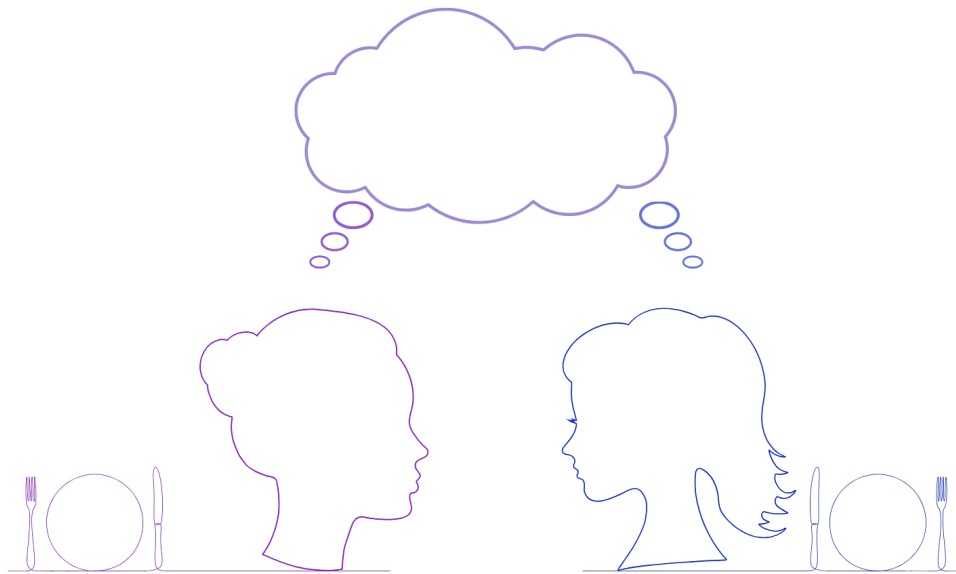


Mentaliseringsbaseret terapi til spiseforstyrrelser

Evidens, teori og praksis



Julie Bjerre
Studienummer: 20204052

Aalborg Universitet
30. maj 2025

Vejleder: Lennart Kiel

10. semester, psykologi
Kandidatspeciale

Scoping review - antal tegn: 46.179
Svarende til normalsider á 2400 tegn: 19,24

Rammesættende del - antal tegn: 46.223
Svarende til normalsider á 2400 tegn: 19,26

Specialets samlede antal tegn: 92.402
Svarende til normalsider á 2400 tegn: 38,50

Læsevejledning

Strukturen for dette kandidatspeciale er opbygget efter formkrav B i studieordningen for kandidatuddannelsen i psykologi (årgang 2023-2024). Afhandlingen er todelt med henholdsvis en artikel, som er udformet efter de almindelige normer for videnskabelige tidsskrifter på området, samt en rammesættende del, hvor særlige aspekter eller andre perspektiver på den undersøgte problemstilling udfoldes yderligere.

Den første del af afhandlingen består af den videnskabelige artikel, som præsenteres fra side 1-32. Artiklen er udformet som et scoping review, der har til hensigt at give overblik over, hvilken evidens der eksisterer ift. at anvende mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser. I artiklen diskuteres også styrker og svagheder ved scoping reviewet og de studier, der er inkluderet.

I den anden del af afhandlingen, som præsenteres fra side 33 til 60, udfoldes den rammesættende del. Heri belyses sammenhængen mellem spiseforstyrrelser og mentalisering ved at kigge på, hvordan mentalisering kommer til udtryk hos personer med spiseforstyrrelse. Desuden beskrives mentaliseringsbaseret terapi til spiseforstyrrelser, MBT-ED, og dets mulige virkemekanismer diskuteres og sættes i relation til andre behandlingstilgange. Slutteligt diskuteres det, hvilken betydning afhandlingens fund har for forskning og praksis.

Indholdsfortegnelse

Del 1: Evidens for mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser: Et scoping review 1

<i>Abstract</i>	1
<i>1. Introduktion</i>	2
1.1 Det aktuelle studie.....	5
<i>2. Metode</i>	5
2.1 Litteratursøgning	7
2.2 Inklusions- og eksklusionskriterier	8
2.3 Selektionsproces	10
2.4 Dataudtrækning og syntese	10
<i>3. Resultater</i>	12
3.1 Studiernes fund	15
<i>4. Diskussion</i>	18
4.1 Styrker og svagheder ved de inkluderede studier	19
4.2 Processens styrker og begrænsninger	23
4.3 Implikationer for fremtidig forskning.....	24
<i>5. Konklusion</i>	25
<i>Referenceliste</i>	26

Del 2: Nedsat mentalisering hos spiseforstyrrede - Et teoretisk og praktisk perspektiv 33

<i>1. Introduktion</i>	33
<i>2. Mentaliseringsteori</i>	35
2.1 Dimensioner og præmentaliserende modi	38
<i>3. Spiseforstyrrelser: Et udtryk for nedsat mentalisering</i>	40
<i>4. Mentaliseringsbaseret terapi til spiseforstyrrelser</i>	43
<i>5. Diskussion</i>	46
5.1 Hvad virker i MBT-ED?.....	47
5.2 Implikationer for forskning og praksis	50
5.3 Ethiske overvejelser	52
<i>6. Konklusion</i>	53
<i>Referenceliste</i>	55

Del 1: Evidens for mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser: Et scoping review

Abstract

Background: Eating disorder (ED) is a serious and potentially life-threatening illness affecting thousands of people worldwide. Treatments usually include a heavy focus on psychotherapy. However, no psychotherapy has yet been proven superior and thus, new treatment possibilities emerge. One that has been on the rise is mentalization-based therapy (MBT) because of evidence linking impaired mentalization to ED-pathology. **Aim:** The aim of this scoping review is to investigate the evidence of MBT in the treatment of EDs to determine its efficacy and effect. **Method:** A systematic literature search was conducted in the databases PsycInfo and PubMed to detect relevant studies on the subject. A total of 284 studies were identified and screened for eligibility according to inclusion and exclusion criteria. Included studies were then descriptively synthesized. **Results:** The review identified five studies examining MBT as a treatment option for eating disorders. In all five studies, a control group was included to use as comparison. While all studies included eating pathology as an outcome measure, four studies also explored mentalizing ability as an outcome measure. Results revealed that MBT reduces ED-pathology, however effect sizes were generally small and not statistically significant. Findings also suggest that MBT can help improve mentalizing ability in patients with an eating disorder. **Conclusion:** This scoping review reveals that evidence on MBT for eating disorders is still sparse. However, preliminary findings suggest that MBT can reduce ED-pathology although no superiority was found when compared to other psychotherapies. Considering this, recommendations for future research on the subject is presented.

Keywords: Eating disorders, mentalization-based therapy, MBT, mentalizing, evidence, scoping review

1. Introduktion

At have en spiseforstyrrelse er forbundet med stor sundhedsfare, da spiseforstyrret adfærd eksempelvis manifesterer sig ved, at den ramte person sulter sig, kaster op eller bruger afføringsmidler. Denne type adfærd kan i sidste ende være fatal, og spiseforstyrrelsesdiagnosen anoreksi ligger øverst på listen over de mest dødelige psykiatriske lidelser, der findes (Skårderud et al., 2020). I Danmark lider 75.000 personer af en spiseforstyrrelse ifølge tal fra Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade (2017). På et globalt plan er andelen af spiseforstyrrelser stigende med en samlet, estimeret prævalens på 7,8% (Galmiche et al. (2019). Det er derfor nødvendigt med et internationalt fokus på spiseforstyrrelser, deres konsekvenser og i særdeleshed effekten af behandlinger herfor, så risikoen for negative og dødelige udfald minimeres.

For personer med en spiseforstyrrelse fylder tanker om krop, mad og vægt i en sådan grad, at det forstyrrer og forringer både deres mentale såvel som fysiske helbred. Spiseforstyrrede personer vil ofte opleve et uhensigtsmæssigt ønske om kontrol over vægt og spisning, der ligefrem kan føre til besættelse og være skadelig for livskvalitet og -funktion (Jensen & Møhl, 2023). Spiseforstyrrelser kan inddeles i tre overordnede diagnoser - anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) og binge eating disorder (BED) - men da der kan være stor bevægelse mellem de forskellige diagnoser, fokuseres der ofte på de fællestræk, der går på tværs af diagnoserne: fedmefrygt, ønske om slankhed, vægttabsønsker, konstant optagethed af mad og krop, frygt for kontroltab samt overdrevet vurdering af vægt og krops betydning (Jensen & Møhl, 2023; Psykiatrifonden, 2025). Udover de tre hoveddiagnoser findes også andre spiseforstyrrelser såsom Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), som er kendetegnet ved, at den ramte forbinder mad og spisning med stor angst for eksempelvis at kvæles af maden eller afsky over madens konsistens eller udtryk (National Institute of Mental Health, 2024). Spiseforstyrrelsespatologi, der ikke opfylder kriterierne for en af ovennævnte

kategorier, diagnosticeres som Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED) eller atypisk spiseforstyrrelse på dansk (American Psychiatric Association, 2013; Berthelsen, 1994).

I behandlingen af spiseforstyrrelser ses et stort psykisk fokus, da spiseforstyrrelsespatologi kan være relateret til udfordringer med tilknytning (Taube-Schiff et al., 2015), mentalisering og alexithymi (Beadle et al., 2013; McAdams & Krawczyk, 2013), emotionsgenkendelse og -regulering (Harrison et al., 2009) samt opmærksomhed og eksekutive funktioner (Gillberg et al., 2010). Af den grund anbefales psykoterapi ofte i behandlingen af spiseforstyrrelser, hvorigennem der sættes fokus på at arbejde med spiseforstyrrelsens bagvedliggende faktorer (National Institute of Mental Health, 2024). I en rapport fra Sundhedsstyrelsen fastslås det, at de hyppigst anvendte psykoterapiformer til spiseforstyrrelser er kognitiv adfærdsterapi (KAT), som også anbefales i de Nationale Kliniske Retningslinjer, psykodynamisk-orienteret terapi samt systemisk familieterapi (Sundhedsstyrelsen, 2005; Sundhedsstyrelsen 2018). Samme anbefalinger ses også udenfor Danmark, hvor både American Psychiatric Associations (APA) og National Institute for Health and Care Excellences (NICE) retningslinjer ligeledes anbefaler kognitiv adfærdsterapi (CBT-ED) og familiebaseret terapi (FBT), og desuden også Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA). Fælles for alle de ovenstående er, at de er evidensbaserede (Bryson et al., 2024; Crone et al., 2023; NICE, 2020). Systematiske reviews understreger også, at både CBT og FBT er effektive i behandlingen af spiseforstyrrelser (Atwood & Friedman, 2020; Couturier et al., 2013; Paphiti & Newman, 2023). Ligeledes har et systematisk review påvist effekten af dialektisk adfærdsterapi (DBT) til behandling af spiseforstyrrelser (Bankoff et al., 2012), om end denne ikke i øjeblikket optræder i nogle af ovenstående retningslinjer og anbefalinger. Ingen af disse psykoterapier har dog hidtil vist sig at være mere overlegen eller effektiv end de andre,

hvorfor der kommer et større fokus på at undersøge andre terapiformer, som går alternativt til værks i behandlingen af spiseforstyrrelser (Zeeck et al., 2018).

Blandt disse er mentaliseringsbaseret terapi (MBT), udviklet af Anthony Bateman og Peter Fonagy, hvor fokus er på at fremme mentalisering hos patienten. Mentalisering er en mental evne til at forstå menneskelig adfærd baseret på mentale stadier, som eksempelvis kan være ønsker, følelser, formål, behov m.m. (Fonagy et al., 2012). I MBT indtager terapeuten en meget aktiv rolle med et insisterende fokus på at forsøge at forbedre mentaliseringsevnen hos sin patient, hvilket er den vigtigste forskel fra andre psykoterapier. I MBT er det således ikke terapeutens primære rolle at give indsigt, ændre adfærd eller arbejde med kognitiv omstrukturering, men derimod at have fokus på mentale processer. I takt med forbedring af mentaliseringsevnen opstår også forbedring af andre koncepter, hvortil mentalisering er relateret, og mentalisering breder sig dermed som ringe i vandet og afføder i sidste ende et bedre psykologisk funktionsniveau (Fonagy et al., 2012). MBT er allerede en veletableret og evidensbaseret behandlingsform til særligt borderline personlighedsforstyrrelse (BPD). For BPD og spiseforstyrrelser ses visse ligheder i symptomerne, såsom impulsivitet og emotionel dysregulering, hvorfor der i forskningen begynder at være opmærksomhed på, om MBT ligeledes kunne have en effekt på spiseforstyrrelsespatologi (Malda-Castillo et al., 2019). Et systematisk review og metaanalyse viser desuden, at spiseforstyrrede patienter sammenlignet med en rask kontrolgruppe generelt har større vanskeligheder med alexithymi, som er en del af mentaliseringsevnen, der omfatter evnen til at kunne forstå, identificere og sætte ord på egne følelser (Simonsen et al., 2020). Det samme billede ses i et andet, nyere studie, hvor det samtidig tydeliggøres, at sværhedsgraden af alexithymi kan variere afhængigt af spiseforstyrrelsesdiagnosen (Telléus et al., 2024). Resultaterne fra begge studier indikerer dog, at der er evidens for, at mentaliseringsevnen hos spiseforstyrrede patienter er nedsat, og at MBT dermed kunne være en relevant behandlingsform til spiseforstyrrelser. I praksis ses også en stigende

anvendelse af MBT til behandling af spiseforstyrrelser, hvor man blandt andet i dansk regi i Region Nordjylland har implementeret MBT-gruppeforløb for patienter med spiseforstyrrelse. Ligeledes er der blevet udviklet en tilpasset version af MBT specifikt tiltænkt behandling af spiseforstyrrelser (MBT-ED), som er tydeligt struktureret med psykoedukation i grupper, individuel terapi, mentaliseringsbaseret gruppeterapi, kostvejledning, caseformulering og krisepplaner (Skårderud et al., 2020). På trods af dette er der hidtil ikke blevet foretaget et samlet overblik over evidensstatussen på området, hvilket betyder, at det endnu er uklart, hvilken behandlingseffekt der ses ved MBT til spiseforstyrrelser, og om MBT potentielt er lige så god, bedre eller mindre effektiv end eksisterende evidensbaserede behandlingsformer.

1.1 Det aktuelle studie

Formålet med denne artikel er derfor at skabe et foreløbigt overblik over den eksisterende forskning i behandlingseffekten af MBT til spiseforstyrrelse. Hertil anvendes et scoping review, der skal afdække hvor mange og hvilke undersøgelser, der er foretaget på området med henblik på at komme med en foreløbig status på, om MBT effektivt kan reducere spiseforstyrrelsespatologi sammenlignet med andre evidensbaserede psykoterapier. Afslutningsvist diskuteres styrker og begrænsninger ved dette review, og der præsenteres anbefalinger til fremtidig forskning.

2. Metode

I det følgende afsnit beskrives scoping review, som er den anvendte metodiske tilgang i dette speciale. Scoping reviewet tager udgangspunkt i PRISMA ScR-retningslinjerne, som er målrettet netop scoping reviews. Dernæst præsenteres det metodiske arbejde i form af litte-

ratorsøgning, herunder valg af databaser og søgestreng, samt selektionsproces, dataudtrækning og syntese.

