

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Mediating Factors in the Relationship between Experiences of Bullying, Emotional Abuse, and Emotional Neglect in Childhood and the Subsequent Development of Eating disorders: A Systematic Review



Illustration: Cindy Nguyen

Specialestuderende
Stefanie H. Fallesen
17.07.1996
Stud.cand.psych
Institut for Psykologi
Syddansk Universitet Odense

Vejleder
Maj Hansen
Lektor
Institut for Psykologi
Syddansk Universitet Odense

181.500 anslag (75,63 normalsider)
Med referencer, tabeller og figurer: 121 sider

Afleveret 10-08-2020

Abstract

Background: Eating disorders are significant public health problems that are related to both severe subjective distress, long-term both physical and mental consequences and, in worst cases, death. This type of psychopathology often develops a chronic course and is difficult to treat. Even though evidence-based treatments have been developed, there have been found serious complications related to too low remission-rates, relapse, treatment drop-out and residual symptoms. Bullying, childhood emotional abuse and neglect are correlated with the development of eating disorders and are therefore seen as non-specific risk factors. Acquiring a better understanding of the mediating factors in the relationship between the aversive childhood experiences and the development of eating disorders might further the enhancement of eating disorder treatment. **Method:** The mediating factors in the relationship between experiencing bullying, childhood emotional abuse and emotional neglect and the subsequent development of eating disorders were examined through a systematic review, which included fourteen quantitative studies in its results. **Results:** The indirect effect of childhood emotional neglect on the severity of eating disorder-symptoms were less robust than expected and only alexithymia was found to mediate the relationship. The indirect effect of bullying-experiences on the severity of eating disorder symptoms was mediated by factors related to both perfectionism, low self-esteem, and emotion-intolerance. The indirect effect of childhood emotional abuse on the severity of eating disorder symptoms was mediated primarily by factors related to emotions-intolerance and dissociation – although one study also found that low self-esteem mediated the relationship. **Conclusion:** Factors related to perfectionism, low self-esteem, emotion-intolerance, and dissociation mediated the relationship between bullying, childhood emotional abuse and neglect and the subsequent development of eating disorder symptoms. The results of the current systematic review were limited by only including retrospective studies and the heterogeneity of the studies. Therefore, the results should be interpreted with caution.

Indholdsfortegnelse

Indledning	4
Problemformulering.....	6
Læsevejledning.....	6
Begrebsafklaring.....	8
Teori	9
Spiseforstyrrelser.....	10
Anoreksi.....	11
Bulimi.....	15
Tvangsoverspisning.....	18
Epidemiologi.....	20
Typisk forløb og behandling.....	23
Ætiologi og transdiagnostisk teori for spiseforstyrrelser.....	28
Potentielt skadelige oplevelser og deres sammenhæng med spiseforstyrrelser.....	32
Traumatiske begivenheder og potentielt skadelige oplevelser.....	33
Mobning.....	35
Emotionel vold.....	37
Emotionel omsorgssvigt.....	39
Sammenhænge mellem emotionel vold, emotionel omsorgssvigt, mobning og spiseforstyrrelser.....	40
Påvirkningen af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning på spiseforstyrrelser.....	43
Medierende faktorer.....	45
Systematisk review	48
Metode.....	48
Søgestrategi.....	49
Udvælgelse af artikler.....	51
Resultatanalyse	53
Demografiske variable.....	68
Undersøgte variable.....	69
Metoder.....	70
Resultater.....	71
Medierende faktorer i forholdet mellem mobning og spiseforstyrrelsessymptomer.....	71

Medierende faktorer i forholdet mellem emotionel vold og spiseforstyrrelsessymptomer.....	76
Medierende faktorer i forholdet mellem både emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og spiseforstyrrelsessymptomer.....	79
Medierende faktorer i forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og spiseforstyrrelsessymptomer.....	83
Sammenfatning af resultater struktureret ud fra transdiagnostisk teori.....	84
Diskussion.....	88
Diskussion af resultater.....	88
Forskelle på baggrund af spiseforstyrrelsessymptomer.....	89
Kønnsforskelle.....	90
Forskelle på baggrund af undersøgte potentielt skadelige oplevelser.....	92
Kritik af nærværende systematiske review.....	97
Konklusion.....	100
Klinisk betydning.....	101
Referencer.....	106

