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*.152(7) doi: 10.1176/ajp.152.7.1070., pp. 1070-1072
- Balestrieri, M., Zuanon, S., Pellizzari, J., Zappoli-Thyrion, E., & Ciano, R. (2015). Mentalization in eating disorders: A preliminary trial comparing mentalization-based treatment (MBT) with a psychodynamic-oriented treatment. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4), 525-528.
- Bentz, M., Skjærbæk, M., Harding, G., Hansen, A., & Fjelkegård, M. (2012). Behandling af børn og unge med anoreksi og autismspektrumforstyrrelse. In: L. Hecht Kiib, & B. Schousboe Hartvig (Eds.), *Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling* (1st ed., pp. 125-130) Psykiatrifondens forlag.
- Bjerre, H., Pihl, & Vang, K., Juel. (2014). Retten til privathed i det danske sundhedsvæsen. *Nordic Journal of Applied Ethics*, 8(1), 52-66.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment* (Attachment and loss). London: Pimlico.
- Brewerton, T.D (2015). *Stress, Trauma, and Adversity as Risk Factors in the Development of Eating Disorders*. In: Smolak, L. & Levine, M.P., *The Wiley Handbook of Eating Disorders*.(1.ed, vol. 1)West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd
- Brockmeyer, T., Holtforth, M., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (2013). The Thinner the Better: Self-Esteem and Low Body Weight in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 394-400.

- Brockmeyer, T., Ingenerf, K., Walther, S., Wild, B., Hartmann, M., Herzog, W., . . . Friederich, H. (2014). Training cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa: A pilot randomized controlled trial of cognitive remediation therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 24-31.
- Bryant-Waugh, R. & Watkins, B. (2018) *Feeding and eating disorders*. In: Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Wiley.
- 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 *Arch Gen Psychiatry*, 63, 305-312.
- Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodriguez, S., & Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), pp. 22-30.
- Carr, A. (2006). *Anorexia and bulimia nervosa*. In: Carr, A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology : A Contextual Approach. Florence: Taylor & Francis Group.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli Elenora, Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2018). Family profiles in eating disorders; functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behaviour Management*, 305-312
- Coolican, Hugh. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology, Fifth Edition* (5th ed., kap. 2, 14, 15, 16 + p. 86, 209). Hodder Education
- Courty, A., Maria, A. S., Lalanne, C., Ringuenet, D., Vindreau, C., Chevallier, C., Adrien, J. (2013). Levels of autistic traits in anorexia nervosa: A comparative psychometric study. *BMC Psychiatry*, 13(222), 1-9.
- Cowdrey, F., & Davis, J. (2016). Response to Enhanced Cognitive Behavioural Therapy in an Adolescent with Anorexia Nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 717-722.

- Crisp, A. (1996). *Anorexia nervosa : En biologisk løsning på et eksistentielt problem*. Kbh: Hans Reitzel.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H.A., & Fairburn, C.G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Ghoch, M.E., Econti, M., & Fairburn, C.G. (2014). Inpatient cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 14
- Danske regioner. (2016). *Benchmarking af psykiatrien*, 1-62.
- Diamanti, Basso, Castro, Bianco, Ciacco, Calce, . . . Gambarara. (2008). Clinical Efficacy and Safety of Parenteral Nutrition in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), pp. 111-118.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-30.
- Fitzpatrick, K., K., Moye, A., Hoste, R., Lock, J., & Le Grange, D. (2010). Adolescent focused psychotherapy for adolescents with anorexia nervosa *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 31-39. doi:10.1007/s10879-009-9123-7.
- Forbush, K., Heatherton, T., F., & Keel, P., K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorder*, 40(1), 37-41. doi:10.1002/eat.
- Föcker, M., Bühren, K., Timmesfeld, N., Dempfle, A., Knoll, S., Schwarte, R., Egberts, K., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Wewetzter, C., Hebebrand, J., Herpertz-Dahlmann, B. (2015). The relationship between premorbid body weight and weight at referral, at discharge and at 1-year follow-up in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), pp. 537-544

