



**METODECENTRET**  
Center for Innovation & Metodeudvikling



# **Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd**

## **Målgruppebeskrivelse**



**Socialstyrelsen**

**Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd  
- Målgruppebeskrivelse**

Metodecentret  
Olof Palmes Allé 19  
8200 Aarhus N

Sofie Ilsvard, Marie Høstrup, Kathrine Hummelose, Louise Stougaard, Stina Juel Lanken & Karen Sophie Pilegaard

Udgivet maj 2019

Der kan frit citeres fra litteraturgennemgangen, korrekt angivelse er:  
Ilsvard, S., Høstrup, M., Hummelose, K. Stougaard, L., Lanken S.L., & Pilegaard, S.P.  
2019. Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd: Målgruppebeskrivelse. Metodecentret og DEFACTUM.

ISBN: 978-87-93676-76-3

# Indhold

<b>1</b>	<b>Baggrund og formål</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Metode og datagrundlag</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser</b>	<b>8</b>
3.1	Er selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser beslægtede fænomener?	8
3.2	Kerneproblematikker på tværs af målgrupperne	10
3.3	Litteratur	12
<b>4</b>	<b>Målgruppebeskrivelse: Selvskadende adfærd</b>	<b>13</b>
4.1	Målgruppen – hvad ved vi på nuværende tidspunkt?	16
4.2	Kerneproblematikker	17
4.2.1	Risikofaktorer	17
4.2.2	Årsager	19
4.2.3	Følgenvirkninger	21
4.3	Indsatser og viden om virksomme indsatslementer	21
4.4	Litteratur	24
<b>5</b>	<b>Målgruppebeskrivelse: Spiseforstyrrelse</b>	<b>27</b>
5.1	Karakteristika ved spiseforstyrrelser	27
5.1.1	Karakteristika – Anoreksi	27
5.1.2	Karakteristika – Bulimi	28
5.1.3	Karakteristika – Tvangsoverspisning (Binge Eating Disorder BED)	29
5.2	Kerneproblematikker	33
5.2.1	Risikofaktorer	33
5.2.2	Udløsende faktorer	37
5.2.3	Vedligeholdende faktorer	38
5.2.4	Følgenvirkninger	41
5.3	Indsatser og viden om virksomme indsatslementer	44
5.3.1	Behandlingsindsatser for anoreksi	44
5.3.2	Behandlingsindsatser for bulimi	45
5.3.3	Behandlingsindsatser for tvangsoverspisning (BED)	45

5.3.4	Socialfaglige indsatser til unge med spiseforstyrrelser .....	46
5.4	Litteratur .....	48
<b>6</b>	<b>Bilag.....</b>	<b>52</b>
6.1	Bilag 2: Søgestreng og udvælgelse – selvskade.....	52
6.2	Bilag 1: Søgestreng og udvælgelse – spiseforstyrrelser.....	53

# 1 Baggrund og formål

Denne målgruppebeskrivelse er blevet til som en del af Socialstyrelsens kortlægningsundersøgelse af lovende kommunale metoder og indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser. Formålet med kortlægningsundersøgelsen er (1) at klargøre forståelsen af målgrupperne; (2) udpege lovende indsatser i Danmark og Norden på området; (3) identificere virksomme mekanismer, fagligt grundlag og centrale implementeringsvilkår for indsatserne, som kan have potentiale til videre metodeudvikling og efterfølgende udbredelse i kommunal sammenhæng.

I denne selvstændige bilagspublikation afrapporteres punkt 1, som har til formål at klargøre forståelsen af målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne har til formål at bidrage med nuancerede operationaliseringer af følgende målgrupper:

- 13 til 29 årige med selvskadende adfærd (NSSI)
- 13 til 29 årige med anoreksi, bulimi eller tvangsoverspisning (BED).

Fokus for målgruppebeskrivelserne er primært at beskrive, (1) hvilke karakteristika og adfærdsmønstre, der ses blandt målgrupperne, og (2) målgruppernes væsentligste kerneproblematikker, forstået som årsagerne til og følgevirkninger af problematikkerne. Med målgruppebeskrivelsen har Socialstyrelsen desuden ønsket at undersøge, om og hvordan der eventuelt meningsfuldt kan foretages en graduering af sværhedsgraden af selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser i form af kategorier som eksempelvis risikoadfærd, lettere problemstillinger og moderate problemstillinger.

## **Læsevejledning**

Kapitel 2 præsenterer målgruppebeskrivelsens datagrundlag, der udgøres af et målrettet litteraturstudie, grå litteratur og i samarbejde med et ekspertpanel. Videnspersonerne fra ekspertpanelet har kvalificeret indholdet i målgruppebeskrivelserne.

I kapitel 3 sammenfattes litteraturen om hhv. selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse, hvor såvel ligheder som forskelle på tværs af målgrupperne beskrives.

I kapitel 4 beskrives målgruppen for selvskadende adfærd med henblik på at beskrive målgruppens karakteristika, identificere målgruppens væsentligste kerneproblematikker samt viden om lovende indsatsselementer.

Kapitel 5 belyser målgruppen for spiseforstyrrelser og følger i generelle træk strukturen i kapitel 4. Denne målgruppebeskrivelse adskiller sig dog ved, at den rummer tre hoveddiagnoser, hhv. Anoreksi Nervosa (herefter: anoreksi), Bulimi Nervosa (herefter: bulimi) og tvangsoverspisning (Binge Eating Disorder, herefter: BED).

## 2 Metode og datagrundlag

Målgruppebeskrivelserne er udarbejdet på baggrund af et målrettet litteraturstudie, grå litteratur og i samarbejde med et ekspertpanel, bestående af videnspersoner fra Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade (ViOSS) og fra social- og hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland.

### **Workshop med videnspersoner i ekspertpanel**

Der har været afholdt en workshop med videnspersonerne i ekspertpanelet med henblik på at afklare variationen mellem og internt i målgruppekategoriene (primært spiseforstyrrelsesområdet). Workshoppens arbejde bestod i at indkredse hvilke karakteristika og adfærdsmønstre, der ses blandt målgrupperne, samt at beskrive de væsentligste kerneproblematikker for målgrupperne opdelt i henholdsvis "risikoadfærd", "lettere" og "moderate" problemstillinger. Sondringen mellem sværhedsgraderne "lettere" og "moderate" problemstillinger inden for både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser viste sig vanskelig og ikke meningsfuld at opretholde, i og med at grænserne for, hvornår den unges selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelse var udtryk for en "lettere" eller "moderat" problemstilling, hverken er entydige eller gensidigt udelukkende. Under workshopen blev der derfor alene sondret mellem risikoadfærd og lettere samt moderate problemstillinger samlet under et.

### **Målrettet litteraturstudie**

For at kvalificere og udvide målgruppebeskrivelserne er der foretaget en målrettet litteratursøgning. Der er søgt efter litteratur om målgrupperne på databaserne Scopus, Web of Science, PsycINFO og PubMed.

Processen for udvælgelsen af studier har været inddelt i følgende faser:

- Målrettet litteratursøgning på databaser
- Vurdering og sortering af den fremsøgte litteratur på titelniveau og derefter på abstract-niveau
- Gennemlæsning, vurdering og sortering af den fremsøgte litteratur på full text-niveau.

Litteratursøgningen er afgrænset og målrettet gennem følgende in- og eksklusionskriterier:

	<b>Inklusionskriterier – databasesøgninger</b>
<b>Udgivelsestidspunkt</b>	2008 til 2019
<b>Sprog</b>	Dansk, engelsk, nordiske sprog
<b>Geografisk kontekst</b>	Vestlige lande (Europa, New Zealand, Australien, USA, Canada (Nordamerika))
<b>Målgruppens alder</b>	Unge eller unge voksne (13 til 29 år)
<b>Målgruppens problematikker</b>	Selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi og BED) (OBS. Studier der primært belyser problematikkerne i relation til autisme og udviklingshæmning er ekskluderet)

Søgningen fandt 1217 potentielt relevante studier på selvskadeområdet og 2141 på spiseforstyrrelsesområdet. Efter vurdering og sortering af studierne på titel, abstract og full-text-niveau blev 56 studier udvalgt på selvskadeområdet og 31 på spiseforstyrrelsesområdet. Logbøger med søgestrengene og overblik over udvælgelsestrin af studier for begge målgrupper fremgår af hhv. bilag 1 og bilag 2.

På baggrund af den fremsøgte (database)litteraturs referencelister, er der desuden identificeret yderligere relevante studier. Der er desuden søgt efter dansk og nordisk litteratur på sektorforskningsinstitutioner og vidensorganisationers hjemmesider, som fx vive.dk, no-va.no, Imsos.dk mm. Videnspersonerne fra ekspertpanelet har kvalificeret indholdet i målgruppebeskrivelserne, og har desuden også peget på relevant litteratur, som ikke var blevet indfanget gennem den målrettede litteratursøgning.

Målgruppebeskrivelserne baserer sig derfor både på peer-reviewed studier og grå litteratur (fx rapporter, evalueringer og bøger mm., som ikke er videnskabeligt publiceret). Den grå litteratur eller studier identificeret via referencelister er ikke afgrænset af et bestemt udgivelsestidspunkt, og disse kan derfor godt være udgivet før 2008.

## 3 Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser

### 3.1 Er selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser beslægtede fænomener?

Selvskade og spiseforstyrrelser udgør begge adfærd, som er skadelig for kroppen. Ved selvskadende adfærd påføres kroppen direkte skade, mens spiseforstyrrelser udgør en indirekte form for selvskadende adfærd, da kroppen på sigt tager skade af at få for lidt eller for meget mad, opkastninger eller overdreven motion (Møhl, 2019). Ingen af fænomenerne er suicidale, men selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser kan potentielt set blive livstruende for de unge. Unge, som lider af spiseforstyrrelser, særligt anoreksi, har en øget risiko for tidlig død og selvmord, mens personer med selvskadende adfærd, har en forhøjet risiko for selvmordsadfærd og dermed også døden (Jacobson & Luik, 2014).

Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser har, ifølge Møhl, desuden det tilfælles, at de kan betragtes som forskellige tidstypiske lidelsesformer, forstået på den måde at de hver især er blevet "moderne" i takt med, at samfundsudviklingen i de vestlige lande har bevæget sig i bestemte retninger. Møhl argumenterer derfor for, at udbredelsen af spiseforstyrrelser siden 1960'erne og op igennem 70'erne og 80'erne langt fra var tilfældigt, men skal ses i lyset af den samfundsmæssige kontekst, hvor fødevaremangel og sult ikke længere var en del af det samfundsmæssige billede. Karikeret sagt så man en bevægelse fra at have begrænset adgang til fødevarer til en overflod af fødevarer. På samme måde mener Møhl ikke, at det er en tilfældighed, at selvskadende adfærd, og herunder særligt cutting, har vundet indpas siden 1990'erne, i en tid hvor vi i langt højere grad end tidligere, er blevet i stand til at kontrollere smerte, ligesom forbruget af smertestillende medicin er steget eksplosivt siden 90'erne. Lidelsesformer som selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser indskriver sig derfor i en dialog med samtiden (Møhl i Rubæk 2009: 9-13).

På trods af ligheden mellem selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser som tidstypiske lidelsesformer, adskiller de sig dog især ved, at de ikke har samme status inden for diagnosesystemet. Spiseforstyrrelserne anoreksi og bulimi kategoriseres som selvstændige diagnoser<sup>1</sup>, mens BED pt. klassificeres under "andre spiseforstyrrelser"<sup>2</sup>, men BED forventes snarligt at blive klassificeret som en selvstændig diagnose<sup>3</sup>. Selvskadende adfærd er ikke anerkendt som en selvstændig diagnose i Danmark, men klassificeres derimod som et nonspecifikt symptom i relation til mange forskellige psykiske vanskeligheder (fx spiseforstyrrelser).

#### ***Risikoadfærd i forhold til både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser***

---

<sup>1</sup> I det europæiske diagnosesystem ICD-10 og det amerikanske diagnosesystem DSM-5.

<sup>2</sup> I ICD-10.

<sup>3</sup> I ICD-11. Tvangsoverspisning klassificeres i øvrigt som en selvstændig diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM-5. Se <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spiseforstyrrelser/binge-eating-disorder-bed.aspx>



Litteraturen peger på, at der er tale om et stigende problem, hvor flere unge og unge voksne udvikler selvskadende adfærd og/eller spiseforstyrrelser, såsom anoreksi, bulimi og BED. Ser man samlet set på diagnosen "spiseforstyrrelser", har der i de sidste 10 til 15 år været en klar stigning i antallet af børn og unge, der er behandlet enten ambulant eller ved indlæggelse i psykiatrien (Due & Vidensråd for Forebyggelse, 2014). Selvskadende adfærd blandt teenagere og unge udgør også et større problem end tidligere. Tidligere optrådte selvskadende adfærd primært i forbindelse med svær psykisk sygdom, mens det i dag er et udbredt fænomen, der også optræder blandt unge uden psykiatriske lidelser (Ilsvard & Metodecentret, 2016).

Derved indskriver udviklingen i antallet af unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd sig også i en bredere problemstilling omkring stigende psykisk mistrivsel hos unge i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2018). Antallet af unge med psykisk mistrivsel er steget markant i de senere år, og der er sket en eksplosiv vækst i antallet af unge med psykiatriske diagnoser (Kommunernes Landsforening, 2018). Det er ikke usandsynligt, at psykisk mistrivsel for en del af disse unge senere udvikler sig til selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser.

Litteraturgennemgangen peger i den forbindelse på følgende tidlige advarselstegn for risikoadfærd i forhold til både spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd:

- Den unge har en oplevelse af uoverkommelige samfundsmæssige krav (om præstationer mm.)
- Den unge har et stærkt ønske om kontrol
- Den unge har oplevet mobning eller er på anden vis socialt fravalgt
- Den unge trækker sig fra det sociale.

Det er desuden kendetegnende for begge målgrupper, at der ofte ses dysfunktioner i deres omgivende systemer i form af hjemmet, skole/uddannelse og/eller i relationen til jævnaldrende. Herudover er det kendetegnende for begge målgrupper, at der forekommer:

- Regulationsvanskeligheder (ift. fx følelser, mæthed, søvn, behov for trøst osv.)
- Selvværdsproblemer (selvhad og lavt selvværd)
- Stor selvkritik
- Vedvarende tristhed, ulyst osv.
- Vanskeligheder ved én-til-én-relationer
- Uvilje mod blottelse (fx at bade (til idræt), spise sammen m.m. (dvs. afvigelse fra forventet adfærd)).

### ***Forskelle og ligheder på tværs af målgrupperne***

For begge målgrupper gælder, at den spiseforstyrrede eller selvskadende adfærd især ses blandt unge og unge voksne, ligesom den typisk debuterer i ungdomsårene. Der er fundet empirisk belæg for, at flere piger og unge kvinder end drenge og unge mænd lider af en spiseforstyrrelse, mens der ses en mere ligelig fordeling af piger/unge kvinder og drenge/unge mænd med selvskadende adfærd.

Både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser kan betegnes som skjulte lidelser, forstået på den måde at de unge typisk skjuler deres adfærd og sjældent søger hjælp. Det betyder derfor, at det kan være vanskeligt at få øje på unge med selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse, ligesom mørketal skjuler den mere præcise forekomst.

Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser beskrives på tværs af litteraturen som konkrete mestringsstrategier, de unge anvender til at håndtere det, der er svært. For de unge fungerer selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser derfor som en måde at regulere følelser på. Dette er desuden forklarende for, hvorfor spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd typisk viser sig i et tilbagevendende og vedholdende mønster (Smithuis m.fl., 2018). Den spiseforstyrrede eller selvskadende adfærd er derfor med til at give de unge en oplevelse af at være i kontrol på trods af indre kaos eller mistrivsel. Derfor ses der også en høj grad af ambivalens i forhold til at slippe spiseforstyrrelsen eller den selvskadende adfærd. Dette kan yderligere forklares med, at der opstår et fysiologisk afhængighedsforhold til den selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelsen. Det er derfor kendetegnende for målgrupperne, at deres tanker kredser om spisning, motion eller selvskadetrang (workshop-bidrag). Med andre ord bliver de unge fanget i en ond cirkel, som er med til at vedligeholde spiseforstyrrelsen eller den selvskadende adfærd.

### 3.2 Kerneproblematikker på tværs af målgrupperne

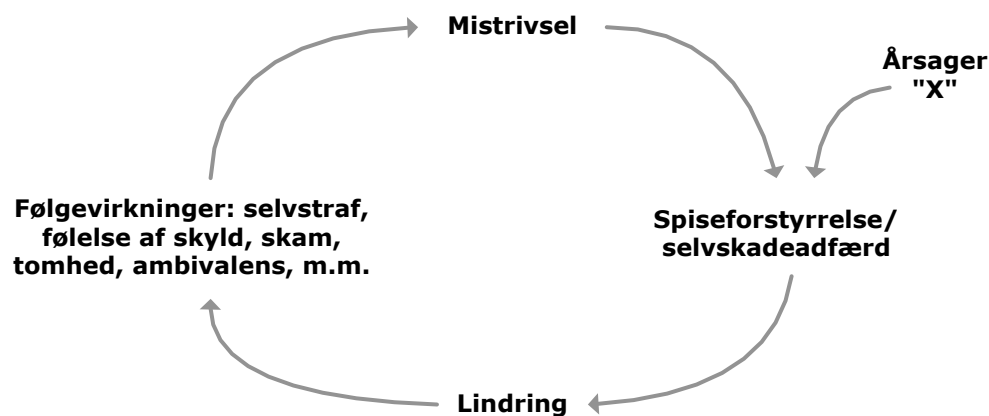
Det er kendetegnende, at litteraturen på begge områder trækker på multifaktorielle forståelses- og forklaringsmodeller (se fx Nock, 2009; Claes & Muehlenkamp, 2014). Dermed argumenteres der på tværs af litteraturen på begge områder for, at det er kombinationen af og interaktionen mellem en række forskellige forhold, der øger en persons risiko for at udvikle (og vedligeholde) en spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd (Claes & Muehlenkamp, 2014).