Indledning

Spiseforstyrrelser, der her bruges som en samlet betegnelse for anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning, er en række psykiske lidelser, som er forbundet med et patologisk og overinvolveret forhold til mad, krop og vægt (American Psychiatric Association [APA], 2013; Sundhedsstyrelsen [SST], 2005). Spiseforstyrrelser kommer til udtryk ved symptomer såsom spisevægring, overspisning eller anvendelse af uhensigtsmæssig kompenserende adfærd, f.eks. opkastning eller misbrug af afføringsmidler (APA, 2015; Munksgaard, 1998). Også subkliniske tilfælde, der ikke opfylder alle kriterierne for en specifik diagnose, kan være alvorlige (APA, 2013; SST, 2005). Lidelserne kan i nogle tilfælde udvikle sig til kroniske tilstande, og de er forbundet med øget dødelighed, nedsat livskvalitet, mulige fysiske komplikationer. Behandling af individer med spiseforstyrrelser er på samfundsniveau ressourcekrævende (APA, 2013; SST, 2005). I Danmark alene menes der at være omkring 75.000 personer, som lider af en spiseforstyrrelse (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade [LMS], 2019). På grund af dette, er der behov for effektive behandlingsmetoder til behandling af spiseforstyrrelser.

Forskellige terapiformer anbefales på baggrund af eksisterende forskning i tværfaglig behandlingen af de forskellige spiseforstyrrelser (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017). På trods af disse anbefalinger, kan det ses – ud fra de mest positive estimer – at omkring halvdelen af individer med anoreksi, næsten en fjerdedel af individer med bulimi og halvdelen af individer med tvangsoverspisning ikke opnår remission som følge af behandling (Linardon, 2008; Steinhausen, 2008). Yderligere ses der en række komplikationer ved behandlingen af spiseforstyrrelser. Blandt disse komplikationer er en høj grad af behandlingsfrafald (Fassino, Pierò, Tomba og Abbate-Daga, 2009), tilbagefald (Khalsa, Portnoff, McCurdy-McKinnon, & Feusner, 2017), restsymptomer relateret til både spiseforstyrrelsespatologi og andre psykiske lidelser, nedsat livskvalitet, samt kognitive og sociale forringelser efter endt behandling (Tomba, Tecuta, Crocetti,

Squarcio og Tomei, 2019). Heraf ses der et behov for udvikling af nye eller bedre metoder til behandlingen af spiseforstyrrelser. En måde at optimere behandlingen for spiseforstyrrelser kan være ved at undersøge, hvilke risikofaktorer, der er forbundet med udviklingen af spiseforstyrrelser (Stice & Shaw, 2004). En sådan risikofaktor kan bl.a. være oplevelse af traumatiske begivenheder eller potentielt skadelige oplevelser i barndommen.

Der er efterhånden en stor mængde af forskning, som har undersøgt sammenhængen mellem oplevelse af traumatiske hændelser eller andre former for potentielt skadelige oplevelser i barndommen og udviklingen af spiseforstyrrelser. Særligt udsættelse for fysisk og seksuel vold i barndommen er blevet undersøgt i denne sammenhæng, og det er først senere, at interessen for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning er opstået (Guillaume et al., 2016; Lie, Rø & Bang, 2019; Pignatelli, Wampers, Lorigo, Biondi & Vanderlinden, 2017). Mishandling er generelt blevet fundet til at være en uspecifik risikofaktor for udvikling af EDs, men nylig forskning tyder på, at emotionelt baseret mishandling i særlig grad øger risikoen for udvikling af spiseforstyrrelser (Molendijk, Hoek, Brewerton, & Elzinga, 2017). Dette kan tyde på et særligt, tidligere overset, forhold mellem udsættelse for emotionel mishandling og udvikling af spiseforstyrrelser. Det er på baggrund af dette, at der i denne opgave vil være fokus på udsættelse for emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen. Yderligere vil der også være fokus på udsættelse for verbal eller social mobning i barndommen. Dette grundet lighederne med emotionel vold og emotionel omsorgssvigt, samt at mobning ligeledes er en uspecifik risikofaktor for udvikling af spiseforstyrrelser (Lie et al., 2019).

Hverken emotionel vold, emotionel omsorgssvigt eller mobning er klassificeret som specifikke risikofaktorer for udvikling af spiseforstyrrelser, da disse også øger risikoen for udvikling af andre former for psykopatologi (Finzi-Dottan & Karu, 2006; Hildyard & Wolfe, 2002; Wolke & Lereya, 2015). Dette kan tyde på, at det ikke er de tre oplevelser i sig selv, der direkte øger risikoen

for udvikling af spiseforstyrrelser. På baggrund heraf er det relevant at undersøge de medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser. Adskillelige studier på dette område er blevet udført, men en systematisk gennemgang af resultaterne kan være med til at skabe overblik over, hvorfor udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen øger risikoen for udvikling af spiseforstyrrelser. En sådan viden vil forhåbentlig kunne medvirke til at forbedre behandlingen for individer med spiseforstyrrelser, der har oplevet emotionel vold, emotionel omsorgssvigt eller mobning i barndommen. Derfor vil der i denne opgave blive foretaget et systematisk review af den eksisterende forskning på dette område. Desuden vil dette, så vidt det vides, være det første systematiske review, som undersøger medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser.