Artiklens metodiske fokus er et scoping review, som er en forskningsmetode, der er særligt anvendelig til afdække, hvilken og hvor meget litteratur der eksisterer på et givent område. I et scoping review ønskes der typisk ikke at finde svar på et snævert forskningsspørgsmål, men snarere at identificere og diskutere relevante koncepter på tværs af studier (Munn et al., 2018). Metoden anvendes ofte til at kortlægge evidens ved at identificere studier og undersøge deres designtype, populationer, outcomes m.m. (Petticrew & Roberts, 2006). Da denne artikel centrerer sig om at skabe en bred undersøgelse af, hvilken evidens der eksisterer for mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser, fremstår scoping reviewet dermed som en relevant metode at anvende.

Udarbejdelsen af det indeværende scoping review har taget udgangspunkt i PRISMA-retningslinjerne for scoping reviews (PRISMA-ScR), der udspringer af den originale PRISMA (Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) til systematiske reviews. Retningslinjerne i PRISMA består af en række punkter, der skal guide forskere i afrapporteringen af et systematisk review med henblik på at skabe transparens over de til- og fravalg, der er blevet gjort (Page et al., 2021). På samme måde er PRISMA-ScR udviklet med henblik på at assistere med rapporteringen af et scoping review (Tricco et al., 2018). PRISMA-ScR udgøres af en checkliste med 22 punkter, herunder to valgfrie, samt et flowdiagram til at illustrere søgnings- og selektionsprocessen (Tricco et al., 2018). Ved at anvende disse retningslinjer dannes en klar ramme for scoping reviewets indhold og udførelse, og den systematiske rapportering er med til at fremme transparens og mindske bias. En protokol til dette scoping review er ikke udarbejdet.

2.1 Litteratursøgning

I litteratursøgningen til dette scoping review blev der foretaget to parallelle søgninger i henholdsvis PsycInfo og PubMed. Førstnævnte er den største database indenfor psykologisk videnskab og litteratur, mens PubMed har et større sundhedsfagligt og medicinsk fokus, hvor også psykologi og psykiatri er repræsenteret (American Psychological Association, 2025; National Center for Biotechnology Information, 2025). Da spiseforstyrrelser er en psykiatrisk lidelse, og mentalisering er et psykologisk konstrukt, synes de to databaser velegnede at anvende til at fremsøge litteratur til undersøgelse af problemstillingen.

Den endelige litteratursøgning blev foretaget 24. februar 2025 i begge databaser. Formålet med litteratursøgningen var at fremsøge forskningsartikler, der undersøger mentaliseringsbaseret terapi som behandlingsform til spiseforstyrrelser. Forud for den endelige litteratursøgning blev der foretaget pilotsøgninger med henblik på at afdække andre relevante navne og termer for ”mentaliseringsbaseret terapi”. Den færdige søgestreng til fremsøgning af litteratur havde et todelt fokus på forskellige spiseforstyrrelsestyper (”feeding and eating disorders” OR ”overeating disorder” OR ”compulsive eating” OR ”disordered eating” OR ”eating disorder*” OR ”anorexia nervosa” OR ”bulimia nervosa” OR ”ARFID” OR ”avoidant restrictive food intake disorder” OR ”binge eating disorder”) samt mentaliseringsbaseret terapi (”mentalization based therapy” OR ”mentalisation-based therapy” OR ”mentalization-based treatment” OR ”mentalisation-based treatment” OR ”mentalization-based approach” OR ”mentalisation-based approach” OR ”mentalization-based intervention” OR ”mentalisation-based intervention” OR ”mentalization-enhancing interventions” OR ”mentalisation-enhancing interventions” OR ”mentalization-focused treatment” OR ”mentalisation-focused treatment” OR ”mentalization therapy” OR ”mentalisation therapy” OR ”mentalizing therapy” OR ”mentalising therapy” OR (”MBT” AND (”mentaliz*” OR ”mentalis*”))). Alle ord og begreber blev fremsøgt i ”all fields” for at øge antallet af matchende fund.

For at øge sandsynligheden for at indfange relevante studier på området, blev der også anvendt henholdsvis MeSH-terms i PubMed og indekstermer i PsycInfo. MeSH- og indekstermer er unikke for den enkelte database og kan være med til at frembringe studier, der er kategoriseret under en bestemt term, og dermed omhandler det rette emne, uden at selve termet er nævnt i studiet og dermed ellers ikke ville opfanges med søgestrengen. I PsycInfo blev ordene anorexia nervosa, avoidant restrictive food intake disorder, binge eating disorder, bulimia, feeding disorders, eating disorders og mentalization-based interventions anvendt som indekstermer, mens det i PubMed var anorexia nervosa, avoidant restrictive food intake disorder, bulimia nervosa, binge eating disorder, feeding and eating disorders og mentalization based therapy, der blev anvendt som MeSH-termer.

2.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Udvælgelsen af studier blev foretaget ud fra en række in- og eksklusionskriterier, som skal sikre, at relevante studier inkluderes, mens studier, der ikke efterlever inklusionskriterierne, sorteres fra. Kriterierne, der er blevet udarbejdet for dette scoping review, præsenteres i tabel 1 nedenfor. I kriterierne er ikke inkorporeret, at studierne skal være publicerede fra et bestemt årstal eller i et bestemt tidsinterval, ligesom der heller ikke skelnes mellem, hvilken spiseforstyrrelse deltagerne i studierne måtte være diagnosticeret med. Valget bunder i et ønske om at kortlægge så meget af området som muligt, og da mentaliseringsbaseret terapi til spiseforstyrrelser endnu er et relativt nyt område, ville et tidsinterval risikere at udelukke potentielt relevante studier. Desuden ønskes der med dette scoping review at kigge bredt på MBT til behandling af spiseforstyrrelser, og dermed er kriterierne ikke afgrænsede til én bestemt spiseforstyrrelsestype. På grund af mulige sprogbarrierer er kriterierne afgrænsede til kun at inkludere studier, der er skrevet på dansk eller engelsk.

Tabel 1. Inklusion- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier skrevet på dansk eller engelsk	Andre sprog end dansk og engelsk
Peer-reviewed studier	Ikke peer-reviewed
Sample består af personer med diagnosticeret spiseforstyrrelse jf. DSM eller ICD	Spiseforstyrrelse ikke diagnosticeret jf. DSM eller ICD
Primær intervention skal være MBT eller en tilpasning heraf	Primær intervention er ikke MBT
Forbedring af spiseforstyrrelsespatologi skal være et outcome-mål	ED-patologi er ikke en del af outcome-mål

Forkortelser: ED - eating disorder; MBT - mentaliseringsbaseret terapi; DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD - International Classification of Diseases and Related Health Problems

For at sikre en vis grad af kvalitet inkluderes kun studier, der er peer-reviewed. Derudover er der til dette scoping review blevet fastsat et kriterium om, at studierne sample skal bestå af personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse, om end det ikke er et eksklusionskriterium, hvis der er komorbiditet, idet komorbiditet ofte optræder hos patienter med en spiseforstyrrelse (Grave et al., 2021). Et studie ekskluderes derimod, hvis den primære intervention ikke er MBT, og hvis spiseforstyrrelsespatologi ikke indgår som en del af studiets outcome-mål. Valget angående disse kriterier er truffet, fordi det vurderes for vanskeligt at determinere virkningen af MBT, såfremt studiet anvender en anden primær behandlingsform samtidigt. For at forstå hvordan MBT fungerer i behandlingen af spiseforstyrrelser, er det ligeledes nødvendigt, at studiet som minimum inkluderer spiseforstyrrelsespatologi som et outcome-mål. Endeligt er der ikke opsat kriterier for studiedesign, da dette scoping review har til hensigt bredt at afdække evidensen på området og dermed inkluderer studier fra forskellige niveauer i evidenshierarkiet.

2.3 Selektionsproces

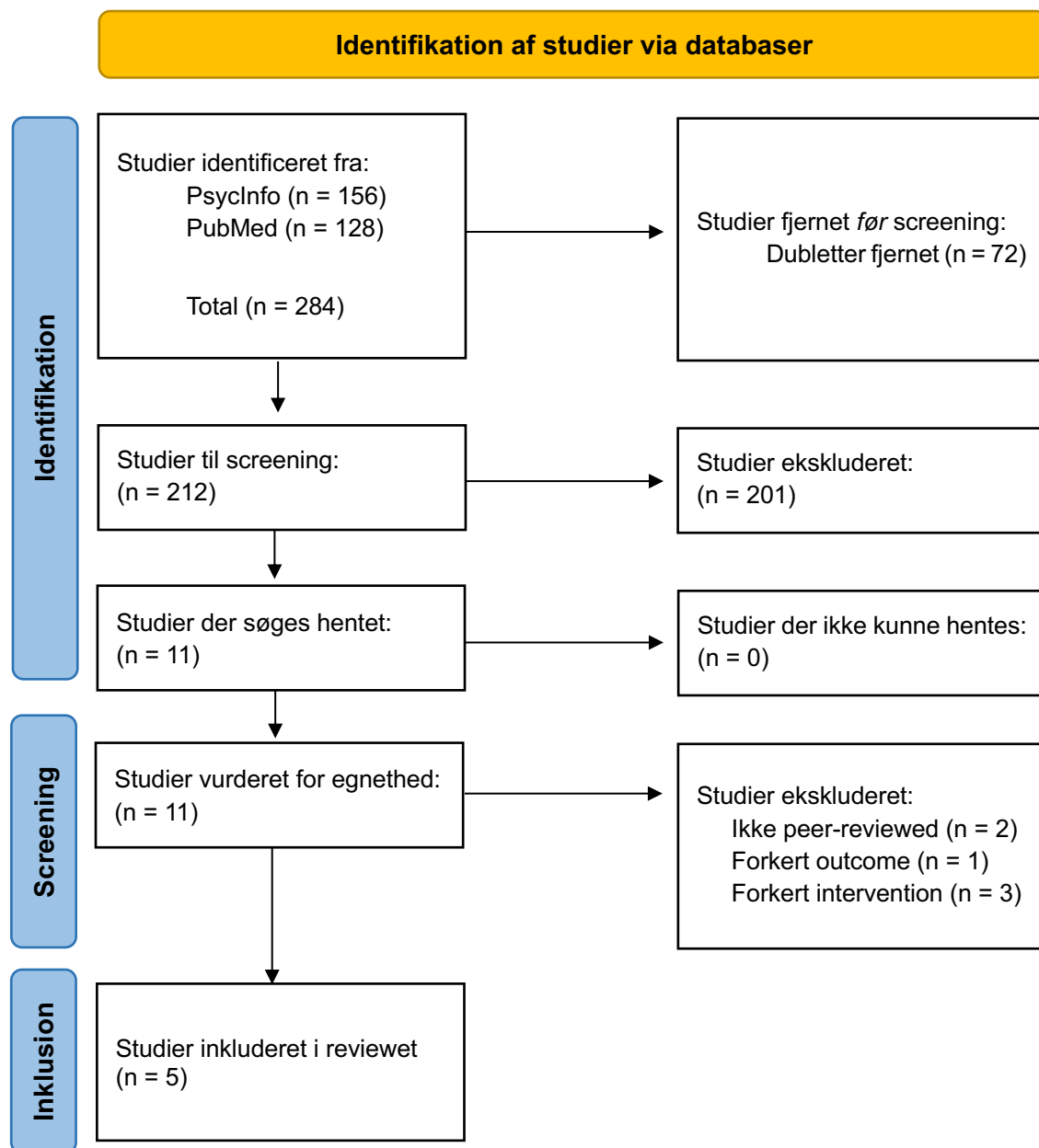
Litteratursøgningen i PsycInfo og Pubmed frembragte i alt 284 studier. Studierne blev overført til referencehåndteringsværktøjet Rayyan med henblik på screening (Ouzzani et al., 2016). Rayyans automatiske værktøj identificerede 148 mulige dubletter, og efter gennemgang af disse blev 72 dubletter frasorteret, hvilket efterlod 212 studier. Disse blev efterfølgende screenet i henhold til ovenstående inklusions- og eksklusionskriterier ved at gennemgå titel og abstract. Til- og frasortering på baggrund af studierne titel og abstract førte til, at yderligere 201 studier blev ekskluderet. De resterende 11 studier blev medtaget til screening af fuldtekst, hvoraf seks studier ikke efterlevede inklusions- og eksklusionskriterierne og blev valgt fra. De tilbageværende fem studier levede op til de fremsatte kriterier og blev derfor medtaget i indeværende scoping review. Selektionen af studierne er foretaget af eneforfatteren bag dette scoping review. Selektionsprocessen er illustreret gennem et flowdiagram (se figur 1).

2.4 Dataudtrækning og syntese

Fra hvert af de inkluderede studier er følgende informationer udtrukket: 1) generelle oplysninger - forfattere bag studiet, udgivelsesår, land samt studiedesign, 2) oplysninger om population, herunder sample size, køns- og aldersfordeling, ED-diagnose og komorbiditet, 3) anvendte psykologiske mål og instrumenter og 4) centrale fund ift. MBT og spiseforstyrrelser, herunder relevante effektstørrelser. Er effektstørrelserne ikke oplyst i studiet, udregnes de manuelt ved hjælp af gennemsnit og standardafvigelse, såfremt disse er tilgængelige¹. Alle udtrukne oplysninger syntetiseres i det følgende resultatafsnit.

¹ Manuel udregning af effektstørrelser (Cohen's d) er blevet foretaget for Balestrieri et al. (2015), Sonntag & Russell (2022) og Zeeck et al. (2021). Udregningen er sket via formelen $d = (M1 - M2) / S_{pooled}$.

Figur 1. PRISMA flowdiagram over identifikation, screening og inklusion af studier



3. Resultater

De inkluderede studiers karakteristika fremgår af tabel 2. Alle fem studier undersøger mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser, men varierer i bl.a. design og metodologi, hvorfor studierne er præget af en del heterogenitet. Derfor beskrives studierne deskriptivt i det følgende med hensyn til sample, intervention, design og metodik samt outcomes. Slutteligt sammenstilles studierne primære fund ift. MBT, spiseforstyrrelsespatologi og mentaliseringsevne.

Studierne er fordelt på forskellige studiedesign, hvoraf tre ud af fem er RCT-studier (Golan, 2022; Robinson et al., 2016; Sonntag & Russell, 2022), mens de resterende inkluderede studier består af et prospektivt, observationelt studie (Zeeck et al., 2021) samt et før/efter-studie (Balestrieri et al., 2015). Fælles for alle studierne er, at de har inkluderet en kontrolgruppe. Studierne er udarbejdet i fem forskellige lande: Australien (Sonntag & Russell, 2022), Italien (Balestrieri et al., 2015), Storbritannien (Robinson et al., 2016), Tyskland (Zeeck et al., 2021) og Israel (Golan, 2022).

Studierne har samlet undersøgt 256 deltagere med varierende samplestørrelser fra $N = 24$ til $N = 94$ deltagere. I fire ud af fem studier sås frafaldsrater fra cirka 5% ($N = 2$) (Golan, 2022) til cirka 63% ($N \approx 21$) (Robinson et al., 2016). Kun Sonntag og Russell (2022) oplevede intet frafald efter behandlingens start. Studierne deltagergrupper er generelt sammenlignelige, idet kvinder udgør hele eller næsten hele andelen af deltagere i fire af studierne, hvori disse har en gennemsnitsalder på mellem 24 år (Golan, 2022) og 31,1 år (Robinson et al., 2016). Balestrieri et al. (2015) rapporterer dog hverken køn eller alder for sit sample, hvilket er en væsentlig svaghed. For alle studier gælder desuden, at samplet ikke er begrænset til én type spiseforstyrrelse, men fordeler sig over flere forskellige, om end AN og BN er hyppigst repræsenteret. På tværs af studierne anvendes diagnostiske instrumenter baseret på DSM-IV/DSM-5.