I litteraturen på begge områder ses adskillige studier om risikofaktorer, typisk opdelt i sociokulturelle forhold, familiære eller arv- og miljømæssige forhold samt psykologiske forhold. Et forbehold i den forbindelse er dog, at den fremsøgte litteratur (på begge områder) alene påviser sammenhænge mellem bestemte faktorer og risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd, men ikke fastlægger årsagssammenhængen. På den baggrund er det derfor ikke muligt at sondre entydigt mellem, hvad der henholdsvis er risikofaktorer og følgevirkninger af spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd. Der mangler derfor fortsat mere solid viden om årsagerne til spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd. Med dette forbehold in mente opsummeres de væsentligste årsagsfaktorer ift. både spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd som:

- Stressfølsomhed
- Vanskelig affektregulering
- Usikker identitet
- Selvhad
- Situationer eller forhold, der skaber stort pres eller stress (fx forældres skilsmisse, flytning, skoleskift, dødsfald mv.)

- Interpersonelle vanskeligheder
- Mobning, seksuelle overgreb, omsorgssvigt og andre traumer i barndommen
- Dysfunktioner i de omgivende systemer (hjem, skole, jævnaldrende)
- Hyppige slankekure og (indirekte) slankekures fra familie og venner.

Herudover peger litteraturen på, at væsentlige følgevirkninger af både spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd er følelser af skyld, skam, tomhed, et oplevet behov for selvstraf, og desuden en stor ambivalens i forhold til at slippe adfærden. Desuden ses det, at målgrupperne kan have sværere ved at gennemføre en uddannelse, oplever ringe livskvalitet, har en øget forekomst af komorbide psykiske lidelser og - som nævnt indledende - har en øget risiko for at dø ved selvmord. På tværs af målgrupperne ses der desuden lignende følgevirkninger for de unges forældre, fx i form af ringe tilknytning til arbejdsmarkedet.



Litteraturgennemgangen peger således på en række ligheder mellem unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, ligesom "den onde cirkel" (illustreret ovenfor) kan være med til at forklare de vedligeholdende mekanismer ift. til både spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, ligesom årsagerne til begge problematikker betegnes som multifaktorielle (se fx Nock, 2009; Claes & Muehlenkamp, 2014).

### 3.3 Litteratur

- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? new insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Non-suicidal self-injury and eating disorders: Dimensions of self-harm. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 3-18) doi:10.1007/978-3-642-40107-7\_1
- Due, P., & Vidensråd for Forebyggelse. (2014). *Børn og unges mentale helbred : Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser* (1. udgave ed.). Kbh.: Vidensråd for Forebyggelse.
- Ilsvard, S., & Metodecentret. (2016). Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd. Retrieved from [https://metodecentret.dk/wpcontent/uploads/2018/07/Selvskadende\\_adfaerd\\_litteraturgennemgang\\_FINA\\_L300816.pdf](https://metodecentret.dk/wpcontent/uploads/2018/07/Selvskadende_adfaerd_litteraturgennemgang_FINA_L300816.pdf)
- Jacobson, C. M., & Luik, C. C. (2014). Epidemiology and sociocultural aspects of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 19-34) doi:10.1007/978-3-642-40107-7\_2
- Kommunernes Landsforening. (2018). Andelen af børn og unge emed en psykiatrisk diagnose er fordoblet på få år. Retrieved from <https://www.kl.dk/nyhed/2018/april/andelen-af-boern-og-unge-med-en-psykiatrisk-diagnose-fordoblet-paa-faa-aar/>
- Møhl, B. (tilgået 2019). Spiseforstyrrelser er selvskadende adfærd. Retrieved from <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-er-selvskadende-adfaerd.aspx>
- Smithuis, L., Kool-Goudzwaard, N., de Man-van Ginkel, J. M., van Os-Medendorp, H., Berends, T., Dingemans, A., . . . van Meijel, B. (2018). Self-injurious behaviour in patients with anorexia nervosa: A quantitative study. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-10. doi:10.1186/s40337-018-0214-2
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2017*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.

## 4 Målgruppebeskrivelse: Selvskadende adfærd

Selvskadende adfærd er en paraplybetegnelse, som dækker over forskellige former for adfærd, som medfører forskelligartede skader på kroppen. Der skelnes mellem direkte og indirekte selvskadende adfærd. Ved indirekte selvskadende adfærd opstår skader på kroppen på længere sigt, og kan ses som utilsigtede konsekvenser af adfærden. Eksempler på indirekte selvskadende adfærd er bl.a. spiseforstyrrelser, som beskrives i det efterfølgende afsnit.

Ved direkte selvskadende adfærd indtræffer en skade på kroppen lige umiddelbart efter den selvskadende adfærd, som fx opstår, fordi den unge skærer, slår eller brænder sig selv. I det følgende beskriver vi direkte selvskadende adfærd i form af ikke-suicidal selvskadende adfærd (også kaldet non suicidal self-injury (NSSI)).

Ikke-suicidal selvskadende adfærd defineres som:

*"Bevidst direkte og selvforskyldt ødelæggelse af kropsvæv, der resulterer i umiddelbare vævsskader udført med et formål, der ikke er socialt accepteret og uden suidale hensigter"* (Rubæk og Møhl, 2017).

Hertil kommer, at ikke-suicidal selvskadende adfærd kan forekomme som enkeltstående hændelser eller som gentagne episoder, og kan derfor resultere i varierende grader af vævsbeskadigelse (Rubæk 2009: 25). Ikke-suicidal selvskadende adfærd kan desuden typpindelnes i kategorierne "moderat", "stereotyp"<sup>4</sup> og "alvorlig"<sup>5</sup> (Rubæk, 2009: 25).

Moderat selvskadende adfærd medfører ofte relativt overfladisk vævsbeskadigelse og er kendetegnet ved lav dødelighed. Moderat selvskadende adfærd kan desuden have en enten tvangsmæssig eller impulsiv karakter. Ved tvangsmæssig forstås gentagen og ofte ritualiseret selvskade, som foregår automatisk og ureflekteret – eksempler er fx trikotillomani, udtalt neglebidning, skin-picking eller kradsning. Ved impulsiv forstås, at trangen til at skade sig selv er uimodståelig, fordi det giver mulighed for en kortvarig lettelse af indre spænding. Impulsiv selvskadende adfærd beskrives desuden som den hyppigste forekommende type af selvskade, som desuden både er udbredt i almenbefolkningen og i kliniske populationer (Rubæk, 2009: 28; Simonsen & Møhl, 2017: 452).

Moderat selvskadende adfærd er omdrejningspunkt for denne målgruppebeskrivelse, idet fokus for kortlægningundersøgelsen er på kommunale indsatser til unge med risikoadfærd, lettere og moderate problemstillinger. På trods af at denne delmålgruppe formentlig fylder mere relativt til tidligere, er målgruppen hidtil relativt begrænset belyst.

### **Non-specifikt symptom**

<sup>4</sup> Stereotyp selvskadende adfærd er karakteriseret ved en gentagen, monoton og oftest "rytmisk" selvskade og forekommer fx hos børn eller unge med autisme og udviklingshæmning.

<sup>5</sup> Alvorlig selvskadende adfærd kan beskrives som den mest ekstreme og samtidig mest sjældne type. Selvskaden bevirker ofte permanent vansiring, amputation af kropsdele, fjernelse af øjne mm. og tager oftest afsæt i et religiøst eller seksuelt formål, og ses fx ved personer i psykotiske tilstande.

Ikke-suicidal selvskadende adfærd er ikke anerkendt som en selvstændig diagnose i Danmark, men klassificeres derimod som et non-specifikt symptom i relation til mange forskellige psykiske vanskeligheder. En grund til, at det er vanskeligt at gøre ikke-suicidal selvskade til en selvstændig diagnose, er, at der ses et meget komplekst og varieret symptombillede hos individer, der skader sig selv (Møhl, 2015).

I USA betragtes selvskadende adfærd som et komplekst fænomen, som muligvis kan side-stilles med andre psykiatriske diagnoser, hvorfor selvskadende adfærd siden 2013 har haft status som en forskningsdiagnose<sup>6</sup>.

### **Karakteristika - selvskadende adfærd som forskningsdiagnose**

The American Psychiatric Association<sup>7</sup>, som er organisationen bag det amerikanske diagnosesystem DSM, har foreslået en række kriterier for ikke-suicidal selvskadende adfærd, bestående af følgende karakteristika<sup>8</sup>:

- Individet har haft ikke-suicidal selvskadende adfærd i minimum fem dage inden for det seneste år
- Selvskade udøves ud fra en forventning om:
  - Lindring fra negative følelser
  - Opløsning af interpersonelle vanskeligheder
  - Fremkaldelse af positiv følelse
- Den intentionelle selvskade er motiveret med mindst ét af følgende punkter:
  - Interpersonelle vanskeligheder eller negative følelser/tanker (depression, angst, anspændthed, vrede m.m.), der forekommer umiddelbart før den selvskadende handling
  - En forudgående fase med optagethed af den intenderede adfærd, der er svær at kontrollere
  - Tanker om selvskade forekommer ofte, selvom de ikke bliver realiseret
- Adfærden eller dens konsekvenser forårsager klinisk signifikant ubehag eller forstyrrelser i interpersonelle eller andre vigtige funktionsområder
- Der er tale om en ikke socialt accepteret adfærd, og adfærden er ikke begrænset til at pille ved sårskorper, bide negle og lign.
- Adfærden forekommer ikke udelukkende under psykotiske episoder, stofpåvirkning og -abstinens m.m. og kan ikke forklares ved anden psykisk eller medicinsk tilstand (fx autismespektrumforstyrrelse, psykotisk lidelse, stofpåvirkning osv.).

I litteraturen beskrives selvskadende adfærd desuden som et fænomen, der snarere er drevet af indre smerte end af individets frie vilje (Rubæk, 2009: 16). Med udgangspunkt i et sådant perspektiv kan selvskadende adfærd forstås som den bedste mestringsstrategi, personen har til rådighed. Selvskadende adfærd bliver derfor individets bedst mulige måde at håndtere indre smerte på, og beskrives som den mindst smertefulde strategi, individet

---

<sup>6</sup>En forskningsdiagnose findes og stilles kun i forskningsøjemed, og den viden, der genereres, anvendes til at afsøge, hvorvidt forskningsdiagnosen bør klassificeres som en egentlig diagnose eller ej.

<sup>7</sup>The American Psychiatric Association er organisationen bag det amerikanske diagnosesystem DSM.

<sup>8</sup>Der tages udgangspunkt i Bo Møhls oversættelse af kriterierne. Møhl, Bo (2015): *Selvskade. Psykologi og behandling*, København: Hans Reitzel, s. 46-49.

har til rådighed på trods af den fysiske smerte, det medfører. Selvskadende adfærd kan derfor også anskues som en slags "selvmedicinering", dvs. en måde, hvorpå individet opnår en følelse af kontrol. Det paradoksale i netop den sammenhæng er dog, at adfærden kan ende med at tage magten fra den enkelte, eller true den enkeltes oplevelse af kontrol, fordi der opstår en afhængighed af adfærden (Møhl & Rubæk, 2017b; Rubæk, 2009).

### **Forekomst**

Mange unge skader sig selv, og der er efter alt at dømme tale om en stigende problematik i vestlige samfund (Nock, 2009; Martorana, 2015). Selvskadende adfærd og særligt svært selvskadende adfærd blandt teenagere og unge udgør et større problem end tidligere. Hvor selvskadende adfærd tidligere primært fremtrådte i forbindelse med svær psykisk sygdom, er det i dag et udbredt fænomen – også blandt personer uden psykiatriske lidelser (Ilsvard & Metodecentret, 2016; Martorana, 2015; Roux & Overcash, 2008). I litteraturen sondres der typisk mellem selvskadende adfærd i psykiatriske og ikke-psykiatriske populationer eller kliniske og ikke-kliniske settings. Det er således en selvstændig pointe, at selvskadende adfærd knytter sig til forskellige populationer, hvoraf litteraturen peger på, at den største stigning af adfærden formentligt ses i de ikke-kliniske populationer eller blandt unge i almenbefolkningen (Roux & Overcash, 2008). Der ses derfor en generel udbredelse af forekomsten af adfærden blandt almenbefolkningen, hvilket afspejles i adfærdens status som et "offentligt sundhedsanliggende" (Møhl & Psykiatrifonden, 2006). På trods af denne udvikling, har vi størst viden om selvskadende adfærd blandt unge, som samtidig har en psykiatrisk lidelse, hvilket er med til at understrege, at der i særdeleshed er behov for mere viden om selvskadende adfærd blandt unge uden psykiatriske lidelser (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Bureau et al., 2010).

I Danmark er forekomsten af selvskadende adfærd generelt sparsomt belyst og fokuserer ofte på afgrænsede populationer. Sådanne studier rapporterer forekomster på 22 % blandt elever i 9. klasse (Børnerådet, 2016) og 21,5 % blandt danske gymnasieelever (Møhl & Skandsen, 2012). Af en undersøgelse i almenbefolkningen rapporteres forekomster af at have skadet sig selv på et tidspunkt i sit liv på henholdsvis 32 % for 18 til 25-årige og på 30 % for 26 til 30-årige (ViOSS, 2015). I Region Midtjyllands sundhedsprofil "Hvordan har du det?" af almenbefolkningen blev der i 2017 for første gang spurgt ind til selvskadende adfærd blandt unge. Blandt unge mellem 16 og 24 år havde 19 % skadet sig selv mindst én gang i deres liv (uden at have til hensigt at tage deres eget liv), og heraf havde 9 % skadet sig selv inden for det sidste år. Som tallene indikerer, er der derfor tale om en omfattende problematik. Tallene viser dog populært sagt kun toppen af isbjergene, da mørketal skjuler den nøjagtige forekomst.

En gennemgående problematik ift. at opnå mere viden om fx selvskadende adfærd i almenbefolkningen og nøjagtige tal for forekomsten af selvskadende adfærd er, at det er vanskeligt at få indsigt i, da unge med selvskadende adfærd typisk holder adfærden skjult og sjældent søger hjælp til at stoppe adfærden (Curtis, 2016). Der er derfor tale om en problematik, som forventeligt er kendetegnet ved underrapportering i forhold til dens forekomst.

## 4.1 Målgruppen – hvad ved vi på nuværende tidspunkt?

Et gennemgående forbehold i litteraturen på området er, at der fortsat er behov for viden om selvskadende adfærd, sådan indledes eller afsluttes stort set alle de fremsøgte artikler (se fx Nock, 2009; LeCloux, 2013). Der ses dog også en række fællestræk eller karakteristika for målgruppen på tværs af litteraturen.

Det ses blandt andet, at selvskadende adfærd typisk indtræffer i de tidlige ungdomsår. Nogle studier har vist, at de fleste debuterer med selvskadende adfærd, når de er 13 eller 14 år (Gillies et al., 2018; Jarvi, Jackson, Swenson, & Crawford, 2013), mens andre studier rapporterer, at unge typisk debuterer med selvskadende adfærd, når de er mellem 12 og 17 år (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade). Selvskadende adfærd er desuden hyppigst forekommende i ungdomsårene (Breinholt Larsen & DEFACTUM, 2018). Litteraturen peger desuden på, at forekomsten af selvskadende adfærd ikke kan forklares med hverken etnicitet, socioøkonomisk status eller køn (Nock, 2009). Dog viser en undersøgelse, som sammenholder resultaterne af mere end 100 studier om forekomsten af selvskadende adfærd, at der er en tendens til, at lidt flere piger (knap 20 %) end drenge (knap 15 %) skader sig selv (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade). Hertil kommer, at kvinder og mænd typisk skader sig selv på forskellige måder. I litteraturen skelnes mellem såkaldte indadrettede og udadrettede selvskademetoder. Piger eller kvinder anvender typisk indadrettede metoder ved fx at skære i sig selv, mens drenge eller mænd i højere grad anvender de "udadrettede" og fx skader sig selv ved at slå hoved eller en hånd ind i en væg (Møhl & Rubæk, 2017b).