Problemformulering

På baggrund af ovenstående indledning er problemformuleringen for denne opgave:

Hvilke medierende faktorer kan spille ind i forholdet mellem oplevelse af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i de første atten år af et individs liv og eventuel efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser?

Læsevejledning

I denne opgave vil medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser eller spiseforstyrrelsessymptomer blive undersøgt. Dette vil blive gjort ved inddragelse af empiriske

undersøgelser, gennemført af andre, i et systematisk review og er derfor et overvejende teoretisk speciale.

Første del af denne opgave består af et teoriafsnit. Her redegøres teori og empiri, der er af relevans for problemformuleringen. Yderligere beskrives relevansen af den valgte teori og empiri i forhold til emnet løbende. Teoriafsnittet vil være opdelt i to afsnit: det første teoriafsnit omhandler spiseforstyrrelser, og det andet afsnit omhandler potentielt skadelige oplevelser, særligt emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning, og deres forhold til spiseforstyrrelser. Der vil være fokus på opbygningen af et fundament for det systematiske review. Først vil der i teoriafsnittet omhandlende spiseforstyrrelser tegnes et billede af, hvad spiseforstyrrelser er, samt hvorfor det er vigtigt finde frem til bedre behandlingsmetoder. I det efterfølgende teoriafsnit omhandlende potentielt skadelige oplevelser vil der vises, hvorfor undersøgelse af medierende faktorer i forholdet mellem netop de udvalgte potentielt skadelige oplevelser og den efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser er relevant.

Anden del af denne opgave består af et systematisk review og resultatanalyse. Her vil der først være en metodisk beskrivelse af, hvordan det systematiske review er blevet udført, hvorefter der følger en resultatanalyse. I resultatanalysen vil der, for overblikkets skyld, være to tabeller, der omhandler hhv. karakteristika ved de inkluderede studier, samt analysemetoder og resultater. Herefter følger en gennemgang og analyse af både relevante studiekarakteristika og resultater. Resultatanalysen vil være opdelt efter undersøgt potentielt skadelig(e) faktor(er), samt medierende faktor(er).

Sidste del af denne opgave består af et diskussionsafsnit. Her vil de fundne resultater blive behandlet. Yderligere vil begrænsninger og kritikpunkter ved det systematiske review blive diskuteret, efterfulgt af en konklusion med udgangspunkt i problemformuleringen. Som det sidste følger en perspektivering af de fundne resultater.

Begrebsafklaring

Nedenfor gennemgås en række betegnelser for at tydeliggøre, hvordan de specifikt vil blive anvendt og/eller forkortet i denne opgave.

- De tre spiseforstyrrelser der vil være fokus på i denne opgave forkortes for notationsbekvemmelighed. Nervøs spisevægring – anoreksi – forkortes til AN (af betegnelsen *anorexia nervosa*). I undertiden vil der desuden refereres til to subtyper af anoreksi: Anoreksi hovedsageligt med begrænset indtagelse af mad forkortes AN-R (af det engelske *restricting*), og anoreksi med kompenserende adfærd og/eller episoder med overspisning, forkortes AN-BP (af det engelske *binge-purge*). Bulimi vil forkortes til BN (af betegnelsen *bulimia nervosa*). Tvangsoverspisning forkortes til BED (af det engelske *binge-eating disorder*). Yderligere forkortes spiseforstyrrelse til ED (af det engelsk *eating disorder*) og EDs i flertal.
- Mishandling (eng: *maltreatment*) vil i opgaven blive brugt som den overordnede betegnelse for uacceptabel og skadelig behandling af børn. Af forskellige former for mishandling vil der her blive skelnet mellem tre former for vold i barndommen (eng: *childhood abuse*) og to former for omsorgssvigt (eng: *neglect*), dette baseret på den inkluderede litteratur. De tre typer af vold, der skelnes mellem, er hhv. seksuel (eng: *sexual abuse*), fysisk (eng: *physical abuse*) og emotionel vold (eng: *emotional abuse* og *psychological abuse*; i litteraturen skelnes der ikke mellem de to forskellige betegnelser, der er blevet anvendt om samme type vold). De to typer omsorgssvigt, der skelnes mellem, er hhv. fysisk (eng: *physical neglect*) og emotionel omsorgssvigt (eng: *emotional neglect*). Der skelnes ikke altid mellem de typer i litteraturen, hvor betegnelsen omsorgssvigt vil blive anvendt uden typespecificering.
- I opgaven vil der være fokus på adskillelige interpersonelle oplevelser, som kan påvirke et individ negativt; herunder både oplevelser, der lever op til kravene for at være en potentielt