Tabel 2. Studiekarakteristika

Forfatter (årstal) Land	Formål	Studie- design	Sample (køn, alder)	ED- type	Mål	Frafald	Centrale fund
Balestrieri et al. (2015) Italien	At undersøge virkningen af MBT i behandling af spiseforstyrrelser sammenlignet med STP	Ikke-kon- trolleret før/efter- studie	N = 24 (ikke rapporteret)	AN, BN	TAS- 20, EDI-3	MBT = 58,3% SPT = 50%	Der sås reduktion i EDI-3 subskalaerne ”drive to thinness” og ”bulimia” i begge grupper med moderate eller små effektstørrelser på hhv. $d = 0.698$ og $d = -0.387$. Effekten mellem grupperne var dog ikke signifikant. Ligeledes sås en lille effekt for TAS-20 på tværs af grupperne, dog uden signifikans ($d = 0.405$).
Golan, M. (2022) Israel	At undersøge muligheden for at an- vende ECOSA i MBT-forløb	RCT	N = 94 (100% kvin- der, $M_{age} =$ 24)	AN, BN, BED, ARFID	EDE-Q, RFQ	MBT = 5% ECOSA = 5%	Der sås markante forbedringer i RFQ ($g = 2.28$) og EDE-Q ($g = 3.82$) over tid. Der sås en meget lille effekt på EDE-Q mellem interventionsgruppen og MBT-gruppen ($\omega^2 = 0.002$) samt en lille effekt for Group x Time ($\omega^2 = 0.08$). For RFQ sås en lille effekt mellem grupperne ($\omega^2 = 0.25$), mens der dog sås en overlegenhed i interventionsgruppen for Group x Time ($\omega^2 = 1.95$).
Robinson et al. (2016) Storbritan- nien	At sammenligne MBT-ED med SSCM-ED til behandling af patien- ter med spiseforstyrrelse og BPD	RCT	N = 68 (92,7% kvin- der, $M_{age} =$ 31,1)	AN, BN, BED, EDNOS	EDE	MBT = 52,9% SSCM-ED = 62,9%	Der sås forbedringer i EDE global scores for både MBT- og SSCM-gruppen ved 6, 12 og 18 måneder. De respektive effektstørrelser mellem grupperne var dog små (hhv. $d = -0.22$, $d = -0.02$, $d = -0.23$). 10 af deltagerne oplevede desuden kritiske hændelser under forløbet - herunder var der et dødsfald blandt patienterne.
Sonntag & Russell (2022) Australien	At undersøge MBT sammenlignet med TAU hos patienter med spise- forstyrrelse uden komorbid BPD	RCT	N = 32 (96,9% kvin- der, $M_{age} =$ 24,3)	AN, BN, BED	RFQ-8, EDE-Q	Intet rap- porteret frafald	Der sås forbedringer i EDE-Q for begge grupper med en lille effektstørrelse på den glo- bale score ($d = -0.152$), men forskellen var ikke statistisk signifikant. Den gennemsnitlige RFQc score var højere for MBT-gruppen end kontrolgruppen og opnåede statistisk signi- fikans ($d = 1.353$, $p < 0.001$).
Zeeck et al. (2021) Tyskland	At evaluere effekten af et MBT-ED- dagsprogram til patienter med spi- seforstyrrelse sammenlignet med en kontrolgruppe af tidligere patienter	Prospektivt observati- onsstudie	N = 38 (95,5% kvin- der, $M_{age} =$ 27,3)	AN, BN, OSFED	EDE, EDI-2, RFQ	MBT = 13,2%	Ved udskrivelse sås signifikante forandringer i EDE-total score, ligesom der sås signifi- kant forbedring i EDI-2-subskalaen ”bulimia”. Sammenlignet med en matchet kontrol- gruppe sås dog kun små effektstørrelser svingende fra $d = -0.329$ til $d = 0.309$, hvoraf ingen opnåede statistisk signifikans. RFQ-scores forbedredes ligeledes, herunder stor for- bedring på subskalaen RFQu ($t = -2.96$, $p = 0.006$).

Forkortelser: ED - Eating Disorder; BPD - Borderline Personality Disorder; AN - Anorexia Nervosa; BN - Bulimia Nervosa; BED - Binge Eating Disorder; ARFID - Avoidant Restrictive Food Intake Disorder;

EDNOS - Eating Disorders Not Otherwise Specified; OSFED - Other Specified Feeding or Eating Disorders; ECOSA - Eating and control style axis; TAS-20 - Toronto Alexithymia Scale; EDI-2/EDI-3 - Eating

Disorder Inventory; GAF - Global Assessment of Functioning; EDE/EDE-Q - Eating Disorder Examination (Questionnaire); RFQ - Reflective Functioning Questionnaire; MBT - mentaliseringsbaseret terapi; SPT -

Short term psychodynamic treatment; SSCM-ED - Specialist Supportive Clinical Management for Eating Disorders; TAU - Treatment as usual

Komorbiditet optræder i samtlige studier og ses særligt med personlighedsforstyrrelser. Sonntag og Russell (2022) har dog et direkte eksklusionskriterie for BPD, hvorimod Robinson et al. (2016) aktivt har søgt deltagere med BPD. I Golan (2022) studie ses BPD hos 30% af deltagerne, mens det for de resterende studier er uklart præcis hvilke komorbide personlighedsforstyrrelser, der er tale om.

Det er et inklusionskriterie i dette scoping review, at studierne skal undersøge mentaliseringsbaseret terapi til spiseforstyrrelser, men hvordan MBT er tilrettelagt i det enkelte studie, er forskelligt. I tre af studierne er patienterne blevet tilbudt både individuelle sessioner såvel som gruppesessioner (Balestrieri et al., 2015; Robinson et al., 2016; Zeeck et al., 2021), mens de to resterende studier kun tilbyder enten individuel terapi (Golan, 2022) eller gruppe-terapi (Sonntag & Russell, 2022). Længden på behandlingen varierer fra 18 måneder (Balestrieri et al., 2015) til seks uger (Sonntag & Russell, 2022) med varierende hyppighed af sessioner. På tværs af studierne varierer kontrolgruppe-behandlingen også, hvor de i to studier modtager Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) (Robinson et al., 2016; Sonntag & Russell, 2022), to studier tilbyder en psykodynamisk-orienteret behandling (Balestrieri et al., 2015; Zeeck et al., 2021), mens et enkelt studie tilbyder den næsten samme behandling som interventionsgruppen, MBT (Golan, 2022). Forskellen i sidstnævnte ligger i, at terapeuterne i interventionsgruppen skal supplere MBT-forløbet med anvendelse af mentaliseringsværktøjet Eating and Control Style Axis (ECOSA).

Alle de inkluderede studier havde som primært eller sekundært mål at undersøge, hvilken effekt MBT har på spiseforstyrrelsespatologi. Til at vurdere spiseforstyrrelsespatologi anvender samtlige studier enten spørgeskema (EDE-Q eller EDI), interview (EDE) eller begge dele. EDE og EDE-Q er valide instrumenter, som demonstrerer høj reliabilitet, hvorfor de generelt anses som den gyldne standard til at måle spiseforstyrrelsespatologi (Berg et al., 2012). Fire studier undersøger desuden effekten af MBT på deltagernes mentaliseringsevne,

hvoraf tre studier undersøger mentalisering via redskabet Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) (Golan, 2022; Sonntag & Russell, 2022; Zeeck et al., 2021), mens et enkelt studie undersøger mentalisering i form af alexithymi gennem redskabet TAS-20 (Balestrieri et al., 2015). I Robinson et al. (2016) er mentaliseringsevne ikke en del af studiets undersøgelsesformål.

3.1 Studiernes fund

I Balestrieri et al. (2015) ses, at samtlige subskalaer i EDI-3 er forbedret for både interventionsgruppen (MBT) og kontrolgruppen, der modtog SPT. Udregninger viser en moderat effektstørrelse for EDI-3 subskalaen "drive to thinness" ($d = -0.698$), en lille effektstørrelse for subskalaen "bulimia" ($d = -0.387$), mens der for subskalaen "body dissatisfaction" ses en meget lille effektstørrelse ($d = -0.108$). For sidstnævnte skala ses der dog kun forbedringer i interventionsgruppen. Efter endt behandling ses derudover en lille effektstørrelse ($d = 0.405$) for den totale score i TAS-20. Ingen af resultaterne opnår dog statistisk signifikans, om end de indikerer, at MBT til en vis grad kan reducere både spiseforstyrrelsespatologi og forbedre alexithymi uden dog nødvendigvis at være bedre end SPT.

I Golan (2022) ses, at deltagerne opnår forbedring i spiseforstyrrelsespatologi samt i mentaliseringsevne i begge grupper. For EDE-Q rapporteres en minimal gruppeeffekt ($\omega^2 = 0.002$), men en høj tidseffekt ($g = 3.82$). Resultaterne tyder på, at forskellene i EDE-Q på tværs af grupperne ikke kan tilskrives interventionen (ECOSA), mens tiden fra behandlingens begyndelse til dens slutning derimod medfører en substantiel ændring i deltagernes EDE-Q-scores. Group x Time-effekten viser en moderat effektstørrelse ($\omega^2 = 0.08$) og betyder, at begge grupper opnåede forbedringer i deres spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingen, men at forbedringerne ikke var signifikant forskellige mellem grupperne, og at ECOSA-interventionen dermed ikke fremstår mere effektiv end kontrolgruppens behandling. For RFQ

så en høj gruppeeffekt ($\omega^2 = 0.25$), hvilket indikerer, at interventionen har stor betydning for forskellene i RFQ-scores på tværs af interventions- og kontrolgruppen, og dermed at ECOSA-værktøjet kan være et effektivt supplement til MBT-behandling. Tidseffekten var ligeledes meget høj ($g = 2.28$) og indikerer, at tiden, der gik mellem behandlingens begyndelse og dens slutning, bidrager til en betydelig forbedring i deltagernes RFQ-score. Group x Time-effekten viste ydermere en høj effektstørrelse ($\omega^2 = 1.95$) og indikerer, at interventionsgruppen opnåede en betydelig effekt og forbedring i RFQ-scores i løbet af behandlingen sammenlignet med kontrolgruppen. Dette fund peger på, at MBT kombineret med ECOSA-værktøjet kan have markant indflydelse på deltagernes RFQ-scores i løbet af behandlingens varighed. Golan (2022) fandt desuden, at der for interventionsgruppen var en positiv moderat korrelation mellem ændringer i selvrapporterede RFQ- og EDE-Q-scores ($r = 0.458, p = 0.001$), hvor forbedring af EDE-Q-scores stiger i takt med forbedringer i RFQ-scores.

I studiet af Robinson et al. (2016) viser resultaterne forbedringer i den globale EDE-score for både interventions- og kontrolgruppen ved 6, 12 og 18 måneder, om end der kun ses små effektstørrelser på $d = -0.22$ (6 måneder), $d = -0.02$ (12 måneder) og $d = -0.23$ (18 måneder) og ingen statistisk signifikans. Disse fund antyder, at selvom MBT frembringer en lille effektstørrelse ift. kontrolgruppens behandling i studiet, er effektstørrelsen så lav, at MBT formentlig ikke har en betydeligt bedre effekt klinisk set. For subskalaerne "shape concern" og "weight concern" ses dog medium effektstørrelser ved 18 måneder på hhv. $d = -0.60$ og $d = -0.65$, som også opnår statistisk signifikans. Overordnet indikerer resultaterne, at begge behandlingsformer kan reducere spiseforstyrrelsespatologi, men at MBT muligvis kan føre til yderligere reduktion specifikt på subskalaerne "shape concern" og "weight concern".

I Sonntag og Russell (2022) finder man, at der efter endt behandling ses forbedring i EDE-Q-scores i begge grupper, både på den totale score samt på subskalaerne. Effekt-

størrelserne er dog alle af lille eller meget lille karakter (svingende fra $d = -0.314$ til $d = 0.173$) og opnår ej heller statistisk signifikans. På den globale EDE-Q-score ses også kun en lille effektstørrelse på $d = -0.152$. For RFQc-subskalaen, der specifikt måler mentaliserings-evne og graden af ”finesse” heri, ses en højere score for MBT-gruppen end kontrolgruppen ved endt behandling med en meget høj effektstørrelse ($d = 1.353$). Effektstørrelsen indikerer, at den MBT-orienterede tilgang har en markant større indflydelse på deltageres evne til at mentalisere sammenlignet med TAU. På RFQu-subskalaen, der måler kognitiv rigiditet, herunder hvor ufleksibelt og konkret deltagerne tænker, ses ligeledes reduktion for begge grupper med en moderat effektstørrelse ($d = -0.557$), om end forskellen ikke er signifikant.

I det sidste inkluderede studie af Zeeck et al. (2021) viser resultaterne, at der ved udskrivelse ses forbedringer i patienternes totale EDE-score samt på de to subskalaer, ”bulimia” og ”drive for thinness”, i EDI-2. Ved follow up er scoren dog steget en smule igen for EDE total score og EDI-2 ”drive for thinness”. For RFQ ses desuden også forbedringer på dens to subskalaer, RFQu og RFQc, ved udskrivelse, om end der ved follow up ses mindre forbedring sammenlignet med status ved udskrivelse. Forskerne bag studiet finder også, at der er en positiv, høj korrelation mellem RFQu-score og EDI-2 ”bulimia”-subskalaen ($r = 0.54$, $p = 0.0008$) og en positiv, moderat korrelation mellem RFQu og EDI-2 ”drive to thinness” ($r = 0.33$, $p = 0.0489$). Der ses dog ingen korrelation mellem RFQ og EDE total score. Desuden kunne 16 patienter med AN (restriktiv) og 18 patienter med BN (binge-purging) matches med en kontrolgruppe, der består af data fra patienter før MBT-implementeringen på dagafsnittet. For både AN- og BN-gruppen ses dog kun små eller meget små effektstørrelser på EDI-2-subskalaerne ”drive to thinness” og ”bulimia” (fra $d = -0.329$ til $d = 0.309$). Sammenligningen mellem MBT-gruppen og kontrolgruppen viser ej heller nogle signifikante forskelle ift. spiseforstyrrelsespatologi. Der findes desuden ikke data for RFQ i kontrolgruppen, så selvom MBT-gruppen umiddelbart opnår en forbedring i deres mentaliseringsevne ved udskrivelse,

kan det ikke matches med en kontrolgruppe ift. at vurdere, om det er MBT, der muligvis er mekanismen bag denne ændring.

4. Diskussion

Formålet med dette scoping review var at undersøge, hvilken evidens der findes ift. at anvende mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser. På baggrund af en systematisk litteratursøgning blev fem studier inkluderet. På tværs af de fem studier ses det, at MBT kan føre til reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer, om end effektstørrelserne generelt er små og ikke opnår statistisk signifikans. Et enkelt studie peger dog på, at MBT over tid kan være mere effektiv til at forbedre to specifikke subskalaer på EDE, ”weight concern” og ”shape concern”, end SSCM (Robinson et al., 2016). På trods af de positive tendenser indikerer resultaterne overordnet set, at MBT ikke nødvendigvis er mere virksom til at reducere spiseforstyrrelsespatologi end andre etablerede behandlingsformer såsom SSCM eller psykodynamisk terapi. I de fire studier, hvori deltagernes mentaliseringsevne også undersøges, ses, at deltagerne i MBT-grupperne generelt opnår forbedringer i deres evne til at mentalisere. I to af studierne ses ydermere en korrelation mellem mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsespatologi. I Zeeck et al. (2021) finder man en positiv, moderat til høj korrelation mellem RFQu og EDI-2, der viser, at når RFQu-scores stiger, ses også en stigning i de to subskalaer i EDI-2. Lignende korrelationer findes i Golan (2022) mellem RFQ-scores og EDE-Q-scores.