Litteraturen peger desuden også entydigt på, at personer med selvskadende adfærd holder adfærden hemmelig (så længe det er muligt for dem). Selvskadende adfærd betegnes derfor også som en "skjult lidelse". I og med at selvskadende adfærd opleves som en meningsfuld mestringsstrategi for den, der skader sig selv, så er skrækscenariet også at blive frataget selvsamme mestringsstrategi. Det er således kendetegnende for målgruppen, at der er forbundet en høj grad af ambivalens i forhold til at slippe adfærden. I "Hvordan har du det?"-undersøgelsen fra 2017, er det forsøgt at afdække, hvorvidt unge, der skader sig selv, ønsker hjælp til at stoppe adfærden. Knap 10 % angiver, at de ønsker hjælp, mens 20 % ikke ønsker hjælp (Breinholt Larsen & DEFACTUM, 2018). 20 % angav, at de allerede fik hjælp, og 50 % angav, at de var stoppet med at skade sig selv, og derfor ikke havde behov for hjælp (Breinholt Larsen & DEFACTUM, 2018). Undersøgelsen giver dog ikke svar på, hvordan det er lykket de 50 % at stoppe adfærden, og vi ved således hverken, om de er lykket på egen hånd eller ved hjælp fra fagpersoner i fx regionalt eller kommunalt regi.

### **Risikoadfærd**

Selvskadende adfærd betegnes som en skjult lidelse. Det kan derfor være enormt svært at opdage, at en ung skader sig selv. I og med at de unge sjældent selv søger hjælp til at slippe adfærden, ligesom sår og ar forsøges skjult og selve selvskade-akten oftest udføres i skjul, så er der ifølge litteraturen og førende eksperter på området kun få mere eller mindre "sikre" tegn, man kan være opmærksom på ift. at iagttage selvskadende adfærd.



Et tegn på selvskadende adfærd er påfaldende valg af påklædning, såsom ikke-årstidssvarende tøj. I litteraturen er et typisk eksempel på dette en person, som altid går med tildækkede arme og ben, selv når det er sommer og en lettere påklædning ville være mere oplagt. Selvskade kan dog sagtens påføres andre steder end på arme og ben, som fx på mave, bryster, lår og genitalier. Et andet tegn i den forbindelse er derfor, om personen systematisk undgår blottelse og fx ikke klæder om eller bader sammen med andre efter fx idræt eller ifm. fritidsaktiviteter (Rubæk, 2009). Ar og sår kan desuden forsøges skjult med forbindinger på armene, eller med svedbånd eller store smykker (Rubæk, 2009: 141).

Et andet tegn kan være, at den unge søger bestemte subkulturer (bl.a. online), hvor selvskadende adfærd fungerer som en identitetsmarkør, der kan være med til at forstærke den enkeltes gruppetilhørsforhold til subkulturen. Her nævnes fx goth og emo-subkulturen, som karikeret sagt dyrker tungsindighed og fascineres af død, cutting og selvmord (Rubæk, 2009: 20; Plener et al., 2018).

Herudover kan man være opmærksom på dysfunktioner i individets omgivende systemer og have et samtidigt fokus på hjemmet, skole og relationer til jævnaldrende. Dysfunktioner relateret til disse omgivende systemer kan fx komme til udtryk ved social isolation, nedadgående faglige præstationer i skolen, eller at personen har svært ved at etablere og bevare sociale relationer (Rubæk, 2009: 141).

Det er desuden værd at nævne, at det kan være endnu sværere at opdage drenge og unge mænd med selvskadende adfærd. Ifølge litteraturen på området skyldes det, at man traditionelt set har opfattet selvskadende adfærd som en problematik blandt unge kvinder. Stereotype kønnede forestillinger om, at den typiske ung med selvskadende adfærd er en kvinde, kan betyde, at man kan have svært ved at få øje på problematikken blandt drenge og unge mænd. I den forbindelse vanskeliggør drenge og unge mænds typiske selvskademetoder yderligere, at man kan få øje på problematikken. Det skyldes både, at drenge eller mænd bedre vil kunne (bort)forklare deres selvpåførte skader med evt. uheld, slåskamp eller lignende, og samtidig efterlader skaderne ikke samme typer af sår og ar, som når piger eller unge kvinder typisk skærer i sig selv (Møhl & Rubæk, 2017b).

I og med at selvskadende adfærd er et non-specifikt symptom i relation til mange forskellige lidelser, så optræder adfærden ofte samtidig med andre former for selvdestruktiv adfærd, som fx spiseforstyrrelser, forbrug af hash, andre illegale stoffer eller et overdrevet alkoholforbrug – hvilket man derfor ligeledes kan være opmærksom på. Herudover kan man også være opmærksom på, om personens generelle adfærd kan betegnes som risikofyldt, fx ved promiskuøs seksuel adfærd eller hasarderet kørsel i trafikken (Rubæk, 2009: 140).

## 4.2 Kerneproblematikker

### 4.2.1 Risikofaktorer

Litteraturen dokumenterer en række risikofaktorer, som vi gennemgår i det følgende. Til forskel fra de gennemgåede tegn på risikoadfærd, lader risikofaktorerne sig ikke i samme udstrækning iagttage direkte.

Litteraturen peger på, at selvskadende adfærd ofte er kendetegnet ved en sammenhæng mellem en eller flere af følgende risikofaktorer:

- Fysiske og seksuelle overgreb
- Dysfunktionelle familierelationer
- Invaliderende opvækstmiljø kendetegnende ved manglende anerkendelse fra omsorgspersoner
- Tilknytningsforstyrrelser
- Nedsat evne til mentalisering
- Mobning og generel mistrivsel
- Lavt selvværd og negativt selvbillede
- Social smitte

Ovenstående skal ikke ses som en udtømmende liste over risikofaktorer men nærmere som risikofaktorer, der er empirisk belæg for på nuværende tidspunkt.

Litteraturen viser, at traumatiserende oplevelser i barndommen som fysiske og psykiske overgreb, seksuelt misbrug, omsorgssvigt og et invaliderende opvækstmiljø, hvor barnets følelser bliver latterliggjort, fejlfortolket eller ignoreret, er risikofaktorer for at udvikle selvskadende adfærd (se fx Buckmaster, McNulty, & Guerin, 2018; Maniglio, 2011; Curtis, 2016; Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015; Bureau et al., 2010; Martin et al., 2016; Rubæk, 2009: 107f.).

Herudover nævnes tilknytningsforstyrrelser og nedsat evne til mentalisering som risikofaktorer (Jacobson, Hill, Pettit, & Grozeva, 2015; Christoffersen et al., 2015). Den hyppigst fundne funktion af selvskadende adfærd relaterer sig desuden til affektregulering (Horne & Csipke, 2009), ligesom studier viser, at personer med selvskadende adfærd har en såkaldt ringere affektreguleringskapacitet end personer, der ikke skader sig selv. Herudover viser studier, at langt de fleste personer med selvskadende adfærd beretter om "øjeblikkelig følelsesmæssig lettelse som resultat af en selvskadende handling" (Rubæk, 2009: 34f).

Mobning og generel mistrivsel ses også som væsentlige risikofaktorer (Børnerådet, 2016; Bonde & Rosenbaum, 2016). Et dansk studie, der baserer sig på interview med næsten 3000 personer født i 1984, viser desuden, at sandsynligheden for at udvikle selvskadende adfærd er omkring seks gange større blandt dem, der har oplevet mishandling eller mobning i barndommen (Christoffersen et al., 2015; Barse, 2015). Et andet studie finder, at mobning i barndommen og det tidlige ungdomsliv udgør en større risiko for at udvikle selvskadende adfærd end mishandling i barndommen (Brown & Plener, 2017).

Lavt selvværd og et negativt selvbillede fremhæves desuden også som risikofaktorer ifm. selvskadende adfærd (Jacobson & Luik, 2014; Bjärehed & Lundh, 2008; Gordon, Kwan, Minnich, & Carter, 2013). Studier har vist, at unge der skader sig selv, ofte begrundes adfærden med, at de skammer sig over sig selv og er skuffede over sig selv. Møhl argumenterer i den forbindelse for, at "*vi lever i en præstations- og konkurrencekultur, hvor perfekt er blevet det nye normale*" (Møhl i Aggerbeck, 2017). Relativt til tidligere stilles der enormt mange krav til de unge ift. kropsidealer, faglige og sociale præstationer. Hvis man ikke kan

leve op til alle disse krav, overvældes mange unge af skam, og nogle udvikler et behov for at skade sig selv. I relation hertil går mange af de såkaldte "nye" unge med selvskadende adfærd (dvs. de unge som ikke har psykiatrisk diagnose) i litteraturen under betegnelserne "de perfektionistiske piger" eller "12-talspigerne" netop for at understrege deres meget høje krav til sig selv (Møhl & Psykiatrifonden, 2006). Det tyder derfor på, at negativ selvfølelse øger risikoen for, at en ung udvikler og fastholder selvskadende adfærd (Forrester et al., 2017; St. Germain & Hooley, 2012). Et svensk studie finder desuden en sammenhæng mellem negativ kropsopfattelse - eller mere præcist utilfredshed med sin krop - og selvskadende adfærd (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

Social smitte beskrives også som en kendt risikofaktor. Dette gælder særligt i forhold til at udvikle selvskadende adfærd (Jarvi et al., 2013). Kendskab til andre, der skader sig selv eller har skadet sig selv, giver derfor en øget risiko for også selv at stifte bekendtskab med selvskadende adfærd (McMahon et al., 2010). Studier viser desuden, at unge og voksne med selvskadende adfærd oplever et større tilhørsforhold til andre, der skader sig selv, end til personer, der ikke skader sig selv (Jarvi et al., 2013). Det fremhæves desuden, at internettet og de sociale medier i høj grad giver de unge mulighed for at inspirere hinanden (Aggerbeck, 2017; Jarvi et al., 2013). Herudover er det desuden veldokumenteret, at unge i social- og behandlingspsykiatrien ofte smitter hinanden, fx når de viser hinanden, hvordan de har skadet sig selv (Ilsvard, 2017).

#### 4.2.2 Årsager

I størstedelen af den fremsøgte litteratur fremhæves det, at selvskadende adfærd er et fænomen, der fortsat er behov for mere viden om – dette fund er allerede fremhævet flere gange i det ovenstående. I litteraturen peges der desuden specifikt på, at der i særdeleshed er behov for viden, som kan bidrage til at få bedre greb om årsagerne til, hvorfor så mange unge skader sig selv (Nock, 2009).

Selvskadende adfærd er, som tidligere nævnt, ikke en selvstændig diagnose men et non-specifikt symptom, der optræder på tværs af mange forskellige psykiske lidelser. Men at unge skader sig selv, fordi selvskadende adfærd er et symptom på psykiske lidelser, bidrager ikke med meget forklaringskraft ift. årsagerne bag adfærden. Litteraturen peger generelt i retning af, selvskadende adfærd er et komplekst fænomen, ligesom årsagerne dertil er multifaktorielle forstået på den måde, at bestemte risikofaktorer og bestemte livsomstændigheder gør nogle unge mere tilbøjelige til at skade sig selv.

Som et forsøg på at samle den eksisterende viden og forklaringer om årsagerne til selvskadende adfærd, peger Nock (2009) på, at selvskadende adfærd udvikles og fastholdes pga. en række forskellige risikofaktorer. Risikoen for at udvikle selvskadende adfærd øges ved tilstedeværelsen af såkaldte bagvedliggende risikofaktorer (fx overgreb, mishandling mm.), som kan medvirke til problematikker ifm. affektregulering (fx ringe evner til at løse problemer, eller håndtering af bekymringer). Disse problematikker betyder, at den unge ofte kommer til at reagere uhensigtsmæssigt og har vanskeligt ved at håndtere stressende eller udfordrende situationer. Der findes mange andre måder at regulere sine følelser på end

gennem selvskadende adfærd, fx gennem alkohol, motion eller at tale med andre<sup>9</sup>. Netop derfor er det interessante spørgsmål, hvad der får nogle unge til at "vælge" netop selvskadende adfærd. I forsøget på at besvare dette spørgsmål, formulerer Nock (2009) en række selvskade-specifikke sårbarhedsfaktorer eller hypoteser<sup>10</sup> om selvsamme, der er fundet foreløbig empirisk belæg for. Pointen er, at disse selvskade-specifikke sårbarhedsfaktorer yderligere øger en persons risiko for at udvikle selvskadende adfærd.

Én hypotese handler om "social læring". Med denne hypotese understreges pointen, at adfærden tillæres i sociale kontekster, fordi vi bliver påvirket af det, og dem vi omgås med. Et studie finder i den forbindelse en markant stigning af antallet af referencer til selvskade i fx film, sange og i medier generelt siden starten af år 2000. Samtidig viser studier, at mange unge med selvskadende adfærd har lært adfærden at kende gennem andre eller fra medierne. Nock argumenterer derfor for, at dette forhold kan være med til at forklare, hvorfor der ses en så stor stigning i adfærden i den samme periode.

En anden hypotese handler om selvfstraffelse. Selvskadende adfærd kan ses som et misbrug eller overgreb rettet mod en selv, som den unge har tillært på baggrund af tidligere overgreb eller kritik fra andre. Nocks hypotese er, at dette kan være med til at forklare, hvorfor der ses en sammenhæng mellem fx overgreb og mobning og selvskadende adfærd. I den forbindelse har studier vist, at netop denne sammenhæng kan forklares med selvkritik igennem ungdomsårene. Hertil kommer, at mange unge beskriver, at grunden til, at de skader sig selv, netop er, fordi de har et ønske om at straffe sig selv (Jacobson & Luik, 2014).

En tredje hypotese handler om den unges evne – eller mangel på samme – til at kommunikere og udtrykke sig, som kan eskaleres og intensiveres gennem selvskadende adfærd. Hypotesen er derfor, at den unge bruger adfærden som et middel til at signalere sit budskab (fx om mistrivsel) til omgivelserne, eftersom det ikke er lykket gennem fx det talte sprog. Den selvskadende adfærd skal derfor ses som en udtryksform i mangel af bedre.

Nock (2009) beskriver desuden en hypotese om de rent pragmatiske forhold omkring selvskadende adfærd. Relativt til andre rusmidler som kunne bringes i anvendelse ifm. affektregulering, så koster selvskadende adfærd ikke noget og er desuden altid tilgængelig. Herudover præsenteres en hypotese om smerte eller manglen på at kunne mærke selvsamme. Denne hypotese baserer sig på en række studier, der viser, at unge, der skader sig selv, kun oplever lidt eller ingen fysisk smerte, når de skader sig selv. Nock beskriver desuden en hypotese om identifikation. Denne hypotese drejer sig mere præcist om, at nogle unge kommer til at identificere sig så meget med adfærden, at den er svær at slippe igen (Nock, 2009). Med andre ord kan de unge blive fanget i en ond spiral, hvor den selvskadende adfærd kan ende med at tage magten fra dem – og netop derfor bliver adfærden fastholdt hos den enkelte.

---

<sup>9</sup> De oplistede alternative måder at regulere følelser på er ikke nødvendigvis mere hensigtsmæssige end selvskadende adfærd.

<sup>10</sup> Med terminologien understreger Nock, at der er tale om forklaringer, som findes foreløbig empirisk opbakning til.

### 4.2.3 Følgevirksomheder

Konsekvenserne eller de mere langsigtede følgevirksomheder af selvskadende adfærd er kun sparsomt belyst i litteraturen. Nogle af de få longitudinalundersøgelser<sup>11</sup>, der findes, viser, at der er en forøget risiko for at udvikle psykisk sygdom og stofmisbrug (Mars et al., 2014). Hertil kommer, at risikoen for at droppe ud af uddannelse, opgive sit job, miste sit sociale netværk og ensomhed er forøget (Ilsvard, 2017; Møhl & Rubæk, 2017a). Selvskadende adfærd kan derfor medføre store sociale konsekvenser, fx i form af social isolation (Boxer, 2010; Mahadevan, Hawton, & Casey, 2010). I og med at selvskadende adfærd ikke registreres systematisk, findes der ingen eksakte opgørelser over de samfundsøkonomiske konsekvenser af adfærd.

Selvom selvskadende adfærd, som gennemgås i de ovenstående afsnit, synes at fungere som en mestringsstrategi, så peger en lang række undersøgelser på, at selvskadende adfærd er en stærk prædiktør for selvmordsforsøg og selvmord – flere studier konkluderer endda, at selvskadende adfærd er den mest "sikre" risikofaktor for selvmord. Risikoen for at dø ved selvmord er derfor mange gange større blandt personer med selvskadende adfærd relativt til personer, som ikke skader sig selv (Lindekilde & Lasgaard, 2016).

Det har desuden ikke alene konsekvenser for den enkelte unge, der skader sig selv. Det kan ligeledes have store konsekvenser for deres forældre. Det kan være enormt slidsomt at være forældre til et barn, der skader sig selv, og netop derfor kan konsekvenser for forældrene betyde, at de i perioder er uden for arbejdsmarkedet, som fx sygemeldte eller mere eller mindre frivilligt må opgive deres arbejde for at kunne tage sig af deres barn (Møhl & Rubæk, 2017a).

## 4.3 Indsatser og viden om virksomme indsatselementer

Den fremsøgte litteratur har primært haft til formål at opbygge en udvidet og mere detaljeret beskrivelse af, hvordan målgruppen skal forstås, og hvilken viden der findes om årsager til og konsekvenser af selvskadende adfærd. Det var endvidere forventningen, at litteratursøgningen også kunne kaste lys over i hvilket omfang, der findes beskrevne interventioner i Danmark og Norden til målgruppen, hvilket primært er gjort gennem den grå litteratur.

Sundhedsstyrelsen har i et nyligt gennemført litteraturstudie fundet, at det er vanskeligt at betegne én metode eller indsats som mere virksom end andre<sup>12</sup>. Dette forklarer de med, at det ikke nødvendigvis er anvendelsen af én specifik metode, der i sig selv er virksom, men

---

<sup>11</sup> I longitudinalundersøgelser foretages flere målinger på den samme stikprøve over en længere tidsperiode (Aarhus Universitets. Metodeguide: <http://metodeguiden.au.dk/alfabetisk-oversigt/generelle-metodiske-overvejelser-og-problemtillinger/undersogelsesdesign/>).