- Garber, A., K., Mauldin, K., Michihata, N., Buckelew, S., M., Shafer, M., & Moscicki, A. (2013). Higher calorie diets increase rate of weight gain and shorten hospital stay in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health, 53*, 579-584.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Kaplan, A. S., Rodin, G., & Kennedy, S. (1983). Differential diagnosis of emotional disorders that cause weight loss. *Canadian Medical Association Journal, 129*(9), 939-945.
- Genders, R., & Tchanturia, K. (2010). Cognitive Remediation Therapy (CRT) for anorexia in group format: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 15*(4), E234-E239.
- Godart, N., Berthoz, S., Florence, C., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., . . . Jeammet, P. (2012). A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS One, 7*(1), E28249.
- Gowers, S., Norton, K., Yeldham, D., Bowyer, C., Levett, G., Heavey, A., Crisp, A. (1989). The st. george's prospective treatment study of anorexia nervosa: A discussion of methodological problems. *International Journal of Eating Disorder, 8*(4), 445-454.
- Gregory, K., E., & Radovinsky, L. (2012). Retrospective studies and chart reviews *Applied Nursing Research, 25*, 108-116.
- Hagger-Johnson, G. (2014). *Introduction to Research Methods and Data Analysis in the Health Sciences*.(p. 152 + pp. 182-187) Taylor and Francis
- Halmi, K. (2009). Anorexia nervosa: An increasing problem in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 100-103.
- Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T., & Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology, 47*(3), 335-339.

- Harrison, A., Stavri, P., Ormond, L., McEnemy, F., Akyol, D., Qureshi, A., & Al-Khairulla, H. (2018). Cognitive remediation therapy for adolescent inpatients with severe and complex anorexia nervosa: A treatment trial. *European Eating Disorders Review, 26*(3), 230-240.
- Heatherton, T., & Polivy, J. (1991). Development and Validation of a Scale for Measuring State Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(6), 895.
- Hecht, L., Schousboe, Birgitte Hartvig, & Psykiatrifonden. (2012). *Spiseforstyrrelser : Symptomer, årsager og behandling*. Kbh: Psykiatrifonden.
- Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., Dempf, A. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): A multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet, 383*, 1222-1229. doi:10.1016/S0140-6736(13)62411-3
- Hertz, M. (2001). *Sultens paradoks - viden og tendenser om anoreksi og bulimi*. (1st ed. p. 19 + pp. 39-49) Denmark: Munksgaard. 19, 39-49
- Hess, D. (2004). Retrospective studies and chart reviews. *Respiratory Care, 49*(10), 1171-1174.
- Hopton, E., N. (2011). Anorexia nervosa in adolescent girls: A culture-bound disorder of western society? *Social Cosmos, 175-183*.
- Hsu, J. K. G., & Crisp, A. H. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *The Lancet, 61-65*.
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. (2013). Autism Spectrum Disorders in Eating Disorder Populations: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review, 21*(5), 345-351.

- Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354-373.
- Jørgensen, C.R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2015). *Psykoterapi*. In: Simonsen, E. & Møhl, B., Grundbog i psykiatri (1st ed.) Kbh: Hans Reitzels Forlag
- Jørring, N., Tejs. (2012). Børn og unge med anoreksi - og deres familier. In L. Hecht Kiib, & B. Schousboe Hartvig (Eds.), *Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling* (1st ed., pp. 109-118) Psykiatrifondens forlag.
- Katzman, D. K. (2012). Refeeding hospitalized adolescents with anorexia nervosa: Is “Start low, advance slow” urban legend or evidence based? *Journal of Adolescent Health*, 50, 1-2.
- Kaye, W. H., Weltzin, T., & Hsu, L. G. (1993). Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *Psychiatric Annals*, 23(7), 365-373.
- Kearney-Cook, Ann & Tieger, Diana (2015). *Body Image Disturbance and the Development of Eating Disorders*. In: Smolak, L. & Levine, M.P., *The Wiley Handbook of Eating Disorders*.(1.ed, vol. 1)West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.

- Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine, 31*, 737-740.
- Klump, K., L., Suisman, J., L., McGue, M., Iacono, W. G., & Burt, S. A. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 797-805.
- Kuosmanen, L., Hätonen, H., Jyrkinen, A., Riitta, Katajisto, J., & Välimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing, 55*(6), 655-663.
- Larsen, L.K & Laursen, S.S (2018). *Genindlæggelse af unge med anoreksi: Et systematisk litteraturreview*. Unpublished
- Lau, M., & Waadegaard, M. (2012). *Spiseforstyrrelser og medicin*. In: L. Hecht Kiib, & B. Schousboe Hartvig (Eds.), *Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling* (1st ed., pp. 91-92) Psykiatrifondens forlag.
- Lay, B., Jennen-Steinmetz, C., Reinhard, I., & Schmidt, M. (2002). Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: Relation to speed of relapse and readmission. *European Eating Disorders Review, 10*(1), pp. 22-40.
- Le Grange, D., Accurso, E., C., Lock, J., Agras, S. W., & Bryson, S., W. (2014b). Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 47*(2), 124-129.
doi:10.1002/eat.22221.
- Le Grange, D., Lock, J., Accurso, E., C., Agras, S. W., Carcy, A., Forsberg, S., & Bryson, S., W. (2014a). Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(11), 1162-1167.
doi:10.1016/j.jaac. 2014.07.014.

- Lindhardt, A. (2015). *Psykiatriens organisering*. In: Simonsen, E., & Møhl, B.. Grundbog i psykiatri (1st ed.) Kbh: Hans Reitzels Forlag.
- Ljungmann, R., & Engelbrecht, S. (2018). *Psykiatrien under pres*. 1-13. Kbh: CEVEA
- Lock, J., Agras, W., Bryson, S., Brandt, H., Halmi, K., Kaye, W., . . . Jo, B. (2016). Does family-based treatment reduce the need for hospitalization in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 891-894.
- Lock, J., Couturier, & Agras, W. (2006). Comparison of Long-Term Outcomes in Adolescents With Anorexia Nervosa Treated With Family Therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666-672.
- Lock, J., La Via, M. C., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Focus*, 14(1), 75-89.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S., W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing Family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 67(10), 1025-1032.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in rochester, minn.: A population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.
doi:10.1176/ajp.148.7.917
- Lunn, S., Rokkedal, Kristian, & Rosenbaum, Bent. (2010). *Frås og faste: Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning* (1st. ed.). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Lynge, E., Sandegaard, J., & Rebolj, M. (2011). The Danish National Patient Register. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7 suppl), 30-33

- McKenzie, J., & Joyce, P. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 11*(3), 235-241.
- Meads, C., Gold, L., & Burls, A. (2001). How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. *European Eating Disorders Review, 9*, 229-241. doi:10.1002/erv.406
- Minuchin, S. (1979). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context* (3rd ed). Boston: Harvard University Press
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., Todd, T.C. (1975) A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children: Family Organization and Family Therapy. *Arch Gen Psychiatry, 32*(8):1031–1038
- Mruk, C.J. (2006): *The crucial issue of defining self-esteem*. In: Mruk, C.J. (2006). Self-esteem research, theory, and practice : Toward a positive psychology of self-esteem (Elektronisk udgave. 3rd ed.). Palo Alto, Calif: Ebrary.
- Munk-Jørgensen, P. & Perlo, G. (2000). *De farlige psykiatriske tal* (1. udgave ed.). Kbh: Munksgaard
- Münch, A. L., Hunger, C., & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology, 4*(36), 1-10.
- National Guideline Alliance (2017). Eating Disorders: recognition and treatment full guideline. *National Institute for Health and Care Excellence*, (pp. 18-27 + pp. 30-31 + pp. 191-261)
- Nova, Lopez-Vidriero, Varela, Toro, Casas, & Marcos. (2004). Indicators of nutritional status in restricting-type anorexia nervosa patients: A 1-year follow-up study. *Clinical Nutrition, 23*(6), pp. 1353-1359.
- Offord, A., Turner, H., & Cooper, M. (2006). Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study exploring young adults' retrospective

views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review*, 4(6), 377-387. doi:10.1002/erv.687