I det følgende vil styrker og begrænsninger i de inkluderede studier diskuteres, ligesom der vil blive kigget nærmere på reviewets udførelse. Slutteligt vil der på baggrund af reviewets fund blive fremlagt anbefalinger til fremtidig forskning på området.

4.1 Styrker og svagheder ved de inkluderede studier

Det lave antal deltagere er en vigtig og generel udfordring for de inkluderede studier, da det begrænser muligheden for at finde en reel effekt og svækker generaliserbarheden af studiernes fund. For få deltagere kan medføre, at studiet ikke opnår ret meget power og dermed risikerer at overse en effekt, der faktisk eksisterer. Derudover ses en meget høj frafaldsrate i to af studierne, hvor outcomes derfor var baseret på endnu færre deltagere - for Balestrieri et al. (2015) var der eksempelvis kun seks og syv personer i hhv. kontrol- og interventionsgruppen ved endt behandling. For Robinson et al. (2016) ses desuden, at fordelingen af deltagere ved 18-måneders follow up er meget skæv med hhv. $N = 10$ i interventionsgruppen og $N = 5$ i kontrolgruppen, hvorfor de observerede forskelle bliver upålidelige.

Blandt studierne optrådte AN og BN som de hyppigste spiseforstyrrelsesdiagnoser, der blev undersøgt, hvor mellem 69% ($N = 47$) (Robinson et al., 2016) og 100% ($N = 24$) (Balestrieri et al., 2015) af deltagerne i hvert studie havde en af de to diagnoser. Overvægten af AN- og BN-diagnoser gør det vanskeligt at generalisere resultaterne til andre spiseforstyrrelser. På den anden side giver den høje repræsentation af AN og BN i studiernes sample anledning til at tro, at man måske særligt kan antage noget om virkningen af MBT til netop disse spiseforstyrrelsestyper. Indledningsvist blev det dog påpeget, at der er flere fællestræk på tværs af spiseforstyrrelsesdiagnoserne, og af den grund kan man antage, at resultaterne måske alligevel kan have relevans for behandlingen af alle typer af spiseforstyrrelse. Man må også have in mente, at samtlige studier har rekrutteret deres deltagere fra henvisninger til psykiatriske klinikker, centre eller ambulatorier samt blandt indlagte patienter, hvorfor der er tale om en udelukkende klinisk population. Heri findes yderligere en begrænsning, da samplet dermed kun kommer til at bestå af patienter, der enten selv har opsøgt hjælp eller er blevet henvist til hjælp, og der synes måske at være en tendens til at fokusere på populationer, der passer på WEIRD-profilen (Henrich et al., 2010). Dermed mistes repræsentation af personer

med spiseforstyrrelse fra andre samfundslag, hvor man af eksempelvis socioøkonomiske eller kulturelle årsager ikke søger hjælp. Begrænsningerne betyder, at fundene ikke nødvendigvis kan appliceres til andre populationer, ligesom resultaterne kan se anderledes ud, hvis man eksempelvis kun undersøger én specifik spiseforstyrrelsesdiagnose. Effekten af MBT kan dermed være markant anderledes hos en population, hvor spiseforstyrrelsens sværhedsgrad ikke er nær så alvorlig, fordi billedet dermed er anderledes. I rekrutteringen af patienter sås derudover stor overvægt af kvindelige patienter på over 90% i hvert studie på nær Balestrieri et al. (2015), der ikke havde rapporteret kønsfordeling. I fortolkningen af studiernes fund må man derfor være påpasselig med at konkludere noget på tværs af køn, da mænd fremstår særligt underrepræsenterede i forskningen på dette område, ligesom inklusionen af patienter, der falder udenfor de binære køns kategorier, ej heller er repræsenteret i de inkluderede studier.

Den delvist store variation i studiernes tilrettelæggelse af MBT-forløbene for interventionsgrupperne må også have for øje, når studiernes fund sammenlignes. Som nævnt inkluderede nogle studier både individuel og gruppeterapi i MBT-gruppen, mens det i andre kun var det ene. Selvom studierne generelt producerede resultater, der viste forbedringer i deltageres spiseforstyrrelsessymptomer i MBT-grupperne, er det vanskeligt at pege på en nærmere årsag hertil, fordi behandlingen var tilrettelagt så forskelligt. Den manglende standardisering fører til uklarhed omkring, hvad det er i interventionsgrupperne, der fører til forbedring i deltageres spiseforstyrrelsespatologi og besværliggør sammenligningsgrundlaget mellem studierne MBT-interventioner. På den anden side illustrerer diversiteten i MBT-forløbene, set i lyset af de positive tendenser fra studierne, at MBT kan struktureres på adskillige måder og på tværs heraf vise optimistiske resultater.

I tolkningen af studierne fund må man også have fokus på valget af måleinstrumenter. Alle studier på nær Robinson et al. (2016) og Zeeck et al. (2021), der anvender EDE-interview, bruger et selvrapport-spørgeskema til at vurdere deltageres spiseforstyrrelses-

symptomer (EDE-Q eller EDI-3). Zeeck et al. (2021) anvender dog også EDI-2 som supplement. Med selvrapport-spørgeskemaer opstår der generelt mulighed for *social desirability bias*, hvor deltagernes svar kan påvirkes af, at de ønsker at fremstå på en socialt accepteret måde, som ikke reflekterer deres reelle virkelighed (Bergen & Labonté, 2020). For deltagerne i de fem inkluderede studier er dette også en risiko, om end ønsket om at fremstå på en bestemt måde i dette tilfælde snarere kan hænge sammen med *compliance bias*, hvor patientens adfærd kan være influeret af behandlerens anbefalinger (Armijo-Olivo et al., 2022). På baggrund af dette risikerer patienten at rapportere færre symptomer, selvom det ikke er tilfældet, fordi de kan være influeret af, hvad behandlingen har til hensigt at hjælpe med og ønsker at fremstå som om, at behandlingen virker. I de fire studier, der anvender spørgeskema, kan der derfor være risiko for denne bias. På den anden side kan spørgeskemaerne være mest akkurate i forhold til deltagernes reelle tilstand, fordi de ikke influeres af behandlerens tolkning eller misforståelser. I forbindelse med den social desirability og compliance bias, som kan opstå, når der anvendes selvrapport-instrumenter, er der også risiko for, at patienterne kan være influeret af begrænset selvindsigt, som kan manifestere sig i deres svar. Idet forskning har vist en sammenhæng mellem spiseforstyrrelser og nedsat evne til at mentalisere, giver det anledning til at overveje, om der for netop spiseforstyrrede patienter er yderligere risiko for, at deres svar på selvrapport-instrumenter ikke reflekterer deres reelle virkelighed, fordi deres nedsatte mentaliseringsevne kan gøre det sværere for dem at identificere og sætte ord på egne følelser samt hvordan de har det.

Selvom det ikke er et inklusionskriterie, at studierne skal inkludere en kontrolgruppe, har det været tilfældet i alle de inkluderede studier, hvilket er en styrke. Kontrolgrupperne er med til at sikre et sammenligningsgrundlag, så effekten af MBT bliver holdt op mod en anden behandling til spiseforstyrrelser, hvorved man undgår at drage forhastede konklusioner om effekten af MBT, havde der ikke været en kontrolgruppe at sammenligne med. For to af

studierne tilbydes SSCM til kontrolgruppen, som er en etableret og evidensbaseret behandling til spiseforstyrrelser, og det kan dermed ses som en styrke, at MBT bliver sammenlignet med en robust og evidensbaseret psykoterapi (Bryson et al., 2024). For de resterende studier er det dog uklart, om der er tale om evidensbaserede kontrolinterventioner, hvorfor man her må være forsigtig i fortolkningen af MBTs resultater sammenlignet med kontrolinterventionen.

Vigtigt er også at pege på nogle af de follow up-effekter, der præsenteres i de inkluderede studier. Ved follow up efter 36 måneder i Robinson et al. (2016) ses en mindre stigning i den gennemsnitlige EDE global-score sammenlignet med ved 12 og 18 måneder, ligesom Zeeck et al. (2021) ved et 3-måneders follow up efter udskrivelse finder, at der er sket en lille stigning i spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med scoren ved udskrivelse fra behandlingsprogrammet, hvor det samme gør sig gældende for RFQ-skalaen, der viser en lille reduktion i kapaciteten til at mentalisere ved follow up. Disse fund tyder på, at langtidseffekten af MBT muligvis ikke er så god, om end det kan være forventeligt, at effekten falder, fordi patienten ikke længere er i aktiv behandling. På den anden side tegner fundene et billede af, at der kan være tale om en kunstig effekt af MBT, som forsvinder i takt med, at tiden går. Resultaterne kan også forstås som et udtryk for, at behandlingen er med til at kickstarte en proces, der faciliterer reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer og øger mentaliseringen, men som ikke holder ved, når patienten skal stå på egne ben udenfor behandlingen. For Robinson et al. (2016)-studiet er follow up-målene dog særligt begrænsede af et lavt sample ($N = 10$), og tolkningen skal derfor ske med forsigtighed. Generelt giver follow up-resultaterne anledning til mere dybdegående undersøgelser af langtidseffekten af MBT.

4.2 Processens styrker og begrænsninger

Foruden de inkluderede studiers styrker og begrænsninger er det også nødvendigt at undersøge selvsamme ift. dette scoping reviews udførelse. En af reviewets begrænsninger er, at det er udarbejdet af blot en enkelt reviewer, hvilket øger risikoen for fejl og bias, hvor eksempelvis dennes forudindtagelser eller forventninger afspejles i selekteringen og dataudtrækning (American Psychiatric Association, 2018; Lasserson et al., 2019). Af den grund anbefales ofte minimum to reviewere for at undgå sådanne fejl (Malterud, 2019). Herudover kan det anses som en begrænsning, at der kun er blevet fremsøgt litteratur i to forskellige databaser, særligt set i lyset af de blot fem studier, der kunne inkluderes. Kriteriet om, at studierne skulle være peer-reviewed, kan desuden have medført, at potentielt relevant grå litteratur er blevet fravalgt, for det er ikke et krav, at grå litteratur skal ekskluderes i et scoping review (Peterson et al., 2016). Grå litteratur består af litteratur, hvis primære hensigt ikke er publicering, og kan eksempelvis være afhandlinger (Farace & Schöpfel, 2010; Hopewell et al., 2005). Afhandlinger kunne potentielt bidrage med flere perspektiver på området og udvide mængden af evidens, ligesom det muligvis kunne have reduceret risikoen for publikationsbias. Fravalget af grå litteratur kan dog også ses som en styrke, da reviewet dermed udelukkende baseres på peer-reviewed studier, der er blevet gennemgået af erfarne forskere med henblik på at sikre en vis metodologisk kvalitet og minimere videnskabeligt snyd (Hopewell et al., 2005). En anden styrke ved reviewet er, at de inkluderede studier efter selektionsprocessen blev gennemgået med henblik på at foretage en referencelistesøgning, hvori andre relevante studier muligvis ville kunne findes. Referencelistesøgningen førte dog ikke til yderligere studier, der kunne inkluderes i reviewet.

4.3 Implikationer for fremtidig forskning

I dette review blev der blot identificeret fem studier, som kunne inkluderes. Det tyder på, at området endnu er nyt og ikke er stærkt veletableret i forskningsøjemed, hvorfor det er vigtigt, at der fremtidigt forskes mere i anvendelsen af MBT til patienter med spiseforstyrrelse. Det er ligeledes centralt, at der i yderligere forskning rekrutteres et større sample, så generaliserbarheden bliver mere robust og resultaterne mindre sensitive overfor outliers.

Som tidligere nævnt anses det som en styrke, at de inkluderede studier alle har en kontrolgruppe at sammenligne interventionsgruppen med. Kontrolgrupperne modtager forskellige typer psykoterapi såsom SSCM, MBT og psykodynamisk terapi. Indledningsvist blev det dog præsenteret, at nogle af de mest veletablerede discipliner indenfor psykoterapi til behandling af spiseforstyrrelser er kognitiv adfærdsterapi, MANTRA, dialektisk adfærdsterapi samt familiebaseret terapi. Da ingen af de inkluderede studier har anvendt en af disse som kontrolintervention, bør fremtidig forskning fokusere på netop dette for at se, hvordan MBT klarer sig op imod de anerkendte og evidensbaserede psykoterapier.

Derudover viser en rapport over de økonomiske og sociale konsekvenser ved spiseforstyrrelser i USA eksempelvis, at OSFED i 2018-2019 udgjorde 39,5% og 44,2% af alle tilfælde af spiseforstyrrelser hos hhv. mænd og kvinder i USA (Deloitte Access Economics, 2020). På baggrund af dette bør fremtidig forskning fokusere på at inkludere flere patienter med fx OSFED eller ARFID, så der skabes en bedre repræsentativitet af de forskellige typer spiseforstyrrelser. I de inkluderede studier optræder desuden mindst to forskellige spiseforstyrrelsesdiagnoser i hvert sample, hvorved det bliver vanskeligt at påpege, hvilken effekt MBT har på den enkelte diagnose. Fremtidig forskning kan derfor med fordel undersøge forskellige samples, hvor der skelnes mellem spiseforstyrrelsesdiagnoser med henblik på at klarlægge, om effekten af MBT er forskellig afhængigt af diagnosen.

5. Konklusion

Formålet med dette scoping review var at undersøge, hvilken evidens der eksisterer for mentaliseringsbaseret terapi som behandling til spiseforstyrrelser. Reviewet identificerede i alt fem studier, der kunne inkluderes og syntetiseres mhp. at undersøge effekten af MBT til spiseforstyrrelser. Studiernes fund tydeliggjorde, at MBT kan reducere spiseforstyrrelsespatologi, men de små og ofte ikke signifikante effektstørrelser indikerer samtidig, at dens virkning ikke fremstår overlegen, når der sammenlignes med andre psykoterapier. Ikke desto mindre synes MBT at være på linje med andre etablerede behandlingsprogrammer såsom Specialist Supportive Clinical Management. På grund af den minimale mængde forskning og de inkluderede studiers begrænsninger, der særligt omfatter rekruttering og lave samplestørrelser, er det nødvendigt med yderligere højkvalitetsforskning for at etablere MBT som en effektiv behandlingsmulighed til spiseforstyrrelser.

I fire af de inkluderede studier undersøgte man også patienternes mentaliseringsevne og fandt, at denne generelt blev forbedret efter MBT-behandlingen, mens to af disse studier ligeledes observerede en korrelation mellem spiseforstyrrelsespatologi og mentaliseringsevne. Disse korrelationer kan ikke udtrykke noget om kausalitet, men det giver anledning til at undersøge på anden vis, om der mon er en kausal sammenhæng mellem spiseforstyrrelses-symptomer og evnen til at mentalisere. En nærmere undersøgelse heraf vil potentielt kunne belyse mentaliseringsevns rolle i at reducere spiseforstyrrelsespatologi, og hvordan dette muligvis kan anvendes til at informere praksis.

Referenceliste

American Psychiatric Association (2018). *APA Dictionary of Psychology: Researcher Bias*.