<sup>12</sup> Sundhedsstyrelsens litteraturgennemgang indgår følgende indsatser: Compassion Focused Therapy, Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), Emotion Regulation Group Therapy (ARGT), Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA), Emotion Regulation Therapy, Kognitiv Adfærdsterapi (KAT), Mentaliseringsbaseret terapi (MBT), Problem Solving Therapy, Remote Interventions, Therapeutic Evaluative Conditioning.

at det springende punkt i højere grad handler om rettidig indsats, ligesom sundhedsstyrelsen peger på vigtigheden af at den fagprofessionelle og behandlende part har specialiserede kompetencer til at kunne håndtere og behandle målgruppen (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Et andet litteraturstudie foretaget af Metodecentret peger på, at der er opnået lovende resultater med at reducere selvskadende adfærd (dog primært i relation til borderline eller andre personlighedsforstyrrelser) gennem dialektisk adfærdsterapi (DAT), kognitiv adfærdsterapi (KAT) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT). Hvad man endnu ikke ved, er hvilke af de terapeutiske delelementer, som er udslagsgivende for de gode resultater eller hvilke af delelementerne, som er mere eller mindre virksomme i forhold til hinanden (Ilsvard & Metodecentret, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018). Fælles for de nævnte terapeutiske behandlingstilgange er dog, at der som en del af behandlingen er et stort fokus på at opøve og forbedre bestemte færdigheder ved den unge med selvskadende adfærd (Ilsvard & Metodecentret, 2016).

Litteraturstudierne viser desuden, at der kan være potentiale i tillægsindsatser eller såkaldte add-ons. ERGT og ERITA er eksempler på sådanne indsatser. I Sverige er indsatserne blevet afprøvet som en del af Sveriges nationale selvskadeprojekt, og betegnes som lovende (Sundhedsstyrelsen, 2018). ERGT er en gruppeterapeutisk indsats med fokus på følelsesregulering, hvor der arbejdes med accept og forandring af den selvskadende adfærd. ERITA er en individuel internetbaseret udgave af ERGT. I litteraturen fremhæves det som fordele ved begge indsatser, at de er forholdsvis nemme at implementere (Ilsvard & Metodecentret, 2016).

Både Sundhedsstyrelsens og Metodecentrets litteraturstudier peger på en række centrale indsatsselementer, som kan betegnes som virksomme. Konkret at:

- De fagprofessionelle, der varetager behandlingen af selvskadende adfærd, har et indgående kendskab til adfærden, hvilket fx kan sikres gennem målrettede uddannelsesprogrammer og øget brug af supervision (Ilsvard & Metodecentret, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018)
- Familien og familierelationerne udgør et selvstændigt indsatsområde i behandlingsarbejdet. I og med at familien (og social støtte eller manglen på samme) både ses som en risiko- og beskyttelsesfaktor, kan det netværks- eller helhedsorienterede behandlingsindsatser være lovende (Ilsvard & Metodecentret, 2016)
- Færdighedstræning indgår som et centralt omdrejningspunkt i indsatsen. Derfor bør indsatsen så vidt mulig centrerer om at styrke mestringen af følelsesregulering for at sikre, at den unge trænes i og bliver i stand til at håndtere det, der udløser adfærden, ligesom færdighederne nemt skal kunne generaliseres til dagligdagen (Ilsvard & Metodecentret, 2016)
- Sikre et indsatsmæssigt udviklingsbaseret fokus, der understøtter tilegnelsen af nye kompetencer hos den unge selvskadende adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2018)
- Der tages hånd om den enkeltes individuelle mestring og mestringsbehov. Derfor bør sundhedsprofessionelle og andre behandlere i langt højere grad betragte patienterne på et mere individuelt plan og sikre fleksibilitet i indsatsen (Ilsvard & Metodecentret, 2016).

Afslutningsvist skal det nævnes, at der i litteraturen ikke er identificeret virksomme medicinske præparater til selvskadende adfærd.

## 4.4 Litteratur

- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Aggerbeck, A. (2017). Selvskade - sådan hjælper du bedst dit barn. Retrieved from <https://www.netdoktor.dk/sygdomme/psykiske-problemer/selvskade-saadan-hjaelper-du-bedst-dit-barn.htm>
- Barse, M. (2015). Mishandling i barndommen seksdobler risikoen for at skade sig selv. *Videnskab.dk*. Retrieved from <https://videnskab.dk/kultur-samfund/mishandling-i-barndommen-seksdobler-risikoen-skade-sig-selv>
- Bjärehed, J., & Lundh, L. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26-37. doi:10.1080/16506070701778951
- Bonde, B., & Rosenbaum, B. (2016). Mobning, psykisk lidelse og selvskade. *Psyke & Logos*, 37(2), 183-204.
- Børnerådet. (2016). Analysenotat fra børnerådet. nr. 4/2016, 3. årgang.
- Boxer, P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(4), 470-480. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk/2048/10.1080/15374416.2010.486302>
- Breinholt Larsen, F., & DEFACTUM. (2018). *Hvordan har du det? 2017 : Sundhedsprofil for region og kommuner*. Aarhus: DEFACTUM.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3) doi:10.1007/s11920-017-0767-9
- Buckmaster, R., McNulty, M., & Guerin, S. (2018). Family factors associated with self-harm in adults: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, doi:10.1111/1467-6427.12232
- Bureau, J., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M., & Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 484-494. doi:10.1007/s10964-009-9470-4
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-suicidal self-injury-does social support make a difference? an epidemiological investigation of a danish national sample. *Child Abuse and Neglect*, 44, 106-116. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.023
- Curtis, C. (2016). Young women's experiences of self-harm: Commonalities, distinctions and complexities. *Young*, 24(1), 17-35. doi:10.1177/1103308815613680
- Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S., & Taylor, P. J. (2017). Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 221, 172-183. doi:10.1016/j.jad.2017.06.027
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., . . . Christou, P. A. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733-741. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.018



- Gordon, K. H., Kwan, M. Y., Minnich, A. M., & Carter, D. L. (2013). Etiological models of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 55-71) doi:10.1007/978-3-642-40107-7\_4
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. doi:10.1037//0002-9432.72.1.128
- Horne, O., & Cspike, E. (2009). From feeling too little and too much, to feeling more and less? A nonparadoxical theory of the functions of self-harm. *Qualitative Health Research*, 19(5), 655-667. doi:10.1177/1049732309334249
- Ilsvard, S. (2017). *Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og socialpsykiatrien*. Aarhus N: Metodecentret. doi:[https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/Selvskade\\_interviewundersogelse\\_FINAL.pdf](https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/Selvskade_interviewundersogelse_FINAL.pdf)
- Ilsvard, S., & Metodecentret. (2016). Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd. Aarhus N: Metodecentret. doi: [https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/Selvskadende\\_adfaerd\\_litteraturgennemgang\\_FINAL300816.pdf](https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/Selvskadende_adfaerd_litteraturgennemgang_FINAL300816.pdf)
- Jacobson, C. M., & Luik, C. C. (2014). Epidemiology and sociocultural aspects of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 19-34) doi:10.1007/978-3-642-40107-7\_2
- Jacobson, C. M., Hill, R. M., Pettit, J. W., & Grozeva, D. (2015). The association of interpersonal and intrapersonal emotional experiences with non-suicidal self-injury in young adults. *Archives of Suicide Research*, 19(4), 401-413. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1080/13811118.2015.1004492>
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1-19. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1080/13811118.2013.748404>
- LeCloux, M. (2013). Understanding the meanings behind adolescent non-suicidal self-injury: Are we missing the boat? *Clinical Social Work Journal*, 41(4), 324-332. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1007/s10615-012-0417-y>
- Lindekilde, N., & Lasgaard, M. (2016). Fra selvskade til selvmord. *Psyke & Logos*, 37(2), 47-59.
- Mahadevan, S., Hawton, K., & Casey, D. (2010). Deliberate self-harm in oxford university students, 1993–2005: A descriptive and case–control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 45(2), 211-219. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1007/s00127-009-0057-x>
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 30-41. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x>
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., . . . Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: Population based birth cohort study. *BMJ : British Medical Journal*, 349(oct2015), g5954-g5954. doi:10.1136/bmj.g5954
- Martin, J., Bureau, J., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170-180. doi:10.1016/j.adolescence.2016.03.015

- Martorana, G. (2015). Characteristics and associated factors of non-suicidal self-injury among Italian young people: A survey through a thematic website. *Journal of Behavioral Addictions, 4*(2), 93-100. doi:10.1556/2006.4.2015.001
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Corcoran, P., Keeley, H. S., Perry, I. J., & Arensman, E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine, 40*(11), 1811-1819. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1017/S0033291709992145>
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health, 6*(2), 147-155. doi:10.1002/pmh.191
- Møhl, B., & Psykiatrifonden. (2006). *At skære smerten bort: En bog om cutting og anden selvskadende adfærd* (1. udgave ed.). Kbh.: PsykiatriFonden.
- Møhl, B., & Rubæk, L. (2017a). Psykologer: Sundhedsstyrelsen undervurderer omfang af selvskade. *Kristeligt Dagblad*, pp. 11.
- Møhl, B., & Rubæk, L. (2017b). Selvskade - smertens paradoks. *Psyke & Logos, 37*(2), 5-14.
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence, 35*(1), 1-9. doi:10.1016/j.adolescence.2011.06.010
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Non-suicidal self-injury in adolescents. [Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter] *Deutsches Arzteblatt International, 115*(3), 23-30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023
- Roux, S. L., & Overcash, J. (2008). Scratching the surface: Addressing self-harm in adolescents. *Nurse Practitioner, 33*(6), 30-36.
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi* (1. udgave ed.). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Simonsen, E., f.1949, & Møhl, B. (Eds.). (2017). *Grundbog i psykiatri* (2. udgave ed.). Kbh.: Hans Reitzel.
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research, 197*(1-2), 78-84. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.050
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd*. doi:[https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/~/\\_media/142DEEC826D54AB7884227B0B059D12F.ashx](https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/~/_media/142DEEC826D54AB7884227B0B059D12F.ashx)
- ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. Forekomst. Retrieved from <https://www.viooss.dk/viden/forekomst/>
- ViOSS (2015). Selvskade i den danske befolkning. Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade.

## 5 Målgruppebeskrivelse: Spiseforstyrrelse

### 5.1 Karakteristika ved spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelse er en fællesbetegnelse for en række psykiske lidelser, som er karakteriseret ved et forstyrret forhold til mad, vægt og krop, der blandt andet er præget af angst, vrede, skyld og en stor frygt for fedme. Disse lidelser har yderligere det til fælles, at de alle begrænser den unges livsudfoldelse og forringer den unges livskvalitet (Due m.fl., 2014; Hecht & Schousboe, 2012; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2013). Herunder er listet de karakteristika og internationale klassifikationer/diagnosesystemer, som litteraturen peger på indenfor de tre hoveddiagnoser: Anoreksi Nervosa (herefter: anoreksi), Bulimi Nervosa (Herefter: bulimi) og tvangsoverspisning (Binge Eating Disorder (Herefter: BED)) (Vammen & Christoffersen, 2013b).

#### 5.1.1 Karakteristika – Anoreksi

Anoreksi betyder egentligt tab af appetit, men det er en misvisende betegnelse, eftersom det anorektiske vægttab ikke skyldes manglende appetit, men derimod en indre motivation for at spise meget restriktivt begrundet af en frygt for at miste kontrollen over spisningen og stige i vægt (Hecht & Schousboe, 2012).

Ifølge litteraturen kendetegnes unge med anoreksi ved undervægt opnået ved vægttab eller mangelfuld vægtøgning og højdevækst. Lidelsen indeholder en række centrale psykologiske symptomer, som omfatter forvrænget kropsopfattelse, hvor kroppen opleves som stor på trods af undervægt (Hecht & Schousboe, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2017). Et centralt problem ved anoreksi er den unges angst for at stige i vægt, og de heraf medførte ændrede vaner i forhold til indtagelse af mad, hvor fedende (reelt eller indbildt) fødeemner undgås, og der kan være en fobisk adfærd i forhold til indtagelse af kulhydrater. Generelt er anoreksi således karakteriseret ved en voldsom optagethed af mad. Hertil kommer en manglende erkendelse af at være syg og have behov for behandling (SFI, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2017).

I forbindelse med anoreksi ses restriktive spisevaner, slankekur og/eller faste, overdreven fysisk aktivitet (som konsekvens heraf ses ofte ledskader) eller motorisk uro samt hyppig vejning. Endvidere kan opkastning eller anden form for udrensende adfærd forekomme (Hecht & Schousboe, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2017). I litteraturen skelnes overordnet mellem to typer af anoreksi, hhv. restriktiv og 'purging' anoreksi. Restriktiv anoreksi er den mest kendte type. Her opnår en person vægttab ved stærkt begrænset indtag af madvarer. Den mindre kendte type 'purging' er kendetegnet ved, at en person begrænser sit madvareindtag men også oplever episoder med overspisning, som opvejes ved udrensninger enten i form af eksempelvis selvinducerede opkastninger eller overmotionering (Herpertz-dahlmann m.fl., 2012).

I Danmark bruges WHO's ICD-10 klassificering<sup>13</sup> til diagnosticering og klassificering af anoreksi, hvor følgende kriterier gælder:

- Legemsvægt holdes mindst 15 % under det forventede (enten væggtab eller at vægten aldrig er nået op på det forventede, eller at BMI er under 17,5 (hos voksne – for børn gælder der særlige aldersafhængige standarder))
- Vægttab er selvfrembragt ved at undgå fedende mad, fremkaldelse af opkastninger, misbrug af afføringsmidler, fysisk aktivitet, brug af appetitnedsættende eller vanddrivende midler
- Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme. Selvdefineret lav grænse for accepteret vægt
- Forstyrrelser hos piger i form af udebleven menstruation og for drenge i form af manglende potens og interesse i seksuelle emner
- Såfremt tilstanden optræder før puberteten, kan denne forsinkes eller gå i stå (pigerne udvikler ikke bryster og får ikke menstruation, drengenes kønsdele forbliver uudviklede).

I et referenceprogram for spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2005) er der udarbejdet kriterier for behandlingsindsatsen for anoreksi. I kriterierne er der en gradsopdeling i forhold til at målrette indsatsen i forskellige sværhedsgrader af lidelsen. Her anvendes graderne 1 til 5, hvor grad 1 betegnes som let anoreksi, mens grad 5 dækker over svær anoreksi, som er livstruende. Skemaerne er vejledende, og behandlingsindsatsen spænder fra ambulantly behandling for unge med lette grader af anoreksi og til indlæggelse for personer med sværere grader af anoreksi, hvor en tvangsindlæggelse kan være nødvendig ved livstruende anoreksi<sup>14</sup>. Samme gradsinddeling benyttes i National Klinisk Retningslinje for anoreksi i 2016.

### 5.1.2 Karakteristika – Bulimi

Bulimi er kendetegnet ved overspisningsanfald efterfulgt af systematiske udrensninger mindst to gange om ugen over en periode på minimum tre måneder (Vammen & Christoffersen, 2013). I mange tilfælde forsøger den unge at tabe sig ved faste eller begrænsede kalorieindtag, men denne metode udløser en sultfølelse hos den unge, som fører til kontroltab og kaotiske overspisningsanfald (Hecht & Schousboe, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2005). Disse anfald kan beskrives som episoder, hvor der indtages meget større mængder mad end det, der svarer til et normalt måltid. Anfaldene opleves som en uimodståelig trang til at spise og den unge har en oplevelse af, at det ikke er muligt at stoppe (Hecht & Schousboe, 2012). Unge med bulimi har ligesom unge med anoreksi en forstyrret kropsopfattelse og en stor frygt for at blive overvægtige. Derfor indleder den unge med bulimi de systematiske udrensninger for at komme af med de store mængder mad og kalorier, så disse ikke resulterer i overvægt. Udrensningerne er oftest i form af opkast, men andre

---

<sup>13</sup> ICD-10 er en klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede tilstande udformet af WHO. ICD er en forkortelse for International Classification of Diseases and Related Health Problems. Diagnoserne i ICD-systemet stilles ud fra særlige diagnostiske kriterier, hvor der indgår symptomer samt objektive fund ved undersøgelser af patienten og patientens sygehistorie: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

<sup>14</sup>Den fulde oversigt kan tilgås her: <https://www.sst.dk/~media/A297287DE0F548A88DC8F8C44441A8A9.ashx> (side 42).

kompenserer også med enten overdreven motion eller misbrug af afførings-, slanke- eller vandrivende midler. Unge med bulimi kan være normalvægtige, hvorfor det ofte er svært at finde og diagnosticere unge som har denne lidelse (Goldschmidt m.fl., 2014; Hecht & Schousboe, 2012; Herpertz-dahlmann m.fl., 2012).