Oksanen, A., Garcia, D., & Räsänen, P. (2016). Proanorexia Communities on Social Media. *Pediatrics*, 137(1), 1., 1-5

Palazzoli, M.S. (1978). *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*, London: Chaucer Publishing Co. Ltd.

Panacek, E. A. (2007). Performing chart review studies. *Air Medical Journal*, 28(5), 206-210.

Park, M., Sun, Y., & Mclaughlin, M. (2017). Social Media Propagation of Content Promoting Risky Health Behavior. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(5), 278-285

Perloff, R. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71(11), 363-377.

Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38, 1443-1453. doi:doi:10.1017/S0033291707002310

Pike, K., Walsh, B., Vitousek, K., Wilson, G., & Bauer, J. (2003). Cognitive Behavior Therapy in the Posthospitalization Treatment of Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2046-2049.

Raciti, M., & Norcross, J. (1987). The EAT and EDI: Screening, interrelationships, and psychometrics. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 579-586.

Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W., & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa.

Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 15(2), 111-116.

doi:10.1097/00004703-199404000-00008

- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B. & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(12)
- Robinson, P., Hellier, J., Barrett, B., Barzdaitiene, D., Bateman, A., Bogaardt, A., . . . Fonagy, P. (2016). The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials*, 17(1)
- Robinson, P., Skårderud, F., Sommerfeldt, B.(2019). *Hunger : Mentalization-based Treatments for Eating Disorders* (1st. ed.). Cham: Springer International Publishing.
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 501-507.
- Schousboe, B., Hartvig. (2012). *Spiseforstyrrelsessymptomer*. In: L. Hecht Kiib, & B. Schousboe Hartvig (Eds.), *Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling* (1st ed., pp. 13-21) Psykiatrifondens forlag.
- Seitz, J., Bühren, K., Biemann, R., et al. (2016) Leptin levels in patients with anorexia nervosa following day/inpatient treatment do not predict weight 1 year post-referral. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.25(9):1019-1025. doi: 10.1007/s00787-016-0819-4., pp. 1019-1025

- Sidani, J.E., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J., & Primack, B.A. (2016). The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(9), 1465-1472.
- Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 65-71.
- Skårderud, F. (1994): *Nervøse spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget
- Skårderud, F. (2001). *Stærk/Svag. En håndbog om spiseforstyrrelser* (Mikal Arboe Trans.). (1st ed., pp. 9-310) Hans Reitzlers Forlag.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339.
- Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 83-88.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2011). *Tag kroppen på bordet: spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd*. In: Skårderud, F., Haugsgjerd, Svein, & Stänicke, Erik. (2011). *Psykiatribogen : Sind, krop, samfund* (1. udg. ed.). Kbh: Hans Reitzel.
- Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P., G. M., Collin, P., Power, K., Yellowless, A., Cook, M. (2014). The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspective. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 16-27. doi:10.1177/1359105313520336
- Solheim, M., & Andersen, D., Søgaard. (2012). Behandling under indlæggelse. In L. Hecht Kiib, & B. Schousboe Hartvig (Eds.), *Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling* (1st ed., pp. 95-100) Psykiatrifondens forlag.
- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.