Tilgået 11.04.2025 via <https://dictionary.apa.org/researcher-bias>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychological Association (2025). APA PsycInfo. Tilgået den 22. april 2025 via <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>

Armijo-Olivo, S., Mohamad, N., Oliveira-Souza, A. I. S. D., Castro-Carletti, E. M. D., Balenberger, N. & Fuentes, J. (2022). Performance, Detection, Contamination, Compliance, and Cointervention Biases in Rehabilitation Research: What Are They and How Can They Affect the Results of Randomized Controlled? Basic Information for Junior Researchers and Clinicians. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 101(9), 864-878. DOI: 10.1097/PHM.0000000000001893

Atwood, M. E. & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311-330. DOI: 10.1002/eat.23206

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*, 20(4), 525-528. DOI 10.1007/s40519-015-0204-1

Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E. & Pantalone, D. W. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196-215. DOI: 10.1080/10640266.2012.668478

- Beadle, J. N., Paradiso, S. & McCormick, A. S. L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(2), 107-120. DOI: 10.1177/104012371302500205
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P. & Crow, S. J. (2012). Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428-438. DOI: 10.1002/eat.20931
- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). “Everything Is Perfect, and We Have No Problems”: Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783-792. DOI: 10.1177/1049732319889354
- Berthelsen, A. (1994). *WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard.
- Bryson, C., Douglas, D. & Schmidt, U. (2024). Established and emerging treatments for eating disorders. *Trends in Molecular Medicine*, 30(4), 392-402. DOI: 10.1016/j.molmed.2024.02.009
- Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11. DOI: 10.1002/eat.22042
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S-H. & Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167-171. DOI: 10.1176/appi.ajp.23180001

- Deloitte Access Economics (2020). *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*. Tilgået 11.04.2025 via <https://www.hsph.harvard.edu/stiped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>.
- Farace, D. J. & Schöpfel, J. (2010). Introduction Grey Literature. In Farace, J.D. & Schöpfel, J. (eds.), *Grey Literature in Library and Information Studies*. De Gruyter.
- Fonagy, P., Bateman, A. W. & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. In Bateman, A.W. & Fonagy, P. (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3-42). American Psychiatric Association.
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade (2017). *Spiseforstyrrelser*. Tilgået den 23. april 2025 via <https://spiseforstyrrelse.dk/spiseforstyrrelser>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342
- Gillberg, I. C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M. & Gillberg, C. (2010). Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(4), 358-365. DOI: 10.1080/13803390903066857
- Golan, M. (2022). Eating and Control Styles Axis in Mentalisation-Based Psychotherapy in Eating Disorders: A Randomised Clinical Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 774382. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.774382
- Grave, R. D., Sartirana, M. & Calugi, S. (2021). *Complex Cases and Comorbidity in Eating Disorders*. Schweiz: Springer.

- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2009). Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 348-356. DOI: 10.1002/cpp.628
- Henrich, J., Heine, S. J. & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 61-83. DOI: 10.1017/S0140525X0999152X
- Hopewell, S., Clarke, M. & Mallett, S. (2005). Grey Literature and Systematic Reviews. In Rothstein, H.R., Sutton, A.J. & Borenstein, M. (eds.), *Publication Bias in Meta-Analysis - Prevention, Assessment and Adjustment*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Jensen, B. M. & Møhl, B. (2024). Spiseforstyrrelser. In Simonsen, E. & Møhl, B. (eds.), *Grundbog i psykiatri* (3rd ed., pp. 465-484). København: Hans Reitzels Forlag.
- Lasserson, T. J., Thomas, J. & Higgins, J. P. T. (2019). Starting a review. In Higgins, J. P. T. & Thomas, J. (eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2nd ed.). The Cochrane Collaboration og Wiley.
- Malda-Castillo, J., Browne, C. & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 465-498. DOI: 10.1111/papt.12195
- Malterud, K. (2019) *Qualitative Metasynthesis: A Research Method for Medicine and Health Sciences*. Routledge.
- McAdams, C. J. & Krawczyk, D. C. (2013). Neural responses during social and self-knowledge tasks in bulimia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 4:103. DOI: 10.3389/fpsy.2013.00103
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. DOI: 10.1186/s12874-018-0611-x

- National Center for Biotechnology Information (2025). PubMed Overview. Tilgået den 22. april 2025 via <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- National Institute for Health and Care Excellence (2020). *Eating disorders: recognition and treatment*. Tilgået den 23. april 2025 via <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- National Institute of Mental Health (2024). *Eating Disorders: What You Need to Know*. Tilgået den 23. april 2025 via <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowics, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). DOI 10.1186/s13643-016-0384-4
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372:71. DOI: 10.1136/bmj.n71
- Paphiti, A. & Newman, E. (2023). 10-session Cognitive Behavioral Therapy (CBT-T) for Eating Disorders: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 16(4), 646-681. DOI: 10.1007/s41811-023-00184-y
- Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A. & Langford, C. A. (2016). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12-16. DOI: 10.1002/2327-6924.12380
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*. Blackwell Publishing.

Psykiatrifonden (2025). *Spiseforstyrrelser*. Tilgået den 23. april 2025 via

<https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/spiseforstyrrelser#forskelligetyper>

Robinson, P., Hellier, J., Barrett, B., Barzdaitiene, D., Bateman, A., Bogaardt, A., Clare, A., Somers, N., O'Callaghan, A., Goldsmith, K., Kern, N., Schmidt, U., Moranda, S., Ouellet-Courtouis, C., Roberts, A., Skårderud, F. & 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), 549. DOI 10.1186/s13063-016-1606-8

Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Grøntved, S. & Telléus, G. K. (2020). The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(5), 311-322. DOI: 10.1080/08039488.2019.1707869

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult - Mentaliseringsbaserede tilgange til spiseforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.

Sonntag, M. & Russell, J. (2022). The mind-in-mind study: A pilot randomised controlled trial that compared modified mentalisation based treatment with supportive clinical management for patients with eating disorders without borderline personality disorder. *European Eating Disorders Review*, 30(3), 206-220. DOI: 10.1002/erv.2888

Sundhedsstyrelsen (2005). *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling*.

Tilgået den 23. april 2025 via <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2018). *Behandling af moderat og svær bulimi. National klinisk retningslinje*. Tilgået den 23. april 2025 via https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Bulimi/National-Klinisk-retningslinje-for-behandling-af-moderat-og-svaer-bulimi.ashx?sc_lang=da&hash=EF98DE9452DF3D687E951EC13ECF2FD5

- Taube-Schiff, M., van Exan, J., Tanaka, R., Wnuk, S., Hawa, R. & Sockalingam, S. (2015). Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eating Behaviors*, 18, 36-40. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.03.011
- Telléus, G. K., Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Dalgaard, M. K., Rasmussen, S. M. & Nils-son, K. K. (2024). A multifaceted approach to assessment of mentalization: the mentalization profile in patients with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(2), 146-152. DOI: 10.1080/08039488.2023.2291177
- Tricco, C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. DOI: 10.7326/M18-0850
- Zeeck, A., Herpetz-Dahlmann, B., Friederich, H-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S. & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9:158. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00158
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C. & Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorder - A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 783-801. DOI: 10.1002/erv.2853

Del 2: Nedsat mentalisering hos spiseforstyrrede - Et teoretisk og praktisk perspektiv

1. Introduktion

I det foregående scoping review blev det udforsket, hvilken evidens der eksisterer for at anvende mentaliseringsbaseret terapi til behandling af spiseforstyrrelser. Med scoping reviewet blev det tydeligt, at området endnu synes sparsomt undersøgt, hvilket illustreres ved de blot fem studier, reviewet inkluderede. Fundene i disse studier peger på, at anvendelsen af MBT muligvis kan være med til at reducere spiseforstyrrelsessymptomer, men at denne tilgang ikke umiddelbart fremstår bedre end andre kendte eller evidensbaserede behandlingsmuligheder. På baggrund af scoping reviewet viser forskningen dermed, at der endnu ligger et stort arbejde forude ift., om MBT kan etableres som en effektiv og evidensbaseret behandlingsform til spiseforstyrrelser. Men selv med solid forskning indenfor området er det ikke givet, at resultaterne herfra bliver overført til praksis. Kigger man nærmere på, hvad forskningen viser om behandling af spiseforstyrrelser - og psykiske lidelser i det hele taget - er der generelt et stort hul mellem, hvad man ved om effektive behandlingsformer fra forskningen og den behandling, man leverer i praksis. Langt de fleste personer, som har en psykisk lidelse, modtager slet ikke behandling, og for dem der gør, modtager kun lidt over 30% tilstrækkelig og evidensbaseret behandling (Kessler et al., 2005; Kazdin et al., 2017). Flere studier påpeger ligeledes, at det blot er mellem 16-29% af personer med diagnosticeret spiseforstyrrelse, som indenfor et år har modtaget behandling herfor (Hudson et al., 2007; Eisenberg et al., 2011). Hertil ses desuden ofte, at spiseforstyrrede personer ikke modtager evidensbaseret behandling, hvor kun 6-35% af behandlere med speciale i spiseforstyrrelse fortæller, at de retter sig efter evidensbaserede protokoller (Kazdin, 2017). Da MBT endnu ikke er etableret som en evidensbaseret behandlingsform til spiseforstyrrelser, kan man derfor undre sig over, hvorfor

man i nogle psykiatriske kontekster allerede har implementeret mentaliseringsbaseret gruppe-terapi som en del af pakkeforløbet til ambulante patienter, der behandles for en spiseforstyrrelse. En mulig forklaring herpå kan være, at der eksisterer en forventning om, at MBT er en effektiv psykoterapeutisk behandlingstilgang til spiseforstyrrede patienter - også selvom forskningen på dette område endnu er begrænset. Forklaringen kan tilskrives, at når det kommer til at træffe den bedste kliniske beslutning, afhænger denne beslutning ikke blot af forskningen og hvad denne viser; klinisk ekspertise er en lige så vigtig faktor, og her spiller fx terapeutens erfaringer og kompetencer en rolle i at afgøre, hvordan der tages bedst hånd om patienten (Spring, 2007). I kombination med den eksisterende forskning indenfor MBT og spiseforstyrrelser, som påpeger, at MBT ikke er ineffektiv ift. at reducere spiseforstyrrelsespatologi, kan det antages, at MBT i nogle tilfælde kan fremstå som den bedste behandlingsmulighed for patienten.

For at forstå potentialet ved MBT som behandlingsform til spiseforstyrrelser til trods for den manglende forskning vil den rammesættende del af denne afhandling tage et teoretisk og praktisk afsæt i mentalisering og spiseforstyrrelser. Denne del vil således beskæftige sig med at undersøge nærmere, hvad mentalisering dækker over samt udfolde de teoretiske perspektiver bag mentaliseringsteori, ligesom det vil undersøges, hvordan mentalisering kommer til udtryk hos personer med en spiseforstyrrelse. Ligeledes vil den rammesættende del dykke ned i indhold og struktur i MBT til spiseforstyrrelser. På baggrund af den teoretiske udfoldelse har denne rammesættende del til hensigt at belyse og diskutere mulige virkemekanismer i MBT til spiseforstyrrelser og dermed supplere afhandlingens første del, scoping reviewet, med et praksisnært perspektiv.

2. Mentaliseringsteori

I den videnskabelige artikel blev det fremlagt, at studier har vist en sammenhæng mellem spiseforstyrrelser og nedsat mentalisering. For at sætte dette fund i en mentaliseringsteoretisk kontekst vil der i det følgende afsnit først kigges generelt på, hvad mentalisering er, hvordan evnen til at mentalisere udvikles samt hvordan mentalisering kan komme til udtryk. I de efterfølgende afsnit anvendes denne viden specifikt til at forstå spiseforstyrrelser set i lyset af mentaliseringsteori.

Mentaliseringsbegrebet, som det forstås i dag, blev først introduceret af Peter Fonagy, der beskrev evnen til at mentalisere som ”evnen til at forestille sig bevidste og ubevidste mentale tilstande i selv og andre” (Fonagy, 1991, p. 641, egen oversættelse). Sidenhen er begrebet blevet vidt diskuteret og anses nu som et paraplybegreb, der knyttes til adskillige relaterede termer såsom alexithymi, theory of mind, empati, perspektivtagning og mindfulness (Choi-Kan & Gunderson, 2008; Quesque et al., 2024), ligesom det ofte er synonymt med reflektiv funktion, som er en operationalisering af evnen til at mentalisere (Fonagy et al., 1998; Katznelson, 2014). Blandt flere forskere og eksperter er der dog bred enighed om, at mentalisering defineres som ”evnen til at tilskrive mentale tilstande til selv og andre (fx viden, intentioner, emotioner, opfattelser)” (Quesque et al., 2024, p. 2, egen oversættelse), som derved læner sig kraftigt op ad Fonagys oprindelige forståelse.

Sammen med Anthony Bateman uddybede Fonagy mentaliseringsbegrebet, som de forstår som et helt bestemt aspekt af menneskers forestillingsevne, der indebærer en bevidsthed om egne og andres mentale tilstande samt deres rolle i at forstå, hvorfor mennesker agerer, som de gør. Denne forståelse signalerer dermed, at der er tale om en fortolkende proces. Bateman og Fonagys forståelse af mentale tilstande stemmer overens med den konsensus, der er blevet etableret, og de forstår hermed mentale tilstande som værende eksempelvis følelser, tanker, overbevisninger eller ønsker (Fonagy & Bateman, 2019). At være i stand til

at opfatte og forstå mentale tilstande bliver lettere med en vis indsigt i andres liv, omstændigheder og de oplevelser, man har med sig, hvorfor dette aspekt af mentalisering ofte beskrives som ”at kunne se andre indefra”. På samme måde handler mentalisering også om at forstå, hvordan andre mennesker ser og forstår selvet - eller ”at se sig selv udefra” (Fonagy & Bateman, 2019).

Tilknytning spiller en væsentlig rolle i at udvikle en succesfuld mentaliseringsevne ifølge Fonagy et al. (2002), og de tidlige barndomsrelationer til omsorgspersoner er særligt centrale og kan være afgørende for, hvor veludviklet en persons evne til at mentalisere bliver senere i livet. Mentaliseringsevnen begynder nemlig allerede at udvikles i spædbarnsalderen og fortsætter med at videreudvikle sig og forfines i løbet af barndoms- og ungdomsårene (Sharp & Bevington, 2022). Barnets primære omsorgspersoner vil typisk være forældre, og disse spiller en vigtig rolle for børns tilknytning og ultimativt hvor veludviklet, barnets mentaliseringsevne bliver. Mentalisering i denne kontekst refereres også til som *parental mentalizing* (forældrementalisering) og henviser til forælders evne til at reflektere over både barnets og sine egne mentale tilstande specifikt i forælder-barn-relationen (Sharp & Bevington, 2022). I denne kontekst udvikles barnets mentaliseringsevne gennem kongruent, markeret spejling af barnets affekt, hvor forælderen både kan genkende og forstå barnets emotionelle reaktion samtidig med, at forælderen formår at håndtere den på en måde, så det er tydeligt for barnet, at der er tale om en spejling af barnets følelser og ikke er et udtryk for, hvad forælderen føler. Dette samspil faciliterer barnets forståelse af sekundære repræsentationer af dets egne subjektive oplevelser, hvor barnet dermed oplever, hvordan andre mennesker oplever barnets subjektive oplevelser og lærer sig selv at kende ved at blive spejlet i en anden. Interaktionerne mellem forælder og barn er derfor med til at etablere barnets autonomi og selvfølelse (Fonagy & Bateman, 2019; Sharp & Bevington, 2022). Omsorgspersonernes tilstrækkelige spejling af barnets mentale tilstande er ligeledes med til at danne *epistemisk tillid* hos

barnet, som henviser til betydningen af tillid, når man skal vurdere, om viden fra omverdenen er troværdig, generaliserbar og personlig relevant (Fonagy et al., 2019; Sharp & Bevington, 2022; Skårderud et al., 2020). Sharp og Bevington (2022) tilføjer hertil, at det afgørende for epistemisk tillid er, at den viden, man præsenteres for, opfattes som troværdig og relevant, fordi denne viden har en bred, social værdi - ikke blot personlig værdi for den, det kommer fra. Uden epistemisk tillid vil man grundlæggende møde information fra omverden med mistillid og skepsis, og det gør det vanskeligt at lære nyt eller at skabe forandring. Læring forudsætter dermed epistemisk tillid, og den epistemiske tillid fordres af mentalisering, hvorfor mentalisering er tæt knyttet til læring (Sharp & Bevington, 2022).