I Danmark anvendes ICD-10 klassificering til diagnosticering af bulimi, hvor følgende kriterier angives:

- Der forekommer vedvarende optagethed af spisning og en uimodståelig trang til mad. Patienten bukker under for episoder med overspisning, hvor store mængder mad konsumeres inden for en kort tidsperiode
- Patienten forsøger at modvirke madens fedende effekt ved en eller flere af følgende metoder: Selvinduceret opkastning, misbrug af afføringsmidler, fasteperioder, anvendelse af appetithæmmende midler, stofskiftehormon eller vanddrivende medicin
- Psykopatologien består i en morbid frygt for fedme, og patienten pålægger sig selv en skarpt defineret væggtærskel langt under den præmorbid vægt. Der ses ofte en historie med en tidligere episode med anoreksi, hvor intervallet mellem de to forstyrrelser kan variere fra måneder til år. Denne tidligere episode kan have været klart tilstede eller kan have antaget en mere skjult form med moderat væggtab og/eller en forbigående fase med manglende menstruation.

Ifølge kriterierne for bulimi i ICD-10 skal der være tale om overspisningsanfald mere end 2 gange ugentligt i en tre måneders periode (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade).

I det amerikanske diagnosesystem DSM-5 er der tilsvarende kriterier som i ICD-10, hvor der også ses en inddeling i sværhedsgrader. Sværhedsgraderne i DSM-5 baseres på frekvensen af uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (se nedenstående):

- Mild: Et gennemsnit på en til tre episoder af kompensatorisk adfærd pr. uge
- Moderat: Et gennemsnit på fire til syv episoder af kompensatorisk adfærd pr. uge
- Alvorlig: Et gennemsnit på otte til 13 episoder af kompensatorisk adfærd pr. uge
- Ekstrem: Et gennemsnit på 14 eller flere episoder af kompensatorisk adfærd pr. uge (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade)

### **5.1.3 Karakteristika – Tvangsoverspisning (Binge Eating Disorder BED)**

Tvangsoverspisning (BED) er den hyppigste forekommende spiseforstyrrelse, men samtidig også den mest underdiagnosticerede. Lidelsen BED minder om de bulimiske overspisningsanfald, hvor der forekommer indtagelse af store mængder mad på meget kort tid, kontroltab, en følelse af ikke at kunne stoppe igen og betydelig fysisk og psykisk ubehag. Modsat bulimi, bliver disse overspisningsanfald ikke efterfulgt af kompenserende adfærd i form af systematiske udrensninger. Derfor ser man i højere grad overvægt hos unge med BED relativt til unge med andre typer af spiseforstyrrelser (Hecht & Schousboe, 2012; Hilbert,

2019; Lauest, Meyer, Lau & Waaddegaard, 2016; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

Diagnosen BED findes ikke i det nuværende diagnosesystem ICD-10, men BED er med som en selvstændig diagnose i revisionen af ICD-manualen; ICD-11. Den nye ICD-11 klassifikation<sup>15</sup> forventes godkendt i maj 2019 af World Health Assembly med henblik på udgivelse så hurtigt som muligt derefter. Følgelig heraf er der endnu ikke en klar dansk definition af BED. Men det amerikanske diagnosesystem DSM-5 indskrev diagnosen BED i 2013 med følgende kriterier (gengivet fra ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade):

- Gentagne episoder med overspisning. En overspisningsepisode karakteriseres ved begge af de følgende:
  - Spisning af en mængde mad indenfor en tidsafgrænset periode (fx inden for to timer), der er større, end hvad de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode og under tilsvarende omstændigheder
  - En følelse af kontroltab over spisningen under episoden (fx en følelse af ikke at kunne stoppe med at spise eller kontrollere hvad og hvor meget man spiser)
- Overspisningsepisoderne er forbundet med tre (eller flere) af følgende:
  - At spise meget hurtigere end normalt
  - At spise indtil man føler ubehagelig mæthed
  - At spise store mængder mad uden at føle fysisk sult
  - At spise alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser
  - At føle væmmelse ved sig selv, depressiv sindsstemning eller meget skyld efterfølgende
- Overspisningerne er forbundet med betydeligt ubehag
- Overspisningerne forekommer gennemsnitligt en gang ugentligt i en periode på tre måneder
- Overspisningerne er ikke forbundet med gentagende uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd som ved Bulimia Nervosa og forekommer ikke kun som en del af Anorexia Nervosa og Bulimia Nervosa.

DSM-5 har defineret sværhedsgraden af sygdommen baseret på frekvensen af overspisningsepisoder fra sværhedsgraden mild til ekstrem:

- Mild: En til tre overspisningsepisoder pr. uge
- Moderat: Fire til syv overspisningsepisoder pr. uge
- Alvorlig: otte til 13 overspisningsepisoder pr. uge
- Ekstrem: 14 eller flere overspisningsepisoder pr. uge.

Sværhedsgraden kan ifølge DSM-5 forøges for at afspejle andre symptomer og graden af funktionsnedsættelse (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade).

### **Forekomst**

---

<sup>15</sup> ICD-11 forventes at træde i kraft i løbet af de næste år.

Der findes ikke en samlet opdateret opgørelse over antallet af unge i alderen 13 til 29, der lider af en af de tre spiseforstyrrelser eller tal for, hvor mange i målgruppen der diagnosticeres med en spiseforstyrrelse hvert år. Men ifølge tal fra Sundhedsstyrelsen (2017) er spiseforstyrrelser en af de oftest forekommende psykiske sygdomstilstande blandt unge, og to ud af 1000 børn og unge har således en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsdatastyrelsen, 2017). De nyeste tal fra Sundhedsdatastyrelsen over forekomsten af spiseforstyrrelser hos 0-18 årige viser, at antallet er steget over en tiårig periode. I 2006 var 1.118 børn og unge i Danmark diagnosticeret med en spiseforstyrrelse, mens det tilsvarende tal for 2016 var 2.551 diagnosticerede børn og unge (prævalens). Alene i 2016 var der 609 nye tilfælde af børn og unge, der fik diagnosen spiseforstyrrelse, hvor der til sammenligning var 397 nye tilfælde af børn og unge i 2006, der blev diagnosticeret med en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen, 2017). Selvom målgruppen for Sundhedsdatastyrelsens tal (0-18 årige) adskiller sig fra denne målgruppebeskrivelse (13-29 årige) indikerer det, at antallet er stigende. Det er usikkert, om stigningen afspejler, at flere får en forstyrrelse, at flere er alvorligere ramt, og/eller at flere bliver behandlet i sundhedssektoren end tidligere (Due m.fl., 2014). I det følgende gennemgås tendenserne i forekomsten af de tre typer af spiseforstyrrelser.

For unge kvinder skønnes det, at mellem 0,4 % og 1 % udvikler anoreksi (Due m.fl., 2014; Sundhedsstyrelsen). Anoreksi udvikler sig typisk i puberteten og diagnosticeres derfor typisk hos de 12-19 årige. Anoreksi er dermed den af de tre spiseforstyrrelser, som debuterer tidligst (Due m.fl., 2014). Lidt flere unge kvinder udvikler bulimi, cirka 2-4 % (Due m.fl., 2014; Sundhedsstyrelsen). Bulimi indtræder typisk i 15-20 års alderen, men kan også ses allerede fra 12-års alderen. Sygdommen har ofte været i 8-10 år, før den unge kommer i behandling. Da den unge oftest er normalvægtig, opdages sygdommen sent af omgivelserne og oftest alene på grund af følgevirkningerne (Due m.fl., 2014).

For drenge og unge mænd er forekomsten af anoreksi og bulimi væsentligt lavere end hos piger og kvinder, formentlig i forholdet 1:10 (Due m.fl., 2014). Aldersfordelingen viser, at mændene tilsyneladende er yngre end kvinderne, når de bliver diagnosticeret (Zøllner & Christiansen, 2006). Således er mindst halvdelen af drengene diagnosticeret, inden de er 17 år, hvorimod den tilsvarende alder for pigerne er 19 år (Zøllner & Christiansen, 2006).

Det anslås, at mellem 40.000-50.000 danskere i alderen 15-45 år lider af BED, hvoraf cirka 1/3 er mænd (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016; Hecht & Schousboe, 2012). Der er altså en mere lige kønsfordeling i forekomsten af BED. Debutalderen er typisk først omkring 20-40 års alderen, men begyndende overspisningsepisoder og kontroltab kan ses allerede i tidlig barndom. Personer med BED er ofte længere om at henvende sig for at få behandling end personer med andre spiseforstyrrelser og har derfor typisk en længere periode med spiseforstyrrelsessymptomerne (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

Det er værd at være opmærksom på, at der formentlig er store mørketal forbundet med en opgørelse i forekomsten af spiseforstyrrelser. Det fremgår af forløbsprogrammet for børn med spiseforstyrrelse, at befolkningsundersøgelser tyder på, at forekomsten af spiseforstyr

relser er langt højere, end hvad man kan se i registre baseret på de diagnosticerede tilfælde (Sundhedsstyrelsen, 2017). En spiseforstyrrelse kan være svær at identificere, da de adfærdsmønstre, der kendetegner en spiseforstyrrelse, er mindre påfaldende. Unge med spiseforstyrrelser er ofte modvillige mod at søge behandling, hvorfor der ofte går lang tid, før sygdommene bliver identificeret og diagnosticeret - hvis den unge overhovedet opsøger behandling. Eksempelvis bliver anoreksi ofte først opdaget, når den unge viser tydelige tegn på undervægt. Unge med henholdsvis bulimi og BED har ikke umiddelbart synlige tegn på forstyrrelsen og oftest er det først, når den syge selv opsøger hjælp, at sygdommen diagnosticeres. Sygdommen kan derfor stå på i årevis.

### **Risikoadfærd**

I Region Midtjyllands sundhedsprofil "Hvordan har du det?" fra 2017 fremgår, at 23 % af de unge kvinder i alderen 16 til 24 år angiver at have en risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, hvilket svarer til cirka 16.000 unge kvinder i Region Midtjylland. Tilsvarende rapporteres i en undersøgelse foretaget af Børnerådet i 2016, at 23 % af pigerne og 9 % af drengene i 9. klasse havde et forhold til mad, som giver dem en øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse (Alim & Nielsen, 2016).

Risikoadfærd er i de to undersøgelser identificeret gennem screeningsinstrumentet "Risk Behaviour for Eating Disorders-8 items" (RiBED-8), som benyttes til at identificere risikoadfærd for udviklingen af alle tre spiseforstyrrelser. Dette screeningsinstrument indeholder følgende otte spørgsmål og svarkategorierne; meget ofte, ofte, sjældent, aldrig. Svarer en person såkaldt kritisk på tre af disse spørgsmål, er personen i risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse (Waaddegaard, Davidsen & Kjølner, 2009).

Spørgsmål: Risk Behaviour for Eating Disorder:

- Jeg får dårlig samvittighed, når jeg spiser slik
- Jeg er på slankekur
- Jeg er tilfreds med mine spisevaner
- Jeg kaster op for at komme af med det, jeg har spist
- Det er ubehageligt for mig at spise sammen med andre
- Jeg er bange for, at jeg ikke kan holde op med at spise, når jeg først er begyndt
- Jeg føler, det er nødvendigt at følge en streng diæt eller overholde andre madritualer for at kontrollere, hvad jeg spiser
- Jeg føler, at mit ønske om at tabe mig har taget overhånd.

I "Hvordan har du det?" (2017) identificeres en sammenhæng mellem risikoadfærd for udvikling af en spiseforstyrrelse og uddannelse samt beskæftigelse. Det fremgår, at der er en større andel af unge kvinder, der udviser risikoadfærd for en spiseforstyrrelse i den gruppe, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse øges også markant i forhold til vægtklasse – jo højere vægt, jo større sandsynlighed for risikoadfærd (Larsen m.fl., 2018). Det er imidlertid ikke muligt på denne baggrund at vurdere, om den manglende tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked fremmer risikoadfærden eller er en konsekvens af denne adfærd.



## 5.2 Kerneproblematikker

Der er stor usikkerhed omkring, hvad der forårsager en spiseforstyrrelse. Dog er der i litteraturen gennemgående enighed om, at forekomsten af en spiseforstyrrelse ikke kan tilskrives en enkelt faktor. Spiseforstyrrelsen opstår i stedet på baggrund af en kombination af flere forskellige og interagerende risikofaktorer (Kim, Lim & Treasure, 2011).

I litteraturen anvendes typisk multifaktorielle modeller til at belyse det komplekse og sammensatte billede af de risikofaktorer, udløsende faktorer og vedligeholdende faktorer, der ses ved en spiseforstyrrelse (se fx Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013). Ifølge sådanne multifaktorielle modeller skal der være én eller flere risikofaktorer til stede, før en spiseforstyrrelse udvikles. Dette gør sig gældende for risikofaktorer ift. socio-kulturelle forhold, arv- og miljømæssige forhold, psykologiske forhold og familiære forhold. Hertil ses der konkrete udløsende faktorer for udviklingen af en spiseforstyrrelse og forskellige fysiske og psykologiske faktorer, der vedligeholder spiseforstyrrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013).

I de følgende afsnit anvendes den multifaktorielle tankegang til at strukturere redegørelsen af de sammenhænge, der er fundet empirisk belæg for i den fremsøgte litteratur. Hvis ikke andet er angivet, er de beskrevne risikofaktorer overlappende mellem anoreksi, bulimi og BED. For flere af de gennemgående studier gælder desuden, at der påvises en række sammenhænge, men studierne bidrager ikke nødvendigvis med eksplicite forklaringer på, hvorfor de givne sammenhænge optræder.

### 5.2.1 Risikofaktorer

I det følgende gennemgås risikofaktorerne opdelt i hhv. sociokulturelle forhold, arv- og miljømæssige forhold, psykologiske forhold og familiære forhold.

#### *Sociokulturelle forhold*

Sociokulturelle forhold, såsom nutidens kulturelle krops- og skønhedsideal, er i litteraturen beskrevet som en risikofaktor for både anoreksi, bulimi og BED (Bachner-Melman m.fl., 2009; Dryer, Tyson & Kiernan, 2013; Herpertz-dahlmann m.fl., 2012; Hilbert, 2019; Treasure m.fl., 2015).

I afsnittet 'Forekomst' blev det præsenteret, at forekomsten på tværs af de tre spiseforstyrrelser er størst blandt unge kvinder. Ungdomsårene beskrives i litteraturen som en tid, hvor piger internaliserer sociale budskaber om sammenhæng mellem femininitet, slankhed og det at være attraktiv. Ungdomsårene er sandsynligvis også en periode med øget følsomhed over for udseenderelaterede kommentarer (Bachner-Melman m.fl., 2009). Nutidens kultur kan derfor betegnes som en risikokultur i forhold til udviklingen af spiseforstyrrelser. Dette kommer bl.a. til udtryk gennem et fremherskende fokus på krop og udseende i medier og på de sociale medier. Dette kan være medvirkende til at nedbryde den enkeltes selvbillede samt forstærke en allerede eksisterende usikkerhed hos usikre og identitetssøgende unge. En spiseforstyrrelse som anoreksi og/eller bulimi kan i denne forbindelse fremstå som en

sikker og hurtig vej til kulturelt defineret succes via en slank krop (Hecht & Schousboe, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2005).

### **Arv- og miljømæssige forhold**

Flere studier har påvist, at spiseforstyrrelser hyppigt optræder i de samme familier og det konkluderes derfor, at arv- og miljømæssige forhold spiller en rolle i udviklingen af en spiseforstyrrelse (Davis, 2015; Attia, 2010; Herpertz-dahlmann m.fl., 2012). Det ses således, at børn af patienter med anoreksi har en risiko, der er omkring ti gange så stor, for at udvikle anoreksi sammenlignet med børn af raske forældre (Herpertz-dahlmann m.fl., 2012). Tvillingestudier har desuden forsøgt at estimere arveligheden af de tre typer af spiseforstyrrelser, men der er store usikkerheder forbundet hermed<sup>16</sup>. Det er desuden vanskeligt at skelne mellem genetiske og miljømæssige risikofaktorer i den forbindelse (Herpertz-dahlmann m.fl., 2012).

I litteraturen har man fundet tegn på, at særlige genetiske komponenter kan have indflydelse på udviklingen af en spiseforstyrrelse, men resultaterne er på nuværende tidspunkt ikke entydige (Herpertz-dahlmann m.fl., 2012). I rapporten "Spiseforstyrrelse og selvmordsrisiko" finder forfatterne, at risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse er væsentligt højere for piger, der er født for tidligt eller har en lav fødselsvægt sammenlignet med piger, der fødes til tiden og har en fødselsvægt inden for normalområdet (Zøllner & Christiansen, 2006). Endelig peger rapporten "15-åriges hverdagsliv" på, at risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse øges for dem, der går tidligt i puberteten (SFI, 2012).

### **Psykologiske forhold**

Ifølge den fremsøgte litteratur er der blandt spiseforstyrrede også en høj forekomst af andre psykiske lidelser og misbrug (Sundhedsstyrelsen, 2005). Af disse lidelser er der især hyppig forekomst af angstlidelser<sup>17</sup>, depression, personlighedsforstyrrelser, misbrug og selvskade. Det angives, at 50-75 % med anoreksi eller bulimi vil opleve at få en behandlingskrævende depression, mens dette tal er 35-50 % for mennesker med BED (Treasure & Cardi, 2017). En erfaringsopsamling foretaget i Region Hovedstaden psykiatri i 2016 viste, at cirka 1/5 af BED patienter lider af angst (Lauest m.fl., 2016). Et udenlandsk studie fremhæver socialfobi/socialangst på grund af kropsstørrelse, som fremherskende hos patienter med BED (Sawaoka m.fl., 2012), mens tvangstanker og/eller tvangshandlinger (OCD<sup>18</sup>) ses overrepræsenteret ved anoreksi og bulimi (Treasure & Cardi, 2017). Udover de nævnte komorbide psykiske lidelser nævnes, at der er sammenfald med diagnoserne ADHD og autisme (Vammen & Christoffersen, 2013). I litteraturgennemgangen er der dog ikke fundet studier, der fastlægger kausaliteten af ovennævnte sammenhænge. På baggrund af den

---

<sup>16</sup> I tvillingestudier er arveligheden for anoreksi estimeret til mellem 48 % og 74 % afhængig af definitionen, mens den for bulimi er mellem 28 % og 83 % (Herpertz-dahlmann, Holtkamp & Konrad, 2012). Et skandinavisk tvillingestudie har estimeret arveligheden af BED til at være omkring 40 % (Davis, 2015).