- Steinhausen, H., Grigoriu-Serbanescu, M., Boyadjieva, S., Neumärker, K., & Winkler Metzke, C. (2008). Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders, 41*(1), pp. 29-36.
- Steinhausen, H., & Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 845-850.
- Strandjord, S.E., Sieke, E.H, Richmond,M., & Rome, E.S. (2015). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Illness and Hospital Course in Patients Hospitalized for Nutritional Insufficiency. *Journal of Adolescent Health, 57*(6), pp. 673-678
- Sundhedsdatastyrelsen. (2017a). *Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen* , 1-53.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2017b). *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet: For børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*. 4-46. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Nationale kliniske retningslinjer for behandling af anorexia nervosa*. 1-76. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse*. 5-54. Sundhedsstyrelsen
- Swanson, R., M., & Spitzer, S., P. (1970). Stigma and the psychiatric patient career. *Journal of Health and Social Behavior, 11*(1), 44-51.
- Tafà, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2017). Female adolescents with eating disorders, parental psychopathological risk and family functioning. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 28-39.

- Tasaka, K., Matsubara, K., Takamiya, S., Ishikawa, S., Iwata, A., & Nigami, H. (2017). Long-term follow up of hospitalized pediatric anorexia nervosa restricting type. *Pediatrics International*, 59(4), pp. 482-489.
- Tchanturia, K., Adamson, J., Leppanen, J., & Westwood, H. (2019). Characteristics of Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: A Naturalistic Study in an Inpatient Treatment Programme. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 23(1), 123-130.
- Tchanturia, K., Giombini, L., Leppanen, J., & Kinnaird, E. (2017). Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *European Eating Disorders Review*, 25(4), 227-236.
- Thomsen, S., & Krogh, Jesper. (2010). *Sundhedsvidenskabelig forskningsmetode*.(1st ed.) Kbh: FADL's Forlag.
- Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 199(1), 5-7.
- Uddannelses- og forskningsministeriet (2014) *Den danske kodeks for integritet i forskning*. Kbh: Uddannelses- og forskningsministeriet
- Valbak, K. (2015) *Spiseforstyrrelser*. In: Simonsen, E., & Møhl, B., Grundbog i psykiatri (1st ed.) Kbh: Hans Reitzels Forlag
- Vall, E., & Wade, T. (2017). Predictors and moderators of outcomes and readmission for adolescent inpatients with anorexia nervosa: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 21(2), pp. 143-152.
- Vassar, M., & Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: Important methodological considerations. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 10(12), 1-7. doi:10.3352/jeehp.2013.10.12

- Von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M., Lambert, M., Karow, A., Härter, M., & Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 775-782.
- Waaddegaard, M., Lau, M., & Schousboe, B., Hartvig. (2012). *Diagnoser*. In: L. Hecht Kiib, & B. Schousboe Hartvig (Eds.), *Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling* (1st ed., pp. 21-25) Psykiatrifondens forlag.
- Wang, J. (2002). *Basic Principles and Practical Applications in Epidemiological Research* (Vol. 1). World Scientific. 2-8
- Westwood, H., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2017). Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa. *BioMed Central*, 8(12), 1-9.
doi:10.1186/s13229-017-0128-x
- World Health Organization (2018): *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. (1st. ed.) Kbh: Munksgaard
- Worster A. & Haines T. Advanced statistics: understanding medical record review (MRR) studies. *Acad Emerg Med*. 2004;11:187- 192.
- Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M. (2015). The incidence of eating disorders in a danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 16-22.
- Zipfel, S., Giel, K., E., Bulik, C. M., Hay Philippa, & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet*, 2(12), 1099-1111.
doi:10.1016/S22150366(15)00356-9
- Zucker, N. L., & Losh, M. (2008). Repetitive behaviours in anorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatry*, 7(4), 183-187.

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer> tilgået d. 21/3-2019

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/laegemiddelstatistikregisteret> tilgået d. 27/4-2019

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> tilgået d. 20/5-2019

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-taipei-on-ethical-considerations-regarding-health-databases-and-biobanks/> tilgået d. 20/5-2019