Ifølge mentaliseringsteori er tryk tilknytning og markeret, kongruent spejling af barnets affekt altså centrale for succesfuldt at kunne mentalisere senere i livet og dermed indgå i komplekse, sociale relationer samt generelt at kunne lære. På den baggrund forstår mentaliseringsteori dermed også psykopatologi som et produkt af forstyrrelser i tilknytning og spejling i den tidlige barndom, der kan forringe udviklingen af barnets mentaliseringsevne og evnen til at emotionsregulere samt indgå i sociale interaktioner og relationer. Psykopatologi er derfor, ifølge mentaliseringsteori, ofte karakteriseret ved identitetsudfordringer og relationelle problemer (Fonagy & Bateman, 2019; Sharp & Bevington, 2022). Det er dog vigtigt at understrege, at selvom tryk tilknytning kan have væsentlig betydning for udviklingen af en succesfuld evne til at mentalisere, så anser Fonagy et al. (2002) også forholdet mellem mentalisering og tilknytning som reciprok, og forbindelsen er derfor ikke ensidig. Mens tilknytningsmønsteret kan afspejle sig i et individs evne til at mentalisere, er tilknytningsmønsteret samtidig betinget af mentalisering, fordi tryk tilknytning udvikles som følge af omsorgspersoners evne til at mentalisere, som dermed fostrer tryghed, tillid og modtagelighed hos individet.

Mentalisering er ikke en statisk størrelse, hvilket den udviklingsorienterede forståelse ovenfor også giver udtryk for. Mentalisering er ligeledes dynamisk i den forstand, at den er

særligt sensitiv overfor eksempelvis stress eller arousal, der kan påvirke bestemte aspekter af mentaliseringsevnen negativt (Fonagy & Bateman, 2019). Det kan eksempelvis komme til udtryk ved, at man under pres bliver mindre reflekteret og skal reagere hurtigere, hvorfor det bliver vanskeligt at være bevidst om, hvordan man mentaliserer - selv hvis det i en presset situation måske ellers er nødvendigt, at man stopper op og reflekterer over, hvordan man forstår egne og andres mentale tilstande; en proces der kaldes kontrolleret mentalisering, og som uddybes mere i nedenstående afsnit. I en kompleks verden som i dag vil der være risiko for, at et for stort fokus på automatisk mentalisering - hvor mentalisering sker helt automatisk og ubevidst - kan føre til udfordringer, fordi automatisk mentalisering er mindre reflekteret og dermed har tendens til oversimplificering, hvorfor der kan opstå misforståelser i forsøget på at forstå andres mentale tilstande (Luyten et al., 2020). At være i stand til at veksle mellem automatisk og kontrolleret mentalisering på en fleksibel og ansvarsfuld måde kan afhænge af flere faktorer, heriblandt miljømæssige faktorer i form af tilknytning (Luyten et al., 2020), ligesom mentaliseringsevnen generelt er stærkt betinget af tilknytning, som også fastslået tidligere.

2.1 Dimensioner og præmentaliserende modi

Forskning har vist, at personer med spiseforstyrrelse kan have særligt svært ved at mentalisere sig selv kontra andre, og noget tyder derfor på, at spiseforstyrrede personer har en mentaliseringsprofil, hvor vanskelighederne måske er særligt udtalte på bestemte områder (Gagliardini et al., 2020; Simonsen et al., 2020). På baggrund af dette uddybes her fire dimensioner, der ofte benyttes i mentaliseringsteori til at beskrive, hvordan mentalisering kan komme til udtryk: automatisk-kontrolleret, selv-anden, intern-ekstern og kognitiv-affektiv (Lieberman, 2007; Luyten et al., 2020), og som kan anvendes til at forstå, hvordan spiseforstyrrede mentaliserer. Dimensionerne afspejler, at mentalisering kan være fokuseret på bestemte områder,

hvor man kan have tendens til at orientere sig mere eller mindre i den ene eller den anden retning. Ved automatisk mentalisering sker mentalisering netop automatisk og er en ubevidst og hurtig proces, mens kontrolleret mentalisering foregår bevidst og intentionelt, kræver refleksion og er verbal. I forsøget på at mentalisere mere kontrolleret kan det forekomme, at der sker en overtænkning af mentaliseringen, som kaldes *hypermentalisering*. Ved hypermentalisering får kontrolleret mentalisering den modsatte effekt, fordi man kommer til at overfortolke og -fokusere på mentale tilstande, som ender med at hindre interaktioner snarere end at facilitere dem. Selv-anden-mentalisering fokuserer på mentalisering af egne versus andres mentale tilstande, hvor selv-mentalisering indebærer mere fokus på egne mentale tilstande fremfor andres, hvilket kan vise sig ved, at man har svært ved at interessere sig for eller opfatte andres mentale tilstande. Ved anden-fokus er man mere følsom overfor andres mentale tilstande (Fonagy & Bateman, 2019). Intern-ekstern mentalisering handler om, hvorvidt man er mere tilbøjelig til at fokusere på ydre eller indre indikatorer. Ved ekstern mentalisering tillægges ydre tegn stor værdi (fx mimik), og man afhænger meget af fysiske tegn såsom kropssprog, mens indre mentalisering vægter perspektivtagning og dermed det, vi ved om den anden og dennes situation (Fonagy & Bateman, 2019; Luyten et al., 2020). Endeligt er der kognitiv-affektiv mentalisering, hvor førstnævnte er rettet mod kognitive funktioner såsom sprog, tanker og intentioner. Affektiv mentalisering har et mere følelsesorienteret fokus, hvor også empati er vigtigt, og modsat kognitiv mentalisering er det de emotionelle aspekter af interaktionen, som er i fokus. Affektiv mentalisering akkompagneres derfor også ofte af ydre-mentalisering i form af fx smil, berøring, validering m.fl. (Fonagy & Bateman, 2019; Sharp & Bevington, 2022). Ofte vil man være mere eller mindre fokuseret i bestemte retninger på dimensionerne, eksempelvis ved primært at have et anden-fokus fremfor selv-fokus. Optimal mentalisering er kendetegnet ved balance på tværs af dimensionerne, selvom det i praksis synes svært altid at være i balance. Således kan mentaliseringen hos personer med tryk tilknytning

også blive udfordret, hvis tilknytningsadfærden aktiveres, hvis man er i høj affekt eller pga. stress (Skårderud et al., 2020). I sådanne tilfælde kan man falde tilbage i det, Fonagy og kolleger har navngivet *præmentaliserende modi* (Fonagy & Bateman, 2019). Disse modi er tanke- og handlemåder af mere primitiv karakter, som kan minde om måder, hvorpå børn agerer. De præmentaliserende modi opdeles typisk i tre kategorier: teleologisk, psykisk ækvivalens og forestillingsmodus. I den teleologiske modus opleves mentale tilstande kun som troværdige, hvis de kan kobles til et fysisk udtryk. I psykisk ækvivalens-modus opleves den enkeltes subjektive tanker og følelser som værende ægte og som den eneste sandhed, og det bliver vanskeligt at forstå, at der kunne være andre forklaringer eller perspektiver end personens eget. Ved forestillingsmodus bliver tanker og følelser afkoblet fra virkeligheden. Der kan her være tendens til hypermentalisering eller såkaldt *pseudomentalisering*, hvor mentalisering sker på en måde, der ikke har hold i virkeligheden og som fremstår uægte og tom (Fonagy & Bateman, 2019).

3. Spiseforstyrrelser: Et udtryk for nedsat mentalisering

Mentaliseringsteori har længe været særligt knyttet til området for personlighedsforstyrrelser, hvor svækket mentalisering forstås som et særligt aspekt af lidelserne, men denne afhandlingsvidenskabelige artikel demonstrerede, at mentalisering også kan være aktuel på spiseforstyrrelsesområdet. Med ovenstående oplysninger om, hvad mentalisering er og hvordan det udvikles, vil dette afsnit derfor belyse, hvordan spiseforstyrrelser kan forstås ud fra et mentaliseringsteoretisk perspektiv.

Spiseforstyrrelser anses ofte som reguleringsforstyrrelser, både somatisk og emotionelt. Fra et mentaliseringsteoretisk perspektiv forbindes sådanne forstyrrelser til utryk tilknytning, som jf. foregående afsnit kan være opstået som følge af manglende markeret, kongruent spejling af barnets affekt fra de primære omsorgspersoner (Robinson & Skårderud, 2019;

Skårderud et al., 2020). I et review om undersøgelse af tilknytningsmønstre blandt personer med spiseforstyrrelse påpeges det også, at prævalensen af utryg tilknytning er større hos gruppen af spiseforstyrrede personer sammenlignet med en ikke klinisk population (Zachrisson & Skårderud, 2010). Tidligere blev det desuden nævnt, hvordan tilstrækkelig opmærksomhed, spejling og tilstedeværelse fra barnets primære omsorgspersoner bidrager til udviklingen af mentaliseringsevnen og dermed også til barnets følelse af autonomi og i sidste ende identitet. Mentaliseringsteoretisk kan spiseforstyrrelsesadfærd derfor forstås som et forsøg på at kompensere for den manglende forståelse for, hvem man er ved at bruge kroppens fysiske fremstilling og de egenskaber, der kan være forbundet hermed, som et forsøg på at skabe identitet - eksempelvis kan en slank krop for den spiseforstyrrede være et udtryk for, at man er disciplineret, har kontrol og fremstår attraktiv. Spiseforstyrrelsesadfærden kan ligeledes være en måde at regulere følelser på, som ellers ikke er blevet lært tilstrækkeligt ved hjælp af omsorgspersonerne i barndommen (Skårderud et al., 2020). I en række interviews med spiseforstyrrede personer har Skårderud (2007a) bl.a. fundet, at det at kaste op var forbundet med en måde at "tømme" og afklare sine tanker på, hvilket er et eksempel på den mentaliseringsteoretiske forståelse af spiseforstyrrelser som en måde at regulere tanker, følelser og affekt på, ligesom det er et udtryk for, at de spiseforstyrrede personer er i en teleologisk modus.

For spiseforstyrrelser ses altid et dobbeltsporet fokus på både somatik og psyke. For mange spiseforstyrrelsesdiagnoser vil vægten spille en central rolle, hvor særligt anoreksi er karakteriseret ved et vedvarende stærkt ønske om kontrol over krop og vægt på trods af undervægt. Fra mentaliseringsperspektivet kan dette være et udtryk for, at spiseforstyrrede personer oplever verden ud fra psykisk ækvivalens, hvor vedkommende trods svær undervægt kan være absolut sikker på, at de vejer for meget, og det bliver umuligt for dem at se, at andet skulle være tilfældet. Spiseforstyrrelsespatologi kan ifølge mentaliseringsteori også hænge sammen med vanskeligheder med *embodied mentalizing*, som er mentalisering gennem

kropslige fornemmelser. Det betyder, at det kan være udfordrende for den spiseforstyrrede at mærke kropslige fornemmelser og signaler, som er knyttet til mentale tilstande, hvilket kan være med til at opretholde den spiseforstyrrede adfærd, hvis fx sult ikke kan mærkes eller misfortolkes som et udtryk for noget andet. Derudover har spiseforstyrrede personer ofte et stort fysisk fokus og kan som nævnt befinde sig meget i den teleologiske modus, hvor eksempelvis en følelse af selvtillid kun er ægte i kraft af en fysisk ændring, der kan ses via krop og vægt (Robinson & Skårderud, 2019). Spiseforstyrret adfærd kan ligeledes forbindes til epistemisk mistillid, der kan være en vedligeholdende faktor for spiseforstyrrelsen, fordi det er vanskeligt for den spiseforstyrrede at stole på den viden, behandleren kommer med - fx hvis terapeuten psykoedukerer om farerne ved en spiseforstyrrelse - fordi patienten ikke vurderer behandlerens viden til at være troværdig eller relevant, og måske i stedet finder det indtrængende eller manipulerende.

Ser man nærmere på spiseforstyrrelser og de fire dimensioner af mentalisering, synes mentaliseringsprofilen hos personer med spiseforstyrrelse at være karakteriseret ved at rette sig meget mod ekstern-polen af intern-ekstern-dimensionen, hvor mentale tilstande forstås i kraft af ydre ting såsom krop, mad og vægt. For en spiseforstyrret person betyder det helt konkret, at fx tallet på vægten er en indikator for mental tilstand, hvor et lavere tal vil tolkes som positivt og et højere tal negativt. De indre tilstande synes derimod ikke at tillægges lige så stort fokus, og personer med spiseforstyrrelse kan være uhensigtsmæssigt meget optaget af ydre fremstillinger hos både sig selv og andre (Robinson & Skårderud, 2019; Skårderud et al., 2020). Et for stort fokus på ekstern mentalisering kan medføre mentaliseringssvigt, hvor den spiseforstyrrede fejlagtigt tillægger et fysisk tegn mere betydning, end hvad tilfældet reelt er, hvilket kan føre til interpersonelle udfordringer og afvisninger. På samme måde synes spiseforstyrrelsespatologi at være mere anden-rettet på selv-anden-dimensionen, hvor det kan være sværere at forstå egne mentale tilstande. Fokus er i stedet forskudt til den anden, hvor en

spiseforstyrret person kan være overoptaget af, hvordan man fremstår i andres øjne, og i særdeleshed hvordan man rent fysisk opleves af den anden - helt konkret, om den anden mon oplever den spiseforstyrrede som tyk. Spiseforstyrrelsesadfærden bliver på den måde igen en måde at håndtere denne mentalisering på ved at forsøge at fremstå fysisk mindre. I kraft af det utrygge tilknytningsmønster, som personer med spiseforstyrrelser synes at have udviklet, kan disse personer muligvis være mere tilbøjelige til at fokusere på disse to poler, når de mentaliserer, da den manglende forståelse for egne mentale tilstande medfører, at fokus i stedet rettes mod noget, de kan se udefra - både fysiske tegn såvel som andre mennesker. I terapi med patienter med spiseforstyrrelse ses det også, at de ofte svarer "det ved jeg ikke" på spørgsmål angående mentale tilstande (Skårderud et al., 2020), hvilket muligvis kan indikere, at det er vanskeligt for den spiseforstyrrede at sætte ord på, hvad de oplever - hvad man også kalder *alexithymi*. Givet den spiseforstyrredes tendens til at være anden-rettet i sin mentalisering, kan dette måske hænge sammen med, hvorfor alexithymi synes så fremtrædende hos personer med spiseforstyrrelse.

Spiseforstyrrelsespatologi kan fra et mentaliseringsperspektiv dermed forklares ved utryk tilknytning i barndommen, der har forhindret læring af hensigtsmæssige måder at regulere affekt på og forstå mentale tilstande hos selv og andre, og i et forsøg på at kontrollere disse mangler tyer nogle til kroppen som en regulator.