<sup>17</sup> Angstlidelser: Fobier, generaliseret angst, panikangst og OCD

<sup>18</sup> OCD - Obsessive Compulsive Disorder er en psykiatrisk lidelse med tilbagevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger.

frem søgte litteratur er det derfor uvist, om flere af disse psykiske lidelser er en risikofaktor for spiseforstyrrelser eller en følgevirkning heraf.

I litteraturen beskrives desuden en overrepræsentation af misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer for unge med bulimi og BED (dette forhold er dog generelt sparsomt belyst i litteraturen relativt til komorbiditet). Et studie peger således i retning af, at der ved spiseforstyrrelse af bulimisk type kan være overforbrug af euforiserende stoffer (Vammen & Christoffersen, 2013), og en dansk erfaringsopsamling for BED-spiseforstyrrelse viste, at 12 % af de adspurgte har eller har haft et alkohol- eller stofmisbrug (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

Adskillige studier har fundet en sammenhæng mellem forekomsten af spiseforstyrrelser og selvskade (Andover, Holman, & Shashoua, 2013; Bjärehed & Lundh, 2008; Claes & Muehlenkamp, 2013; Claes, Norré, Van Assche & Bijttebier, 2014; Gordon m.fl., 2013; Islam m.fl., 2015; Jacobson & Luik, 2013; Mahadevan, Hawton & Casey, 2010; Pérez m.fl., 2018). Litteraturen peger på, at der er mange lighedspunkter mellem de følelser, som spiseforstyrrede og selvskadende unge oplever, fx skyld, vrede og lavt selvværd (Claes & Muehlenkamp, 2013). På tværs af undersøgelserne findes imidlertid ikke et entydigt svar på, hvorvidt selvskadende adfærd optræder i relation til bestemte typer af spiseforstyrrelser, idet litteraturen peger i forskellige retninger (Jacobson & Luik, 2013).

Foruden psykiske lidelser fremhæves, at specifikke psykologiske karakteristika udgør en risikofaktor for at udvikle en spiseforstyrrelse. Perfektionistiske træk er eksempelvis stærkt forbundet med anoreksi og til en vis grad også forbundet med henholdsvis bulimi og BED (Attia, 2010; Dunkley, Masheb & Grilo, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2005). Ligeledes er lavt selvværd, negativt selvbillede samt få nære venner alle kendte risikofaktorer for udvikling af både anoreksi, bulimi og BED (Attia, 2010; Dryer m.fl., 2013; Dunkley m.fl., 2010; Sundhedsstyrelsen, 2005). Lavt selvværd er i særdeleshed fremtrædende blandt unge, der har en spiseforstyrrelse, men årsagssammenhængen er også her uklar, idet lavt selvværd både kan være en konsekvens af en spiseforstyrrelse eller en risikofaktor for udviklingen af denne (Vammen & Christoffersen, 2013: 99).

I rapporten "Unge selvskade og spiseforstyrrelse" konkluderes, at spiseforstyrrelse i højere grad forekommer hos unge, der har været udsat for en eller flere psykosociale belastninger, eksempelvis mobning eller seksuelle overgreb i barndommen. Omkring en fjerdedel af tilfældene af spiseforstyrrelse kan således forklares med tilstedeværelse af en eller flere psykosociale belastninger (Vammen & Christoffersen, 2013). I denne rapport nævnes, at seksuelle overgreb i familien kan have indflydelse på udviklingen af en spiseforstyrrelse. En lignende undersøgelse bekræfter sammenhængen mellem seksuelle overgreb i familien og risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse. Her ses, at risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse er tre gange større, hvis faderen på et eller andet tidspunkt er dømt for incest enten før datteren er født eller under opvæksten. Handlingen behøver ikke at involvere den spiseforstyrrede (Zöllner & Christiansen, 2006). Andre studier peger ligeledes på, at seksuelle overgreb er en risikofaktor for at udvikle bulimi (Herpertz-dahlmann m.fl., 2012).

En erfaringsopsamling om BED viser, at det samme gør sig gældende for unge med BED, hvor en fjerdedel af deres undersøgelsesdeltagere rapporterede at have oplevet seksuelle overgreb i barndommen (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Det er dog kun en mindre andel af tilfældene med spiseforstyrrelser, der kan forklares med denne form for mishandling i barndommen (Vammen & Christoffersen, 2013).

I rapporten "Unge selvskade og spiseforstyrrelse" fremgår også, at mobning kan have indflydelse på udviklingen af en spiseforstyrrelse, hvilket ligeledes bekræftes af anden litteratur (Vammen & Christoffersen, 2013; Bachner-Melman m.fl., 2009; Espíndola & Blay, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2005; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). I rapporten "15-åriges hverdagsliv" ses det, at 15-årige piger med spiseforstyrrelser har dobbelt så hyppig erfaring med mobning sammenlignet med raske jævnaldrende (SFI, 2012).

### ***Familiemæssige forhold***

Flere af de fundne artikler peger på, at bestemte mønstre i familierelationer spiller en rolle i udviklingen af en spiseforstyrrelse. I litteraturen fremhæves dysfunktionelle familieforhold som en stor risikofaktor for udvikling af spiseforstyrrelser. Rapporten "Spiseforstyrrelse og selvmordsrisiko" har blandt andet fundet, at børn af forældre, der har modtaget behandling for psykiske lidelser eller er dømt for kriminalitet, har øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse<sup>19</sup>. Rapporten peger også på, at familiens sociale baggrund har betydning for pigers risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse. Således er der i undersøgelsen en signifikant overvægt af kvinder, hvis fædre har en lang eller mellemlang videregående uddannelse (Zøllner & Christiansen, 2006). Der kan ikke umiddelbart identificeres en sammenhæng mellem forældres uddannelsesniveau og sønners udvikling af spiseforstyrrelse, men det kan skyldes, at der er få drenge med i undersøgelsen.

Risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse kan muligvis også kobles til søskendeforhold, om end de empiriske resultater ikke er entydige. Zøllner m.fl. (2006) peger både på, at der er en øget sandsynlighed for at udvikle en spiseforstyrrelse, hvis man har søskende med en spiseforstyrrelse, samt at der er en overvægt af unge med en spiseforstyrrelse, som ingen søskende har. Ifølge VIVEs forløbsundersøgelse af 15-åriges hverdagsliv fremgår det, at den ældste pige i en søskendeflok er i større risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse end de øvrige søskende eller enebørn (SFI, 2012).

Andre familiære risikofaktorer er relateret til forældres såkaldte generelle adfærd. Eksempelvis kan forældre med øget fokus på slankekur eller et forstyrret forhold til mad øge risikoen hos unge for at udvikle en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013). Ligeledes kan kritiske kommentarer og drillerier omkring mad og vægt fra familiemedlemmer udgøre en risikofaktor for udviklingen af en spiseforstyrrelse (Bachner-Melman m.fl., 2009; Herpertz-dahlmann m.fl., 2012; Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013).

---

<sup>19</sup> Det fremgår eksempelvis, at piger, fædre er dømt for vold, har en forøget risiko på 30 % for at udvikle en spiseforstyrrelse, inden de fylder 35 år. Yderligere fremgår, at unge pigers risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse øges med 42 %, hvis deres mor er dømt for tyveri (Zøllner & Christiansen, 2006).

Overbeskyttende forældre nævnes også som en risikofaktor (Vammen & Christoffersen, 2013). Dette gør sig især gældende for unge med anoreksi. Overbeskyttende forældre kan medføre, at den unge oplever en følelse af manglende autonomi og selvkontrol. Den unge vil derfor forsøge at overføre denne følelse på noget, som vedkommende kan kontrollere, hvilket i tilfældet med anoreksi er deres krop (Brockmeyer m.fl., 2013). En risikofaktor for at udvikle bulimi og BED er store interne konflikter forældrene imellem og ustabilitet i hjemmet (Herpertz-dahlmann m.fl., 2012; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Blandt andet ses det, at en stor del af unge med BED kommer fra skilsmissefamilier (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Generelt for alle tre spiseforstyrrelser ses en tendens til, at de unge har manglet omsorg, støtte, opmærksomhed og bekræftelse af eget værd fra forældre gennem barndom og teenageårene (Dryer m.fl., 2013; Herpertz-dahlmann m.fl., 2012; Kim m.fl., 2011; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

### 5.2.2 Udløsende faktorer

Tilstedeværelsen af en eller flere risikofaktorer er ikke alene nok til at udvikle en spiseforstyrrelse. Der skal også være en eller flere udløsende faktorer.

Flere rapporter angiver, at store omvæltninger i hverdagen kan fungere som en udløsende faktor for en spiseforstyrrelse. Der kan eksempelvis være tale forældres skilsmisse, flytning og sygdom eller dødsfald i den nære familie. I disse rapporter påpeges imidlertid, at det er vanskeligt at finde videnskabelige artikler, der understøtter disse eksempler (Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

Mobning er i et foregående afsnit beskrevet som en risikofaktor, men flere artikler har beskrevet, hvordan drillerier eller nedsættende kommentarer omkring vægt og kropsform ligeledes kan være med til at udløse lidelsen (Espíndola & Blay, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Ifølge rapporten "Spiseforstyrrelser: Anbefalinger for organisation og behandling" kan et hurtigt væggtab i sig selv virke som en udløsende faktor for en spiseforstyrrelse. Mekanismerne i denne proces er endnu ikke kortlagt, men tesen er, at nogle individer har en biologisk sårbarhed overfor væggtab (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Fælles for alle tre spiseforstyrrelser er, at stressende episoder kan udgøre en udløsende faktor. For anoreksi viser litteraturen, at eksempelvis lave karakterer i forbindelse med skoleprojekter, problemer med interpersonelle forhold og konflikter med familie eller venner kan virke udløsende for spiseforstyrrelsen (Espíndola & Blay, 2009). For bulimi og BED peger litteraturen ligeledes på, at det kan udløses af stressende episoder, men dette er ikke beskrevet ligeså indgående som i tilfældet med anoreksi. Men overordnet påpeges det, at lidelserne kan udløses af interpersonelle stressorer eller daglige problemer (Goldschmidt m.fl., 2014; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

### 5.2.3 Vedligeholdende faktorer

Vedligeholdende faktorer er de faktorer, som fastholder den unge i lidelsen. Disse faktorer kan ligeledes beskrives som lidelsens funktion. Modsat risikofaktorer og udløsende faktorer er der stor forskel på hvilke faktorer, der fastholder den unge i spiseforstyrrelsen afhængigt af hvilken type spiseforstyrrelse, der er tale om. Derfor vil det følgende afsnit særskilt redegøre for de vedligeholdende faktorer for anoreksi og efterfølgende samlet for bulimi og BED.

#### *Vedligeholdende faktorer: Anoreksi*

Anoreksi er en yderst kompleks psykisk lidelse, som indeholder flere interagerende elementer, der fastholder den unge i lidelsen. Et af disse elementer er, at anoreksi benyttes som en mestringsstrategi til at kontrollere eller undgå smertefulde følelser (Fox, 2009; Marzola m.fl., 2016). Anoreksi beskrives derfor ofte af patienter, som en kilde til trøst og tryghed, når alt andet føles forfærdeligt (Hannon, Eunson & Munro, 2017). En af de fremsøgte artikler fremhæver, at unge kvinder med anoreksi kan være vokset op i et miljø, hvor forældrene har haft svært ved at håndtere følelser eller hvor bestemte følelser ikke har været tilladt eller accepteret, og netop derfor benyttes restriktiv spisning som en måde at undgå disse følelser på. Studiet påpeger desuden, at unge med anoreksi kan frygte at blive afvist af den nære omgangskreds, hvis de udtrykker følelser. Fox peger i denne sammenhæng på, at undertrykkelse eller undgåelse af følelser kan være relateret til den unges ønske om at beskytte og bevare sine sociale relationer (Fox, 2009: 277f). De omtalte følelser kan blandt andet være tristhed, angst, frygt, afsky, ensomhed og vrede (Fox, 2009; Lulé m.fl., 2014; Marzola m.fl., 2015). Følelsen af vrede ser dog ud til at kunne forværre anoreksisymptomerne i særlig høj grad relativt til andre følelser (Fox, 2009). Anoreksi kan derfor siges at være en måde for den unge at få dækket sit på behov for kontrol over sine følelser. Det beskrives af Espindola & Blay (2009), at kropskontrol er en ideel metode for den unge at få dækket dette behov på, da kroppen er uafhængig af andre mennesker. Unge med anoreksi oplever derfor, at de opnår total kontrol over sig selv gennem diæter og faste og overfører således alle deres bekymringer og psykiske problemer til kost- og vægtkontrol (Espindola & Blay, 2009).

En anden vedligeholdende faktor for anoreksi er, at unge med anoreksi ofte ikke ser sig selv som værende syge, men at den psykiske lidelse opfattes som en positiv tilstedeværelse i en ellers ulykkelig tilværelse (Hannon m.fl., 2017). I begyndelsen af den psykiske lidelse vil den unge typisk føle stolthed over succesfuld kontrol over vægten og opleve, at de har "overvundet mad" (Alvarenga m.fl., 2014; Hannon m.fl., 2017). Denne følelse af succes opstår formentlig på baggrund af, at flere af elementerne i anoreksi (selvkontrol og stræben efter en slank krop) er i overensstemmelse med de generelt værdsatte kulturelle normer i den vestlige verden (Hannon m.fl., 2017; Marzola m.fl., 2016). Disse positive følelser knyttet til lidelsen er medvirkende til, at den unge ikke opfatter sig selv som syg, og derfor ofte ikke har en interesse i behandling (Marzola m.fl., 2016). Anoreksi kan med tiden blive en del af den unges identitet. Den unge betegner derfor heller ikke tilstanden som en sygdom

eller en psykisk lidelse, men som en forsvarsmekanisme eller strategi til at konfrontere livets modgang (Espíndola & Blay, 2009). Anoreksi indebærer derfor flere positive aspekter for den unge såsom beskyttelse, tryghed og magt. Risikoen for at miste spiseforstyrrelsen, der oftest bliver en integreret del af de unges identitet, kan derfor resultere i, at den unge trækker sig mere eller mindre tilbage fra omverdenen og isolerer sig samt udviser modvilighed over for behandling (Espíndola & Blay, 2009).

Som beskrevet i afsnittet om psykologiske forhold er unge med anoreksi karakteriseret ved at være i besiddelse af en følelse af lav selvtillid og lavt selvværd, samt en følelse af ensomhed, når spiseforstyrrelsen udvikler sig (Marzola m.fl., 2015). Anoreksi kan derfor fungere som en hurtig vej til social accept og som en vej ud af negative følelser (Hannon m.fl., 2017).

### **Vedligeholdende faktorer: Bulimi og BED**

Ligesom anoreksi er både bulimi og BED en måde at håndtere negative følelser på. Overspisning kan muliggøre en flugt fra ubehagelige følelser ved i stedet at vende fokus mod de negative følelser relateret til selve overspisningen, som kan være mere håndterbare (Goldschmidt m.fl., 2014). Overspisningsanfaldene opstår ofte i særligt stressende eller pressede situationer, hvor de fungerer som et beroligende middel i et forsøg på at få kontrol over indre tomhed eller kaotiske følelser. Derfor beskrives anfaldene ofte som en forsvarsmekanisme eller en coping-strategi (Goldschmidt m.fl., 2014; Sundhedsstyrelsen, 2005; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016; Zeeck m.fl., 2011; Zøllner & Christiansen, 2006). Der er blevet målt højere niveauer af vrede og vredesundertrykkelse blandt unge med BED. Det at udtrykke negative følelser, som eksempelvis vrede, opfattes således af unge med BED som skadende i forhold til deres sociale relationer, hvorfor vrede undertrykkes eller reguleres gennem overspisningsepisoder (Goldschmidt m.fl., 2014; Zeeck m.fl., 2011).

Overspisningerne kan derfor siges at medføre en form for lindring fra disse stressende faktorer og følelser (Goldschmidt m.fl., 2014; Sundhedsstyrelsen, 2005; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016; Zeeck m.fl., 2011; Zøllner & Christiansen, 2006). Denne lindring er dog kortvarig, da individer med både bulimi og BED føler stor skam og skyldfølelse over den manglende kontrol (Alvarenga m.fl., 2014; Sundhedsstyrelsen, 2005; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Det blev ovenfor beskrevet, hvordan unge med anoreksi føler, at de har "overvundet mad". Et andet billede tegner sig ved bulimi, da unge med bulimi også mener, at de ikke bør spise og derfor bebrejder sig selv, når de ikke kan efterleve denne overbevisning og ofte føler sig forkerte eller som en fiasko (Alvarenga m.fl., 2014). Unge med BED føler ligeledes stor skam over at miste kontrollen over spisning og bebrejder sig selv for, at de ikke kan kontrollere deres madindtag og styre deres liv generelt (Sundhedsstyrelsen, 2005; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Denne skam har blandt andet indflydelse på, at de unge med henholdsvis bulimi og BED ikke opsøger behandling, og at de ofte isolerer sig fra omverdenen, hvorfor de fortsætter deres uhensigtsmæssige adfærdsmønstre (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Bulimi og BED er begge lidelser forbundet med stor kropsutilfredshed og følsomhed over for andres vurderinger (Alvarenga m.fl., 2014; Dunkley m.fl., 2010; Sawaoka m.fl., 2012; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Det beskrives i rapporten "Spiseforstyrrelser: Anbefalinger for organisation og behandling", at unge med bulimi yderligere isolerer sig fra omverdenen, fordi de kontinuerligt sammenligner sig med andre og føler sig mindreværdige og ulækre. De synes for eksempel, at andre er pænere, tyndere og dygtigere end dem, og at de selv aldrig opnår deres ideal, fordi de ikke kan kontrollere deres spising og tabe sig (Sundhedsstyrelsen, 2005). Unge med bulimi er sammenlignet med unge med en af de andre spiseforstyrrelser, således beskrevet som dem, der udviser størst bekymring overfor kalorieindtag (Alvarenga m.fl., 2014). Unge med BED er også utilfredse med deres krop og er ligeledes meget følsomme overfor andres vurderinger (Alvarenga m.fl., 2014; Dunkley m.fl., 2010; Sawaoka m.fl., 2012). Deres negative kropsopfattelse fylder meget i deres dagligdag og er styrende for deres liv generelt. De spekulerer meget over, hvordan deres kroppe adskiller sig fra andres (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016) og forsøger så vidt muligt at undgå at forholde sig til deres krop ved eksempelvis at undgå spejle. Deres kropsopfattelse betyder også, at de oplever ubehag ved at møde nye mennesker og ved at bevæge sig rundt i offentligheden (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

Denne negative kropsopfattelse for både unge med bulimi og BED er sandsynligvis også en stressfaktor, der er med til at fastholde dem i deres spiseforstyrrelse.

### ***Opsamling: Risikofaktorer, udløsende faktorer og vedligeholdende faktorer***

#### Risikofaktorer

- Sociokulturelle faktorer
  - Høje og uhensigtsmæssige skønheds- og kropsidealer
- Arv- og miljømæssige forhold
  - Genetisk arv
  - Tidlig fødsel og fødselsvægt
  - Tidlig pubertet
- Psykiske faktorer
  - Flere psykiske lidelser
  - Personlighedstræk såsom; perfektionisme, lavt selvværd, negativt selvbillede, ensomhed mv.
  - Psykosociale traumatiske oplevelser; mobning og seksuel misbrug mv.
- Familiære faktorer
  - Manglende omsorg, støtte, opmærksomhed og bekræftelse af eget værd fra forældre
  - Stort fokus på slankekur
  - Forstyrret forhold til mad og krop
  - Kritiske kommentarer om udseende
  - Forekomst af psykiske sygdomme
  - Overbeskyttende forældre
  - Forældres kriminelle baggrund

#### Udløsende faktorer

- Episoder med følelsesmæssigt pres



- Store omvæltninger i hverdagen f.eks. skilsmisse, flytning mv.
- Slankekur
- Kritiske kommentarer om krop og udseende

#### Vedligeholdende faktorer

- Anoreksi
  - Forsvarsmekanisme/coping-strategi for håndtering af følelser
  - Oplevelse af succes/oplevelse af kontrol
  - Manglende sygdomsopfattelse
  - Identitetsdannelse
  - Øget fokus på mad og krop
- Bulimi og BED
  - Skam
  - Forsvarsmekanisme/coping-strategi for håndtering af følelser
  - Øget fokus på mad og krop

### 5.2.4 Følgevirksomheder

Først beskrives de umiddelbare fysiske følgevirksomheder af en spiseforstyrrelse og derefter de sociale og psykiske konsekvenser ved at have en spiseforstyrrelse.

For anoreksi er der en del åbenlyse og tydelige fysiske følgevirksomheder af spiseforstyrrelsen, som er velbeskrevet i litteraturen. Følgevirksomhederne for anoreksi kommer primært på grund af manglende energi og vigtige næringsstoffer. Kroppen forsøger at spare på energien og det kan medføre følgende symptomer:

#### *Fysiologiske følgevirksomheder: Anoreksi*

- Tør hud
- Svage negle
- Lanugobehåring (dannelse af dun)
- Træthed
- Koncentrationsbesvær
- Lang latenstid
- Langsom blinken med øjnene
- Manglende menstruation
- Manglende seksuel interesse og potens (for mænd)
- Lavt stofskifte
- Lav kropstemperatur og tendens til at fryse
- Lavt blodtryk
- Lav puls
- Dårligt blodomløb (dårlig perifer gennembødning)
- Mørkfarvning omkring øjnene
- Svimmelhed og i værste tilfælde besvimelser og bevidstløshed
- Muskelgener samt spændinger, stivhed og ømhed i kroppen

(Sundhedsstyrelsen, 2005)

I modsætning til unge med anoreksi er unge med bulimi ofte normalvægtige, hvorfor de ofte er sværere at identificere både i og uden for regi af sundhedssystemet. Der ses en række fysiologiske konsekvenser ved bulimi. Unge med bulimi, der benytter opkast som kompenserende adfærd for overspisninger, har ofte betændelse i spiserøret. Opstød af mavesækkens indhold kan også opstå uprovokeret, hvilket skyldes en svækkelse i lukkemuskulaturen i spiserøret. Yderligere ses der tydelige syreskader på tændernes emalje. På grund af dette er tandlængen ofte den første, der opdager den unges lidelse (Sandbæk m.fl., 2013; Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013). For unge med bulimi, der benytter overdreven motion som kompenserende adfærd, ses desuden ofte overbelastnings-skader (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Nedenfor er oplistet en række af de fysiske følgevirkninger af bulimi:

### **Fysiologiske følgevirkninger: Bulimi**

- Betændelse i spiserøret
  - Opstød af mavesækkens indhold (skyldes en svækkelse af lukkemuskulaturen i spiserøret)
  - Mængden af kønshormoner nedsættes
  - Knogledannelsen hæmmes
  - Jernmangel
  - Lav kropstemperatur
  - Lav puls
  - Lavt blodtryk
  - Elektrolytforstyrrelser med hypokaliami og alkalose (forstyrrelse i kroppens syre-base-balance med baseoverskud)
  - Syreskader på tændernes emalje
  - Hævede (evt. betændte) spytkirtler
  - Muskelgener samt spændinger, stivhed og ømhed i kroppen.
- (Sundhedsstyrelsen, 2005; Vammen & Christoffersen, 2013)

Herudover beskriver litteraturen mere langsigtede komplikationer af anoreksi og bulimi, herunder skadelig påvirkning af knogle-, hjertemuskel-, nyre- og hjernevævet samt en generel væksthæmning (Due m.fl., 2014). Derudover ses øget forekomst af barnløshed, aborter, for tidligt fødte børn og lav fødselsvægt hos de børn, der fødes af kvinder med anoreksi (Attia, 2010; Treasure m.fl., 2015). For bulimi kan der være langvarig påvirkning af og smerter fra mavetarmkanalen trods helbredelse for spiseforstyrrelsen.

Der er ikke fundet tilsvarende fyldestgørende beskrivelser af de umiddelbare fysiologiske konsekvenser af BED i den fremsøgte litteratur. Men det fremgår, at BED ofte fører til overvægt, og af følgevirkninger kan nævnes: type 2 diabetes, PCOS<sup>20</sup>, forhøjet kolesterol, hjerte-karsygdom, overbelastningssymptomer i led, muskler og sener (Hecht & Schousboe, 2012).

---

<sup>20</sup> PCOS er en forkortelse af Polycystisk ovariesyndrom.

Men undersøgelser har også vist en betydelig højere risiko for udvikling af en række fysiske sygdomme hos normalvægtige personer med BED i forhold til normalvægtige personer uden BED (Citrome, 2017; Thornton m.fl., 2017).

### **Psykiske og sociale følger**

Der findes flere fællestræk for følger af en spiseforstyrrelse på tværs af de tre lidelser. Der er eksempelvis for alle tre lidelser, som nævnt tidligere, en øget forekomst af komorbide psykiske lidelser, hvor depression og angstlidelser er særligt hyppigt forekomne (Treasure & Cardi, 2017; Sandbæk m.fl., 2013). Der er ligeledes for alle tre lidelser en øget forekomst af langsigtede fysiske komplikationer, der som beskrevet ovenfor varierer på tværs af de tre lidelser (Attia, 2010; Treasure m.fl., 2015; ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016).

I Socialstyrelsens "Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser" identificeres en række sociale følger af spiseforstyrrelse. Selvom disse relaterer sig til borgere med svære spiseforstyrrelser, så kan flere af følgerne formentlig også gælde for denne målgruppe. Socialstyrelsen fremhæver, at de unge med svære spiseforstyrrelser kan have vanskeligt ved at drage egenomsorg og varetage personlig hygiejne, fordi de kan have svært ved at røre ved egen krop. Derudover kan unge med svære spiseforstyrrelser være begrænsede i deres sociale aktivitet og deltagelse, da spiseforstyrrelsen som beskrevet kan medføre, at de unge isolerer sig og som følge deraf føler sig ensomme. De kan derfor være udfordrede i samværet med andre, fordi de mangler værktøjer til at kommunikere, herunder at kunne udtrykke egne ønsker og behov, sige fra og sætte grænser på en hensigtsmæssig måde (Socialstyrelsen, 2015).

Specifikt for unge med anoreksi gælder det ydermere, at de ofte har svært ved at gennemføre en uddannelse og ofte dropper ud. De har svært ved at fastholde et arbejde og er i høj grad afhængige af hjælp fra både familie og det offentlige (Sandbæk m.fl., 2013). Dette skyldes formentlig de unges reducerede sociale kompetencer og isolering (som spiseforstyrrelsen fastholder dem i, og som er nødvendigt for at fastholde spiseforstyrrelsen). Hos hjemmeboende unge med anoreksi har lidelsen ikke kun konsekvenser for den unge men også for den unges forældre og ikke mindst søskende. Dette gælder i forhold til forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, hvor nogle forældre til unge med anoreksi kan være nødsaget til at opgive deres job for at yde omsorg for den unge (Sandbæk m.fl., 2013).

Unge med bulimi og BED kan, modsat unge med anoreksi, ofte gennemføre en uddannelse og opretholde en tilknytning til arbejdsmarkedet (Sandbæk, 2013). En spiseforstyrrelse kan derudover være en økonomisk byrde for den unge selv, da der ofte er behov for øget indkøb af fødevarer (Sandbæk m.fl., 2013). Mennesker med BED er desuden ofte udsat for stigmatisering og diskrimination på grund af overvægt, hvor oplevelsen af stigmatisering potentielt være en medvirkende årsag til, at personer med BED har svært ved at opsøge behandling (Citrome, 2017).

Disse faktorer har en negativ effekt på den unges livskvalitet (Hannon m.fl., 2017; Sandbæk m.fl., 2013). I forbindelse med ringe livskvalitet er der yderligere en øget risiko for selvmord

blandt unge, der lider af spiseforstyrrelse. Der er en øget risiko for selvmord blandt unge med bulimi (Goldschmidt m.fl., 2014). Mortaliteten for anoreksi efter 20-30 år er 15-18 %, og denne overdødelighed kan hovedsageligt tilskrives underernæring og selvmord (Sundhedsstyrelsen, 2005). Erfaringsopsamlingen vedrørende BED viser, at selvmordtanker ses hos 59 % af deres studiepopulation (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2016). Et review af Smith m.fl. (2017) omkring spiseforstyrrelse og selvmord viser tilsvarende, at mellem en tredjedel og en fjerdedel af personer med anoreksi, bulimi eller BED har haft selvmordstanker. Derudover fremgår det, at op mod hver fjerde med anoreksi eller bulimi og op mod hver ottende med BED har forsøgt at begå selvmord (Smith, Zuromski, & Dodd, 2017).

Alle tre lidelser er desuden forbundet med direkte og indirekte økonomiske omkostninger for samfundet. De direkte udgifter er relateret til behandling af spiseforstyrrelsen samt de sygdomme, der opstår som følge af spiseforstyrrelsen. De indirekte omkostninger er relateret til anoreksi på grund af manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet for den unge og eventuelt også den unges forældre (Sandbæk m.fl., 2013).

### **5.3 Indsatser og viden om virksomme indsatslementer**

For anoreksi og bulimi findes Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Det er væsentligt at have for øje, at de Nationale Kliniske Retningslinjer alene baserer sig på forskningsresultater fremkommet i randomiserede kontrollerede studier og af en ekspertgruppes vurderinger af "best practice". NKR er således et beslutningsstøtteværktøj målrettet klinikere, og formålet med retningslinjerne er at understøtte en ensartet indsats på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

#### **5.3.1 Behandlingsindsatser for anoreksi**

I NKR for behandling af anoreksi fra 2016 (Sundhedsstyrelsen, 2016b) fokuseres primært på specialiseret spiseforstyrrelsesbehandling, som oftest finder sted i hospitalsregi, men anbefalingerne er ligeledes relevante for indsatsen i primærsektoren. De centrale budskaber for behandling af henholdsvis børn og unge og voksne med anoreksi er følgende:

- Fokus på specialiseret behandling i dagtilbud eller ambulant regi
- Individuel eller gruppeterapi som førstevalg i behandlingen
- Evaluering og skift af behandlingsstrategier sammen med patient og pårørende
- Særligt fokus på kernesymptomerne, her at forstå, både undervægt samt psykologiske og adfærdsmæssige symptomer på anoreksi
- Specifikke mål for vægtindhentning
- Vægtmæssigt mål for behandlingen
- Familiebaseret behandling
- Inddragelse af pårørende/netværk
- Tilbud om fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningssfasen
- Tilbud om måltidsstøtte/spisetræning

### 5.3.2 Behandlingsindsatser for bulimi

Der findes også en National Klinisk Retningslinje (NKR) for behandling af moderat og svær bulimi (Sundhedsstyrelsen, 2015). Følgende beskriver de centrale budskaber heri:

- Gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling i form af kognitiv adfærdsterapi.
- Familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling til børn og hjemmeboende unge
- Tilbud om en ernæringsintervention
- Evaluering af behandlingseffekten ved systematisk at monitorere spiseforstyrrelses-symptomer på fastlagte tidspunkter undervejs i behandlingsforløbet.
- Genoverveje behandlingsform og -intensitet ved utilstrækkelig behandlingseffekt
- Tilbud om at fortsætte i et stabiliserende behandlingsforløb efter spiseforstyrrelses-adfærden er ophørt med henblik på tilbagefaldsforebyggelse.

Foruden disse anbefalinger til behandling er der identificeret to anbefalinger, hvor ulemperne ved interventionen er større, end fordelene er. Disse er motivationsfremmende intervention og medicinsk behandling med antidepressiv medicin ved behandlingsopstart.

### 5.3.3 Behandlingsindsatser for tvangsoverspisning (BED)

For BED er der endnu ikke udarbejdet Nationale Kliniske Retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2016a), og der findes (endnu) er ikke meget litteratur om behandling af BED i en dansk kontekst. En erfaringsopsamling fra to satspuljeprosjekter peger dog på god effekt i forhold til at reducere eller ligefrem opnå symptomfrihed i forhold til spiseforstyrrelsessymptomerne ved at anvende behandlingsmodeller, der indeholder følgende elementer:

- Gruppebaseret tilbud med en gruppestørrelse på ca. syv personer med møder ugentligt i 20 til 25 uger. Herefter mindre intensiv stabiliserende opfølgning og forløb af ca. et års varighed
- Mulighed for supplerende individuel samtaler
- Inddragelse af pårørende
- Møder ugentligt i starten, herefter mindre intensivt
- Etablering af normalt spisemønster med faste måltider
- Kostdagbog
- Diætistrådgivning
- Grundig psykiatrisk og somatisk udredning ved opstart.

Det er desuden ikke fundet hensigtsmæssigt at arbejde med vægttab som en del af behandlingen for BED, idet det meget ofte vil forværre spiseforstyrrelsessymptomerne. I stedet stiles mod at holde patienten vægtstabil. Vægttab bør først forsøges, når spiseforstyrrelsen har været i ro gennem længere tid.

### 5.3.4 Socialfaglige indsatser til unge med spiseforstyrrelser

Foruden de ovenstående beskrevne sundhedsmæssige behandlingsindsatser er socialfaglige indsatser også afgørende, særligt ved opsporing, forebyggelse og i rehabiliteringsfasen. I Socialstyrelsens "Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser" er træning af sociale kompetencer ét af fokusområderne i forhold til at hjælpe borgere med svære spiseforstyrrelser tilbage til hverdagslivet. Da en svær spiseforstyrrelse kan have både fysiske, psykiske og sociale følger, fremgår det, at et rehabiliteringsforløb ikke ensidigt bør fokusere på borgerens forhold til mad og spisning, men også støtte borgeren i at håndtere vanskelige følelser, drage egenomsorg og opnå et velfungerende socialt liv (Socialstyrelsen, 2015).