4. Mentaliseringsbaseret terapi til spiseforstyrrelser

Baseret på den mentaliseringsteoretiske forståelse af spiseforstyrrelser fremstår det tydeligt, at der kan være markante udfordringer forbundet med identitet, affektregulering og det sociale, når man er ramt af en spiseforstyrrelse. Derfor er det vigtigt at tilrettelægge en behandling, der sætter fokus på disse udfordringer knyttet til mentalisering, og det er netop formålet med MBT til spiseforstyrrelser (MBT-ED). Det følgende afsnit søger derfor at beskrive, hvad

MBT-ED indebærer, og danner fundamentet for en senere diskussion af mulige virkemekanismer i MBT.

MBT-ED (mentalization-based therapy for eating disorders) er en langvarig og typisk ambulant tilgang indenfor psykoterapi, der udspringer af psykodynamisk terapi, hvor kernen er at promovere refleksion snarere end at nå frem til konkrete indsigter om ens udfordringer (Allen, 2006). Et vigtigt aspekt i at skabe refleksion er den terapeutiske alliance og et insisterende fokus fra terapeuten om at fremme mentalisering hos patienten. MBT til spiseforstyrrelser vil altid indebære en kombination af elementer fra forskellige behandlingsmodeller, fordi det skal sikre den mest optimale behandling og er med til at styrke den terapeutiske alliance og forhindre frafald, der som vist i scoping reviewet kan være meget højt (Robinson et al., 2016; Robinson & Skårderud, 2019). I MBT-ED består behandlingen af både individuel og gruppeterapi, psykoedukation i gruppe, caseformulering, kostvejledning og evt. kriseplan samt medicinsk behandling.

MBT-ED er videreudviklet med afsæt i Bateman og Fonagys (2016) originale MBT-manual til personlighedsforstyrrelser. Generelt for MBT er der et stort fokus på terapeutens rolle og kompetencer, som bør indebære en ikkevidende og nysgerrig holdning, støtte og empati, afklaring, udfordring og udforskning samt fokus på følelser og relationer (Skårderud et al., 2020). På ét punkt adskiller MBT-ED sig dog væsentligt fra MBT til personlighedsforstyrrelser; hvor der ved personlighedsforstyrrelser ikke er et stringent fokus på symptomreduktion, er dette anderledes i MBT-ED, da spiseforstyrrelser kommer med en alvorlig somatisk risiko, hvorfor det somatiske spor må monitoreres jævnligt (Skårderud et al., 2020). Det dobbeltsporede fokus mellem somatik og sind er et vigtigt aspekt i MBT-ED, og det stiller store krav til terapeuten, der skal monitorere det ernæringsmæssige aspekt tæt samtidig med, at der fastholdes en nysgerrighed på patientens sind (Skårderud et al., 2020). For en MBT-ED-terapeut er det derfor vigtigt, at man har kompetencer til at opretholde det førnævnte

dobbeltporede fokus, at man er opmærksom på egen mentalisering, ligesom man skal kunne håndtere den ambivalens, en person med spiseforstyrrelse kan opleve ifm. behandlingen. For spiseforstyrrelsesramte patienter vil ambivalens ofte være aktuelt, fordi der både er et ønske om at blive rask fra spiseforstyrrelsens greb, men samtidig er det svært at forene dette ønske med de krav, der er til eksempelvis vægtøgning. Derudover er det essentielt, at terapeuten har patientens mentalisering for øje og italesætter det, hvis terapeuten bliver nysgerrig eller i tvivl om noget ved måden, hvorpå patienten mentaliserer - heriblandt hvis der sker pseudomentalisering eller ved alexithymi, hvor terapeuten kan hjælpe patienten med at udvikle ord for det, der opleves (Skårderud et al., 2020). Det anbefales, at man starter et MBT-ED-forløb med tidsbegrænset psykoedukation i grupper, kaldt MBT-I (introduktion), hvor patienterne gennem forskellige temaer og øvelser informeres om spiseforstyrrelser i relation til mentalisering. Hensigten med MBT-I er at øge patienternes motivation for behandling og forberede dem til senere gruppe- og individuel terapi samt undgå frafald (Skårderud et al., 2020). Mentaliseringsbaseret gruppeterapi er en vigtig del af MBT-ED, og hensigten med gruppeterapien er at skabe et træningsrum, hvor patienterne får mulighed for at lege med og øve mentalisering (Bateman & Fonagy, 2016; Skårderud et al., 2020). Gruppeterapi skal helst faciliteres af to terapeuter, hvis opgave er at fremme en aktiv gruppeinteraktion med et individorienteret fokus. Gruppeterapeuterne bør indtage en aktiv rolle i at facilitere mentalisering og kan fx demonstrere mentalisering indbyrdes, ligesom en af deres vigtigste opgaver er at interferere, hvis der sker ikke-mentaliserende processer i gruppen, samt overvåge arousal og præmentaliserende modi (Bateman & Fonagy, 2016; Skårderud et al., 2020). Gruppeterapi beskrives dog ofte som et udfordrende møde for spiseforstyrrede patienter, og derfor indeholder MBT-ED også individuel terapi. I det individuelle rum oplever patienterne typisk mere tryghed end i grupperegime, men den individuelle terapi er også til for at kræve noget af den enkelte, som ellers kan komme til at gemme sig, være passiv eller pseudomentalisere i gruppeterapien. I

gruppeterapi vil patienterne desuden ofte være udfordret af deres tendens til at være mere anden-rettet i deres mentalisering ved at være optaget af, hvordan de andre medlemmer af gruppen opfatter patienten, ligesom tendensen til at være yde-fokuseret og gøre brug af teleologisk modus kan medføre, at der opstår et uhensigtsmæssigt fokus på kropssammenligning med de andre i gruppen. Her bliver det nødvendigt med den individuelle terapi, hvor patienten kan udfolde mentaliseringssvigt fra gruppeterapien i et trygt rum og undgå at miste motivationen for behandlingen (Skårderud et al., 2020).

Ved at have et dobbeltsporet fokus på både somatisk og psykisk tilstand tages der i MBT-ED højde for den sundhedsfarlige risiko ved spiseforstyrrelser uden at negligere patientens sindstilstand. Gennem det særlige fokus på en aktiv terapeut, der er nysgerrig og mentaliserende i sin tilgang til udforskningen - og udfordringen - af patientens mentale tilstande, fokuserer MBT-ED på at fremme mentaliseringsevnen hos den spiseforstyrrede. Med både gruppe- og individuel terapi som en del af behandlingen stiller MBT-ED skarpt på, at spiseforstyrrede patienter både skal kunne øve mentalisering med andre i samme situation, ligesom der skal være plads til at udforske de mentaliseringssvigt, den spiseforstyrrede oplever, i et trygt rum gennem individuel terapi. MBT-ED integrerer således flere vigtige elementer i forsøget på at skabe et behandlingstilbud, der omfavner den komplekse lidelse, som en spiseforstyrrelse er.

5. Diskussion

Som nævnt indledningsvist er formålet med denne rammesættende del af afhandlingen at belyse sammenhængen mellem mentalisering og spiseforstyrrelser for at komme nærmere en forståelse af, hvorfor MBT kan være en effektiv behandlingsform til spiseforstyrrelser. For at adressere mentaliseringsudfordringerne hos spiseforstyrrede blev MBT-ED udviklet, og i scoping reviewet sås, at der i begrænset omfang er evidens for, at MBT er effektiv i behand-

lingen af patienter med en spiseforstyrrelse. Det er imidlertid uklart, hvad det er i MBT-tilgangen, der ligger bag denne effekt, og det følgende afsnit har derfor til hensigt at diskutere, hvilke faktorer eller elementer der kan agere som mulige virkemekanismer i MBT-ED. Diskussionen har et todelt formål, som både at blive klogere på det virksomme i MBT til spiseforstyrrelser og samtidig at anvende viden om disse mulige virkemekanismer til at informere praksis og skabe det bedst mulige behandlingstilbud til personer med spiseforstyrrelse.

5.1 Hvad virker i MBT-ED?

Den teoretiske kobling mellem spiseforstyrrelser og mentalisering er etableret, og forskning viser, at MBT kan have små eller moderate effekter til behandling af spiseforstyrrelser (Balestrieri et al., 2015; Golan, 2022; Robinson et al., 2016; Sonntag & Russell, 2022; Zeeck et al., 2021). Men *hvad* er det, som producerer disse effekter og lader klinikere og forskere forstå, at MBT med fordel kan anvendes til behandling af spiseforstyrrelser? Ifølge Kazdin (2007) skal man kigge mod *mekanismer* - dét, der danner fundamentet for en effekt, dvs. processer eller hændelser, der er årsag til en ændring. At finde frem til mulige virkemekanismer i psykoterapi er dog ikke altid lige til og kræver en kompleks undersøgelse af samspillet mellem forskellige elementer i terapien. Zeeck et al. (2024) finder dog, at der i løbet af en MBT-session med spiseforstyrrede patienter ses en forbedring i refleksiv funktion, og det interessante bliver dermed, om den ændring, der ses heri, også er det, der er den underliggende mekanisme til evt. ændringer i spiseforstyrrelsespatologi senere. Når Kazdin (2007) beskriver virkemekanismer som en proces, og fordi mentalisering forstås som en fortolkende proces, kan man derfor argumentere for, at en af virkemekanismerne i MBT-ED er mentalisering (Luyten et al., 2024). Som etableret tidligere kan spiseforstyrrelser forstås som reguleringsforstyrrelser pga. manglende udvikling af mentaliseringsevnen. Hvis mentalisering er en virkemekanisme i MBT-ED, vil det betyde, det mentaliseringssvigt, den spiseforstyrrede har, bør blive forbedret

i takt med, at man lærer at mentalisere bedre, og spiseforstyrrelsespatologien ville som følge heraf også reduceres. Der er imidlertid andre mulige mekanismer, der ligger til grund for, at spiseforstyrrelsespatologi reduceres efter et MBT-ED-forløb, og her kan den terapeutiske alliance ligeledes være en mulig virkemekanisme. Generelt for psykiske lidelser, men også specifikt for anoreksi, ses, at den terapeutiske alliance har stor betydning for udfaldet af behandlingen (Horvath et al., 2011; Zaitsoff et al., 2015), hvorfor det synes vigtigt at kigge på den terapeutiske alliance som en mulig virkemekanisme. Da MBT-ED tillægger terapeuten en mere aktiv, nysgerrig og transparent rolle, end hvad der typisk er tilfældet i andre tilgange, er det muligt, at denne differentiering i terapeutkompetencer faciliterer en anden og stærkere form for terapeutisk alliance, der fører til ændringer i spiseforstyrrelsessymptomer.

En anden mulig virkemekanisme i MBT-ED er det mere simple faktum, at patienterne øger deres vægt. I forskning har man fundet, at underernæring hos personer med spiseforstyrrelser er forbundet med reduceret hjernevolumen, der kan påvirke kognitive funktioner, men at denne reduktion kan omgøres ved at genoptage korrekt og tilstrækkelig ernæring (Spettigugue et al., 2025). Da mentalisering involverer forskellige aspekter af kognitive funktioner såsom tænkning, kan man derfor forestille sig, at vægtøgning kan forbedre disse kognitive funktioner, som til gengæld påvirker evnen til at mentalisere. Således kan det somatiske spor af MBT-ED ses som en virkemekanisme, der reducerer spiseforstyrrelsessymptomer. På den anden side er vægtøgning måske ikke en virkemekanisme i sig selv, men snarere en mediator (Kazdin, 2007), hvor øget vægt forbedrer kognitive aspekter af mentaliseringsevnen, som til gengæld er dét, der reducerer spiseforstyrrelsespatologi. Det samme kan siges om den terapeutiske alliance, der måske ej heller er en virkemekanisme i sig selv, men i stedet medierer ændringen i spiseforstyrrelsespatologi, fordi terapeuten i MBT-ED har et særligt fokus på at være en aktiv rollemodel for mentalisering og skaber en tryk og sikker base, hvorfra patienten har mod på at udforske sine mentaliseringsudfordringer (Allen, 2006; Bowlby, 1988).

MBT-ED er per definition en kombinationstilgang, fordi den består af en kombination af psykoedukation, individuel terapi samt gruppeterapi (Skårderud et al., 2020). Det kunne give anledning til at tro, at det er denne kombinationsbehandling, der i sin helhed fungerer som en virkemekanisme i MBT-ED, men det er ikke nødvendigvis tilfældet. Integrationen af flere forskellige elementer i en behandling vanskeliggør nemlig identifikationen af mulige virkemekanismer, selvom behandlingen overordnet set demonstrerer en effekt (jf. afhandlingens scoping review). Kombinationsbehandlingen gør det svært at skelne effekten af de enkelte elementer fra hinanden samt effekten af deres samspil (O'Toole et al., 2025). Er det gruppeterapien, der er virkemekanismen i MBT-ED - eller er det mon kombinationen af både gruppe- og individuel terapi? En anden relevant betragtning er ligeledes, om rækkefølge spiller en rolle. Skårderud et al. (2020) påpeger eksempelvis, at man bør starte med MBT-I på gruppebasis, men for en stille og tilbageholdende patient synes det måske mere effektivt at begynde individuelt, hvor man får et mere intimt rum at udforske mentalisering i. Det kræver dog en nærmere undersøgelse af de enkelte elementer hver for sig, kombineret og i forskellige rækkefølger at kunne sige mere om, hvilken betydning det enkelte element i MBT-ED har, og hvordan denne betydning evt. forandres afhængigt af hvornår i forløbet, det introduceres. Et fællestræk for de to terapiformer er derimod, at den mentaliserende tilgang er i fokus både individuelt og i gruppe, hvilket synes at bakke op om mentalisering som værende en central virkemekanisme.

Kazdin (2007) påpeger ydermere, at der findes mere end 500 forskellige former for psykoterapi i verden, men de forandringer, der bliver skabt gennem disse psykoterapier, skyldes formentlig ikke 500 forskellige årsager; forskellige terapier må derfor indebære nogle af de samme årsager til forandring. Man kan derfor stille spørgsmål til, om nogle af de ovenfor diskuterede virkemekanismer i MBT-ED også gør sig gældende for andre behandlinger til spiseforstyrrelser. Som påpeget fremstår mentalisering som en helt central virkemekanisme i

at skabe forandring i spiseforstyrrelsespatologi gennem MBT-ED. Faktum er dog, at mentalisering ikke er unikt for MBT, men i høj grad er en proces, der sker på tværs af terapeutiske tilgange (Luyten et al., 2024). Skårderud et al. (2020) påpeger også, at MBT-ED ikke skal anses som en ny terapeutisk tilgang, men snarere som en systematisk organisering af behandling, der inkorporerer vigtige strukturelle elementer såsom terapeutens mentaliserende rolle. Hvis mentalisering sker i alle former for psykoterapi, kan det derfor ses som en forklaring på, hvorfor de inkluderede studier i afhandlingens scoping review ikke fandt effekter ved MBT, der var markant bedre end den kontrolgruppe, der blev sammenlignet med.