Såvel Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2015) og Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse" lægger vægt på, at behandlings- og efterfølgende rehabiliteringsforløb bør ske i koordination og samarbejde mellem forskellige fagprofessionelle aktører, såsom kommunale sagsbehandlere, socialfaglige medarbejdere, sundhedsfagprofessionelle, behandlingsansvarlige fra den regionale psykiatri og praktiserende læger. For unge under 18 år skal PPR eller en repræsentant fra skolen også inddrages i samarbejdet (Socialstyrelsen, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2017). Selvom både Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen anbefaler samarbejde og koordination på tværs af områder for at skabe en helhedsorienteret indsats, kan der være udfordringer forbundet hermed. Socialstyrelsen (2018) konkluderer i "Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser", at kommunerne generelt beskriver en tilstrækkelig løsning i forhold til den fornødne koordination og planlægning. Men det fremgår også, at kommunerne oplever en vidensudfordring på myndighedsniveau i forhold til hvilke specialiserede tilbud, der eksisterer til mennesker med en svær spiseforstyrrelse. Dette skyldes også, at denne målgruppe er lille, og at nogle kommuner ikke har borgere i målgruppen. Ligeledes opleves en udfordring i samarbejdet med behandlingspsykiatrien, hvor der er forskellige opfattelser af opgave- og ansvarsfordeling mellem regional behandling og kommunal rehabilitering, hvilket kan gøre det vanskeligt at koordinere en helhedsorienteret indsats (Socialstyrelsen, 2018).

Nogle sociale problemer kan eksistere forud for spiseforstyrrelsen, mens andre sociale problemer kan udvikle sig som en følge af spiseforstyrrelsen. Som beskrevet i afsnittet om risikofaktorer for udviklingen nævnes sociale problemer, såsom omsorgssvigt og/eller fysisk og psykisk misbrug (Socialstyrelsen, 2015). Kommunale medarbejdere, som sagsbehandlere, PPR-medarbejdere, lærere og pædagoger spiller derfor en afgørende rolle for opsporing af spiseforstyrrelse. Derudover spiller kommunerne en vigtig rolle efter et afsluttet behandlingsforløb i den regionale psykiatri.

I henhold til Serviceloven skal kommunerne tilbyde rehabilitering, hvilket kan ske på forskellig vis gennem tilbud inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. ViOSS (2013) kortlagde kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskaade og fandt, at der på tværs af landets kommuner er stor variation i, hvordan kommunerne håndterer det, når deres borgere udskrives fra et behandlingsforløb. For børne- og ungeområdet havde 25 % af de undersøgte kommuner en fast procedure herfor. For

voksenområdet (borgere over 18 år) havde 41 % af de undersøgte kommuner en fast procedure. Kortlægningen viste endvidere, at kommuner med disse specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter risikoen for genindlæggelser. For kommuner med specialiserede tilbud var genindlæggelsesprocenten 22 %, mens den for kommuner uden disse tilbud var 31 % (ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2013).

## 5.4 Litteratur

- Alim, W., & Nielsen, C. (2016). Hver fjerde i 9. klasse er i fare for at få en spiseforstyrrelse. *BØRNEINDBLIK*, (5), 1-17.
- Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A., & Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: Differences and similarities. *Physiology and Behavior*, 131, 99-104. doi:10.1016/j.physbeh.2014.04.032
- Andover, M. S., Holman, C. S., & Shashoua, M. Y. (2013). Functional assessment of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 87-104)
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 425-35. doi:10.1146/annurev.med.050208.200745
- Bachner-Melman, R., Zohar, A. H., Elizur, Y., Kremer, I., Golan, M., & Ebstein, R. (2009). Protective self-presentation style: Association with disordered eating and anorexia nervosa mediated by sociocultural attitudes towards appearance. *Eating and Weight Disorders*, 14(1), 1-12. doi:10.1007/BF03327789
- Bjärehed, J., & Lundh, L. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26-37.
- Larsen F. L., Pedersen, M. H., Lasgaard, M., Sørensen, J.B., Christiansen, J., Lundberg, A., Pedersen, S.E, Friis, K. (2018). *Hvordan har du det? 2017 : Sundhedsprofil for region og kommuner. bind 1*. Aarhus: DE-FACTUM.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (2013). Interpersonal motives in anorexia nervosa: The fear of losing one's autonomy. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 278-289. doi:10.1002/jclp.21937
- Citrome, L. (2017). Binge-eating disorder and comorbid conditions: Differential diagnosis and implications for treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78, 9-13.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (2013). Non-suicidal self-injury and eating disorders: Dimensions of self-harm. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 3-18)
- Claes, L., Norré, J., Van Assche, L., & Bijttebier, P. (2014). Non-suicidal self-injury (functions) in eating disorders: Associations with reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences*, 57, 65-69.
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20(6), 522-529. doi:10.1017/S1092852915000462
- Dryer, R., Tyson, G. A., & Kiernan, M. J. (2013). Bulimia nervosa: Professional and lay people's beliefs about the causes. *Australian Psychologist*, 48(5), 338-344. doi:10.1111/j.1742-9544.2012.00077.x
- Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C., Sandbæk, A. (2014). *Børn og unges mentale helbred : Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Kbh.: Vidensråd for Forebyggelse.
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 274-281. doi:10.1002/eat.20796



- Espindola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa's meaning to patients: A qualitative synthesis. *Psychopathology*, 42(2), 69-80. doi:10.1159/000203339
- Fox, J. R. E. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 276-302. doi:10.1002/cpp.631
- Goldschmidt, A. B., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Peterson, C. B., . . . Mitchell, J. E. (2014). Ecological momentary assessment of stressful events and negative affect in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 30-39. doi:10.1037/a0034974 [doi]
- Gordon, K. H., Kwan, M. Y., Minnich, A. M., & Carter, D. L. (2013). Etiological models of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 57-71)
- Hannon, J., Eunson, L., & Munro, C. (2017). The patient experience of illness, treatment, and change, during intensive community treatment for severe anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 25(4), 279-296. doi:10.1080/10640266.2017.1318626 [doi]
- Hecht, L. K., & Schousboe, B. H. (2012). *Spiseforstyrrelser : Symptomer, årsager og behandling*. Kbh.: Psykiatrifonden. Retrieved from <https://nota.dk/bibliotek/bogid/633148>
- Herpertz-dahlmann, B., Holtkamp, K., & Konrad, K. (2012). *Eating disorders: Anorexia and bulimia nervosa. Handbook of Clinical Neurology*, 106, 447-462. doi:10.1016/B978-0-444-52002-9.00026-7
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 33-43. doi:10.1016/j.psc.2018.10.011
- Islam, M. A., Steiger, H., Jimenez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., & Fernández-Aranda, F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: Relevance of personality traits and gender. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 553-560.
- Jacobson, C. M., & Luik, C. C. (2013). Epidemiology and sociocultural aspects of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 19-34)
- Kim, Y., Lim, S., & Treasure, J. (2011). Different patterns of emotional eating and visuospatial deficits whereas shared risk factors related with social support between anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatry Investigation*, 8(1), 9-14. doi:10.4306/pi.2011.8.1.9
- Lauest, J., Meyer, L. B., Lau, M., & Waadegaard, M. (2016). *Afrapportering vedr. SATS-puljemidler til erfaringsopsamling vedr. BED for perioden 1. marts 2013 – 1. april 2016*. (Erfaringsopsamling No. j.nr.4-1613-26/2).Region Hovedstaden psykiatri. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/~media/EB8F6F6E426740C08262C2047E5C8F51.ashx>
- Lulé, D., Schulze, U. M. E., Bauer, K., Schöll, F., Müller, S., Fladung, A., & Uttner, I. (2014). Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits. *Eating and Weight Disorders*, 19(2), 209-216. doi:10.1007/s40519-014-0101-z
- Mahadevan, S., Hawton, K., & Casey, D. (2010). Deliberate self-harm in oxford university students, 1993–2005: A descriptive and case–control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 45(2), 211-219.
- Marzola, E., Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., & Fassino, S. (2015). A qualitative investigation into anorexia nervosa: The inner perspective. *Cogent Psychology*, 2(1) doi:10.1080/23311908.2015.1032493

- Marzola, E., Panepinto, C., Delsedime, N., Amianto, F., Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2016). A factor analysis of the meanings of anorexia nervosa: Intrapsychic, relational, and avoidant dimensions and their clinical correlates. *Bmc Psychiatry*, 16, 190. doi:10.1186/s12888-016-0894-6
- Pérez, S., Ros, M. C., Folgado, J. E., & Marco, J. H. (2018). Non-suicidal self-injury differentiates suicide ideators and attempters and predicts future suicide attempts in patients with eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Sandbæk, A., Stallknecht, B.M. & Bladbjerg, E. (2013). *Sygdomslære for ikke-klinikere*. Kbh.: Munksgaard.
- Sawaoka, T., Barnes, R. D., Blomquist, K. K., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2012). Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: Associations with eating disorder psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 740-745. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.003
- SFI. (2012). In Heide Ottosen M. (Ed.), *15-åriges hverdagsliv og udfordringer : Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2017). Eating disorder and suicidality: What we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology, Elsevier*, 22, 63-67.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationale retningslinjer : For rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser*. Socialstyrelsen. Retrieved from <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/nationale-retningslinjer-for-rehabilitering-til-borgere-med-svaere-spsieforstyrrelser/@@download/publication>
- Socialstyrelsen. (2018). Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser. Socialstyrelsens behandling af de kommunale afrapporteringer på den centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser.
- Sundhedsstyrelsen. Fakta om spiseforstyrrelser. Retrieved from <https://www.sst.dk/publ/materialer/spiseforstyrrelser/fakta/fakta.html>
- Sundhedsstyrelsen. (2005). *Spiseforstyrrelser : Anbefalinger for organisation og behandling : Udarbejdet af en arbejdsgruppe under sundhedsstyrelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi*. Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/7656E42EC17244E489B7FA1647EB349F.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2016a). *Behandling af binge eating disorder (BED) – sammenfatning af resultater fra to sats-puljeprojekter*. Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/~media/288A21E0C68446829107EA9B64EB85D9.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2016b). *National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa*. Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2016/~media/6A78CE09B00842D2BA7BC188C13CA346.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen, & Sundhedsdatastyrelsen. (2017). *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet - for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Thornton, L. M., Watson, H. J., Jangmo, A., Welch, E., Wiklund, C., Von Hausswloff-Juhlin, Y., . . . Bulik, C. M. (2017). Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 58-65.

- Treasure, J., & Cardi, V. (2017). Anorexia nervosa, theory and treatment: Where are we 35 Years on from hilde bruch's foundation lecture? *European Eating Disorders Review*, 25(3), 139-147. doi:10.1002/erv.2511
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., . . . Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1 doi:10.1038/nrdp.2015.74
- Vammen, K. S., & Christoffersen, M.N (2013). *Unges selvskade og spiseforstyrrelse: Kan social støtte gøre en forskel?* SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Retrieved from <http://www.sfi.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2fFiler%2fSFI%2fPdf%2fRapporter%2f2013%2f1318-Unges-selvskade.pdf>
- ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. (2016). *Erfaringsopsamling om binge eating disorder (BED)*. ().ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. Retrieved from [https://www.viooss.dk/web/uploads/Evalueringsrapport\\_BED.pdf](https://www.viooss.dk/web/uploads/Evalueringsrapport_BED.pdf)
- ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. (a). Diagnosekriterier anoreksi. Retrieved from <https://www.viooss.dk/viden/kort-om-anoreksi/>
- ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. (b). Diagnosekriterier BED. Retrieved from <https://www.viooss.dk/viden/tvangsoverspisning-bed/>
- ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. (c). Diagnosekriterier bulimi. Retrieved from <https://www.viooss.dk/viden/bulimi/>
- ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. (2013). *Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade* . Retrieved from <https://www.viooss.dk/web/uploads/Kommunernes-tilbud-til-personer-med-spiseforstyrrelser-eller-selvskade.pdf>
- Waadegaard, M., Davidsen, M., & Kjølner, M. (2009). Obesity and prevalence of risk behaviour for eating disorders among young danish women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 736-743. doi:10.1177/1403494809105794
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437. doi:10.1002/erv.1066
- Zøllner, L., & Christiansen, E. (2006). *Spiseforstyrrelser og selvmordsrisiko*. Odense: Center for selvmordsforskning.

## 6 Bilag

### 6.1 Bilag 2: Søgestræng og udvælgelse – selvskade

#### Søgestræng selvskadende adfærd

Database	Artikler	Søgestræng (selvskadende adfærd)
<b>Web of Science</b> (d. 8/2 2019)	203	TI=("non-suicidal self-injury" OR "non suicidal self-injury" OR "non suicidal self injury" OR "self harm" OR "self-harm") AND ALL=("Young" OR "adolescen*" OR "characteristic*") AND ALL=("cause" OR "motive" OR "function*") Begrænset til 2008-2019 (manuelt)
<b>Psyc info</b> (d. 8/2 2019)	223 (heraf 136 dubletter)  = 87	ti("non-suicidal self-injury" OR "non suicidal self-injury" OR "non suicidal self injury" OR "self harm" OR "self-harm") AND all("young" OR "adolescen*" OR "characteristic*") AND all("cause" OR "motive" OR "function*") Begrænset til 2008-2019 (manuelt) Peer-reviewed (manuelt)
<b>Pubmed</b> (d. 8/2 2019)	106 (heraf 65 dubletter)  = 41	("non-suicidal self-injury"[Title] OR "non suicidal self-injury"[Title] OR "non suicidal self injury"[Title] OR "self harm"[Title] OR "self-harm"[Title]) AND ("young"[All Fields] OR adolescen [ALL Fields] OR characteristic [All Fields]) AND ("cause"[All Fields] OR "motive"[All Fields] OR function [All Fields]) AND ("2008/01/01"[PDAT] : "2019/12/31"[PDAT])
<b>Scopus</b> (d. 8/2 2019)	1.161 (heraf 275 dubletter)  = 886	TITLE ( "non-suicidal self-injury" OR "non suicidal self-injury" OR "non suicidal self injury" OR "self harm" OR "self-harm" OR "self-harm" ) AND ALL ( "Young" OR "adolescen*" OR "characteristic*" ) AND ALL ( "cause" OR "motive" OR "function*" ) AND ( LIMIT TO ( PUBYEAR , 2019 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2015 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2014 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2013 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2012 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2011 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2010 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2009 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2008 ) )
<b>Total</b>	<b>1.217</b>	

#### Udvælgelse af artikler, selvskadeområdet

Database	Antal artikler udvalgt på overskiftsniveau	Antal artikler udvalgt på abstract
Web of Science	30	11
Psyc info	17	10
Pubmed	8	2

Database	Antal artikler udvalgt på overskiftsniveau	Antal artikler udvalgt på abstract
Scopus	104	30
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>53</b>

Litteratur	Antal
Artikler fra målrettet litteratursøgning	53
Øvrig litteratur ("grå" og artikler fundet via referencelister)	31
<b>Total</b>	<b>94</b>

## 6.2 Bilag 1: Søgestreng og udvælgelse – spiseforstyrrelser

### Søgestreng – spiseforstyrrelse

Database	Artikler	Søgestreng (spiseforstyrrelse)
<b>Web of Science</b> (d. 19/2 2019)	184	<p>TI=("anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder") AND ALL=("Young" OR "adolescen*" OR "characteristic*") AND ALL=("cause" OR "motive" OR "function")</p> <p>Begrænset til 2008-2019 (manuelt)</p> <p>Engelsk (manuelt)</p>
<b>Psycinfo</b> (d. 19/2 2019)	232 (heraf 88 dub-letter) = 144	<p>ti("anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder") AND all("young" OR "adolescen*" OR "characteristic*") AND all("cause" OR "motive" OR "function")</p> <p>Begrænset til 2008-2019 (manuelt)</p> <p>Peer-reviewed (manuelt)</p>
<b>PubMed</b> (d. 19/2 2019)	170 (heraf 66 dub-letter) = 104	<p>("anorexia nervosa"[Title] OR "bulimia nervosa"[Title] OR "binge eating disorder"[Title]) AND ("young"[All Fields] OR adolescen [ALL Fields] OR characteristic [All Fields]) AND ("cause"[All Fields] OR "motive"[All Fields] OR "function" [All Fields]) AND ("2008/01/01"[PDAT] : "2019/12/31"[PDAT])</p>
<b>Scopus</b> (d. 19/2 2019)	1867 (heraf 158 dubletter) =1709	<p>TITLE ( "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" ) AND ALL ( "adolescen*" OR "youth" OR "characteristic*" ) AND ALL ( "cause" OR "motive" OR "function" ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2019 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 ) OR LIMIT-</p>

Database	Artikler	Søgestreng (spiseforstyrrelse)
		TO ( PUBYEAR , 2015 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2014 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2013 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2012 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2011 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2010 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2009 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR , 2008 )
<b>Total</b>	<b>2.141</b>	

Alle databaser testes for dubletter (i rækkefølgen ovenfor). Dubletter er slettet fra Refworks.

### **Udvælgelse af artikler, spiseforstyrrelsesområdet**

Database	Antal artikler udvalgt på overskiftsniveau	Antal artikler udvalgt på abstract
Web of Science	17	3
Psyc info	12	4
Pubmed	16	4
Scopus	67	20
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>31</b>

Litteratur	Antal
Artikler fra målrettet litteratursøgning	31
Øvrig litteratur ("grå" og artikler fundet via referencelister)	29
<b>Total</b>	<b>60</b>