5.2 Implikationer for forskning og praksis

Det er et velkendt faktum, at der i behandling af personer med spiseforstyrrelse ses et relativt stort frafald, både for MBT (Robinson et al., 2016) men også for eksempelvis den evidensbaserede kognitive adfærdsterapi (CBT) (Linardon et al., 2018). Frafalet skyldes typisk faktorer hos patienten selv, såsom manglende motivation, attituder til behandlingen og personlige træk (Bandini et al., 2006; del Barrio et al., 2019). Derudover oplever en stor del af de spiseforstyrrede, at det tager årevis at komme sig helt over sygdommen, ligesom omkring halvdelen af patienter med anoreksi eller bulimi aldrig oplever at blive 100% rask (Eddy et al., 2017; Steinhausen, 2009). Fremover er det derfor essentielt, at der forskes mere i, hvordan man undgår frafald. Det kan eksempelvis ske ved at kigge nærmere på den terapeutiske alliance, der som tidligere nævnt kan være en mediator mellem spiseforstyrrelsespatologi og mentaliseringsevne. Det ses tydeligt i forskningen, at den terapeutiske alliance og refleksiv funktion er forbundet, hvor bedre refleksiv funktion er med til at skabe en bedre alliance (Katznelson et al., 2020). Denne forbedrede alliance kan på samme måde være med til at fæstne yderligere udvikling af mentaliseringsevnen, og der sker altså en gensidig påvirkning mellem de to. Et større fokus på den terapeutiske alliance i psykoterapi til spiseforstyrrelser

vil potentielt kunne bruges til at adressere nogle af de faktorer, der kan være årsag til frafald - eksempelvis motivation eller holdninger til behandlingen - ved at stimulere patientens mentaliseringsevne og dermed indsigt i egne mentale tilstande koblet til spiseforstyrrelsen.

Det står klart, at der ikke er nogen overvældende effekt af MBT som behandling til spiseforstyrrelser, selvom det tidligere i den rammesættende del blev beskrevet, at det teoretisk set er velfunderet, at spiseforstyrrelser kan forstås som et udtryk for nedsat mentalisering. Hvad der stadig fremstår mindre belyst, er dog, hvilke mekanismer der er på spil i MBT og dermed, hvad det præcist er, der danner basis for forandringen i spiseforstyrrelsessymptomer. Mentalisering blev tidligere nævnt som et bud på en mulig virkemekanisme i MBT, men kræver tilstrækkelig evidens for, at dette rent faktisk er tilfældet, før mentalisering kan etableres som den centrale virkemekanisme i MBT med sikkerhed. Som påpeget er MBT dog en kombinationsbehandling, og det kan derfor tænkes, at denne tilgang inkorporerer elementer fra andre terapeutiske tilgange - fx fra nogle af de evidensbaserede terapier såsom CBT. Af den grund skal forskningen måske ikke rettes specifikt mod MBT, men snarere mod fælleskomponenterne på tværs af psykoterapier, der faciliterer mentalisering. I det hele taget bør forskningen fokusere på en mere integreret tilgang til psykoterapi, hvor det vigtigste at have for øje, når man forsøger at etablere det bedste psykoterapeutiske tilbud til personer, hvis tidlige oplevelser i livet er gået negativt udover deres mentaliseringsevne, er at hjælpe dem med at genopbygge netop denne kapacitet (Skårderud et al., 2007b). Integrative tilgange har nemlig vist sig generelt at være associeret med lavest frafald (Swift & Greenberg, 2014), ligesom det også sætter fokus på at tilpasse behandlingen til de udfordringer, den enkelte patient præsenterer. For selvom der er fællestræk i symptomatologien hos forskellige spiseforstyrrelsesdiagnoser, adskiller de sig ligeledes, og her kan det være en fordel at have forsket i, hvilke komponenter der virker og på hvilken måde, så behandlingen hurtigt kan tilpasses individet ved at gøre mere eller mindre brug af specifikke komponenter.

Samlet set kan man argumentere for, at forskningen ikke nødvendigvis skal fokusere på at undersøge MBT-ED alene, men snarere opfordre til, at der bør rettes fokus mod at udvide forståelsen af, hvordan man generelt i psykoterapi skaber et behandlingstilbud, der hjælper med at forbedre spiseforstyrredes mentaliseringsevne - fordi det synes at være kernen i at overkomme spiseforstyrrelsen. Der er derfor tydelige implikationer for forskning og praksis: For at komme dårlige forbedringsudsigter og stort frafald til livs, er det kritisk, at der bliver sat fokus på at forske i mulige virkemekanismer, der kan integreres i praksis og optimere behandlingen af spiseforstyrrede patienter - og potentielt undgå livslang sygdom eller fatale udfald.

5.3 Etiske overvejelser

For nuværende er MBT dog allerede blevet implementeret i praksis til behandlingen af spiseforstyrrelser, og indtil evidensen for MBT eller de virksomme mekanismer heri afdækkes i større omfang, synes det relevant at inddrage nogle etiske aspekter, heriblandt om respekt og ansvar. Som psykolog har man pligt til at udvise respekt overfor sin patient, og dette sker fx ved informeret samtykke og valgfrihed (Dansk Psykolog Forening, 2021). Her har psykologen pligt til at oplyse om behandlingen og de initiativer, det indebærer. Når man derfor har valgt at anvende MBT i behandlingen til trods for, at det er en organisering, der endnu ikke er evidens for, synes det derfor nødvendigt at oplyse patienten herom. Som nævnt indledningsvist kan klinisk ekspertise dog også være et vigtigt aspekt i at vælge en passende behandling, og man kan derfor overveje at integrere dette i præsentationen af tilbuddet til patienten. Det synes dog nødvendigt at præsentere patienten for evidensbaserede alternativer, så de kan træffe et valg på et oplyst grundlag. Desuden har psykologen et ansvar for nøje at overveje, hvordan MBT kan være fordelagtigt for patienten, men samtidig skal psykologen være opmærksom på de mulige skadevirkninger, det også kan have. Dette princip gælder uanset, om

der er tale om en evidensbaseret behandling eller ej, men gør sig måske i særdeleshed gældende for MBT, hvor de langsigtede effekter stadig er ukendte som følge af, at behandlingen endnu er så ny.

6. Konklusion

I afhandlingens scoping review blev det konkluderet, at der sås en mindre effekt af MBT til behandling af spiseforstyrrelser, men med det begrænsede antal studier på området samt udfordringerne heri blev det påpeget, at det kræver mere forskning at kunne afgøre, om MBT kan være en effektiv behandlingstilgang til spiseforstyrrelser. Baseret på den forskningsorienterede tilgang i scoping reviewet ønskedes der med den rammesættende del at supplere forskningen med et teoretisk og praksisnært perspektiv på spiseforstyrrelser og mentalisering for at forstå, hvorfor der i forskningen ses et begyndende fokus på at undersøge mentalisering hos personer med spiseforstyrrelse.

I den rammesættende del blev det udforsket, hvad mentalisering dækker over, og det blev slået fast, at mentalisering er et paraplybegreb med mange underelementer, der på forskellig vis udgør en del af menneskers kapacitet til at mentalisere. I udforskningen af mentaliseringsbegrebets baggrund blev det fastlagt, at mentaliseringsteori er en udviklingspsykologisk tilgang med fokus på tilknytning som en afgørende faktor for, hvordan mentaliseringsevnen udvikles. Teorien om mentalisering blev efterfølgende anvendt for at belyse, hvordan spiseforstyrrelser forstås fra dette perspektiv, og det blev etableret, at spiseforstyrrelser ses som reguleringsforstyrrelser, hvor kroppen bliver en måde at regulere affekt på. Som følge af utryk tilknytning kan spiseforstyrrede nemlig opleve, at de ikke har lært at regulere affekt på anden vis. I mentaliseringsteori kan mentalisering opdeles på fire dimensioner med hver to poler, som man kan være mere eller mindre rettet mod i sin mentalisering. Med hjælp fra dette blev det illustreret, hvordan personer med spiseforstyrrelse kan have tendens til at være

rettet mod eksterne tegn såsom mimik snarere end indre tilstande, når de mentaliserer, ligesom fokuset for deres mentalisering ofte er mere rettet mod andre end dem selv.

For at forstå, hvordan denne mentaliseringsteoretiske forståelse af spiseforstyrrelse implementeres i behandlingskontekster, blev indholdet af og strukturen i MBT-ED udforsket. Klarlæggelsen af, hvad MBT-ED indebærer, dannede fundamentet for en følgende diskussion af, hvilke elementer i MBT-ED der kan agere som virkemekanisme. Her blev mentalisering foreslået som den primære, underliggende mekanisme bag de outcomes, der ses i patienters spiseforstyrrelsespatologi efter behandling med MBT-ED, fordi de spiseforstyrrelsessymptomer, patienterne har, synes at være opstået pga. underliggende mentaliseringssvigt. Det blev dog også påpeget, at det kræver flere undersøgelser og mere evidens at kunne pege på, hvad der egentlig virker i MBT-ED. Som følge af dette blev det diskuteret, om mentalisering kan ses som en fælles faktor i al psykoterapi og ikke blot i MBT-ED, og der blev fremlagt implikationer for forskning og praksis, som indebar, at der bør fokuseres mere på at undersøge virkemekanismer i psykoterapi til spiseforstyrrelser helt generelt. Afslutningsvist berørte den rammesættende del nogle etiske overvejelser ift. at anvende MBT-ED i praksis, når evidensen herfor endnu er sparsom.

Referenceliste

- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. In Allen, J. G. & Fonagy, P. (eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 3-30). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- 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*, 20(4), 525-528. DOI 10.1007/s40519-015-0204-1
- Bandini, S., Antonelli, G., Moretti, P., Pampanelli, S., Quartesan, R. & Perriello, G. (2006). Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eating and Weight Disorders*, 11(4), 179-184. DOI: 10.1007/BF03327569
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. London: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Choi-Kan, L. W. & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Dansk Psykolog Forening (2021). Etiske principper for nordiske psykologer. In *Regelsæt 2021-2024* (pp. 27-32). Tilgået d. 29.05.2025 via <https://www.dp.dk/wp-content/uploads/2022/11/EtiskePrincipper.s.27-32fraDPRegelsaet-2021-24.pdf>
- del Barrio, A. G., Gonzales, M. Y. V., Gómez, J. G., Marín, J. I. L., Carral-Fernández, L., Hernandez, S. O., Río-Hortega, I. M. & Malfaz, L. M. (2019). Characteristics of patients in an eating disorder sample who dropped out: 2-year follow-up. *Eating and Weight Disorders*, 24(4), 767-775. DOI 10.1007/s40519-017-0416-7

- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Edkins, K., Krishna, M., Herzog, D. B., Keel, P. K. & Franko, D. L. (2017). Recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184-189. DOI: 10.4088/jcp.15m10393
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K. & Kirz, N. E. (2011). Eating Disorder Symptoms Among College Students: Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-Seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700-707. DOI: 10.1080/07448481.2010.546461
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Fonagy, P., Allison, E. & Campbell, C. (2019). Mentalizing, Resilience, and Epistemic Trust. In Bateman, A. & Fonagy, P. (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 63-77). American Psychiatric Association.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2019). Introduction. In Bateman, A. & Fonagy, P. (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 3-20). American Psychiatric Association.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Routledge.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). Reflective-Functioning Manual Version 5 for Application to Adult Attachment Interviews. London: University College.
- Gagliardini, G., Gullo, S., Tinozzi, V., Baiano, M., Balestrieri, M., Todisco, P., Schirone, T. & Colli, A. (2020). Mentalizing Subtypes in Eating Disorders: A Latent Profile Analysis. *Frontiers in Psychology*, 11:564291. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.564291

- Golan, M. (2022). Eating and Control Styles Axis in Mentalisation-Based Psychotherapy in Eating Disorders: A Randomised Clinical Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 774382. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.774382
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. DOI: 10.1037/a0022186
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G. & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107-117. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.12.003
- Katznelson, H., Falkenström, F., Daniel, S. I. F., Lunn, S., Folke, S. & Pedersen, S. H. (2020). Reflective Functioning, Psychotherapeutic Alliance, and Outcome in Two Psychotherapies for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy*, 57(2), 129-140. DOI: 10.1037/pst0000245
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behavior Research and Therapy*, 88, 7-18. DOI: 10.1016/j.brat.2016.06.004
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. DOI 10.1002/eat.22670
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B. & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and Treatment of Mental

- Disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
DOI: 10.1056/NEJMsa043266
- Lieberman, M. D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085654
- Linardon, J., Hindle, A. & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381-391. DOI: 10.1002/eat.22850
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E. & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 297-325. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355
- Luyten, P., Campbell, C., Moser, M. & Fonagy, P. (2024). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clinical Psychology Review*, 108:102380. DOI: 10.1016/j.cpr.2024.102380
- O'Toole, M. S., Mikkelsen, M. B., Arch, J. J., Tauber, N. M., Elkjær, E. & Michalak, J. (2025). Compatibility of Components in Cognitive Behavioral Therapies: A Call for Combinatory Congruency. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(2), 194-205. DOI: 10.1016/j.cbpra.2023.12.006
- Quesque, F., Apperly, I., Baillargeon, R., Baron-Cohen, S., Becchio, C., Bekkering, H., Bernstein, D., Bertoux, M., Bird, G., Bukowski, H., Burgmer, P., Carruthers, P., Catmur, C., Dziobek, I., Epley, N., Erle, T. M., Frith, C., Frith, U., Galang, C. M., ... & Brass, M. (2024). Defining key concepts for mental state attribution. *Communications Psychology*, 2(1). DOI: 10.1038/s44271-024-00077-6
- Robinson, P., Hellier, J., Barrett, B., Barzdaitiene, D., Bateman, A., Bogaardt, A., Clare, A., Somers, N., O'Callaghan, A., Goldsmith, K., Kern, N., Schmidt, U., Moranda, S.,

- Ouellet-Courtouis, C., Roberts, A., Skårderud, F. & 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), 549. DOI 10.1186/s13063-016-1606-8
- Robinson, P. & Skårderud, F. (2019). Eating Disorders. In Bateman, A. & Fonagy, P. (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 369-386). American Psychiatric Association.
- Sharp, C. & Bevington, D. (2022). *Mentalizing in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Grøntved, S. & Telléus, G. K. (2020). The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(5), 311-322. DOI: 10.1080/08039488.2019.1707869
- Skårderud, F. (2007a). Eating One's Words, Part I: 'Concretised Metaphors' and Reflective Function in Anorexia Nervosa—An Interview Study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163-174. DOI: 10.1002/erv.777
- Skårderud, F. (2007b). Eating One's Words, Part II: The Embodied Mind and Reflective Function in Anorexia Nervosa - Theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243-252. DOI: 10.1002/erv.778
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult - Mentaliseringsbaserede tilgange til spiseforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sonntag, M. & Russell, J. (2022). The mind-in-mind study: A pilot randomised controlled trial that compared modified mentalisation based treatment with supportive clinical management for patients with eating disorders without borderline personality disorder. *European Eating Disorders Review*, 30(3), 206-220. DOI: 10.1002/erv.2888

- Spettigue, W., Drouin, S., Isserlin, L., Palmert, S., Roscoe, C., Harrison, M., Kanbur, N., Bishop, J. & Norris, M. L. (2025). The Psychological, Cognitive, and Behavioural Effects of Starvation in Humans: A Scoping Review. *European Eating Disorders Review*, 1-25. DOI: 10.1002/erv.3174
- Spring, B. (2007). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What It Is, Why It Matters; What You Need to Know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. DOI: 10.1002/jclp.20373
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. DOI: 10.1016/j.chc.2008.07.013
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2014). A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout from Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207. DOI: 10.1037/a0037512
- Zachrisson, H. D. & Skårderud, F. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106. DOI: 10.1002/erv.999
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. & Aime, H. (2015). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders*, 23(2), 99-114. DOI: 10.1080/10640266.2014.964623
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C. & Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorder - A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 783-801. DOI: 10.1002/erv.2853
- Zeeck, A., Lau, I., Endorf, K., Schaefer, L., Euler, S., Lahmann, C. & Hartmann, A. (2024). Mentalizing in psychotherapeutic processes of patients with eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 15:1367863. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1367863