traumatisk begivenhed, såsom fysisk vold i barndommen, samt hændelser der ikke nødvendigvis lever op til disse krav, såsom mobning. Derfor er betegnelsen *potentielt skadelig oplevelse* (løst baseret på det engelske *adverse experience*) blevet valgt som det overordnede begreb. Potentielt skadelige oplevelse forkortes til PSO og PSOer i flertal.

- I opgaven refereres der jævnligt til barndom, med hvilket der menes de første atten år af et individs liv.

Teori

I denne første del af opgaven vil der blive dannet et fundament for det efterfølgende systematiske review, diskussion og perspektivering. Dette vil blive gjort ved at gennemgå teori og studier, der har relevans for opgavens problemformulering. Først vil generel teori om spiseforstyrrelser (EDs) blive gennemgået, herunder også problemer i behandlingen af denne form for psykiske lidelser. Dette gøres for at fremhæve relevansen af opgavens fokus, da såfremt der ikke var nogle problemer i forebyggelsen og behandlingen af EDs, ville der ikke være samme praktiske relevans for at undersøge de faktorer, der kan være med til øge risikoen for udvikling af EDs.

Som det pointeres i problemformuleringen, er der her fokus på en specifik gruppe af individer med EDs: Individer der har oplevet emotionel vold, emotionel omsorgssvigt eller mobning i barndommen. Dette fokus skyldes, at der ifm. med risikofaktorer for udvikling af EDs har været et større fokus på udsættelse for seksuel og fysisk vold i barndommen. Interessen for andre skadelige oplevelser, herunder emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning, som risikofaktorer for udvikling af EDs er opstået senere hen. På nuværende tidspunkt tyder den eksisterende forskning på, at disse tre former for potentielt skadelige oplevelser (PSOer) er uspecifikke risikofaktorer for udviklingen af EDs, som oplevelse af seksuel vold i barndommen også er. Af denne grund vil der i anden del af opgaven være fokus på oplevelse af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning

i barndommen, sammenhængen mellem disse PSOer og EDs, samt hvordan oplevelse af disse PSOer kan påvirke sygdomsbilledet hos individer med EDs. Dette gøres for at fremhæve relevansen af, at undersøge medierende faktorer i forholdet mellem lige netop disse PSOer og EDs.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlet betegnelse for psykiske lidelser, der har at gøre med et patologisk forhold til mad, vægt og kropsbillede. Dette er overordnet set forbundet med, at det pågældende individ indtager mere eller mindre mad, end hvad man ville forvente af et individ, der ikke lider af en ED (Selby, 2019; Sundhedsstyrelsen [SST], 2005). EDs er forbundet med forskellige symptombilleder, der er afhængige af de forskellige diagnoser og er forbundet med en række negative konsekvenser på forskellige områder af individets liv. Disse områder inkluderer både fysisk sundhed, psykisk velbefindende og interpersonelle relationer (American Psychiatric Association [APA], 2013; Selby, 2019; SST, 2005). Der vil i opgaven være fokus på de tre spiseforstyrrelser anoreksi (AN), bulimi (BN) og tvangsoverspisning (BED). Dette valg er foretaget på baggrund af, at der i litteraturen inden for det nærværende område er fokus på disse tre diagnoser, samt at udførlige beskrivelser af diagnoserne er tilgængelige i relevante klassifikationssystemer. Disse tre EDs vil blive gennemgået individuelt nedenfor.

Gennemgangen af de tre ED-diagnoser vil tage udgangspunkt i både *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10* (ICD-10), samt *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5). Både ICD-10 og DSM-5 er klassifikationssystemer, der anvendes i arbejdet med psykiske lidelser, både i forsknings- og behandlingsøjemed. DSM-5 er den nyligste udgave af klassifikationssystemet, der anvendes i USA. ICD-10 er det klassifikationssystem, der anvendes i Europa, hvorfor det er relevant at gennemgå diagnosekriterierne fra dette system i denne opgave. Årsagen til at der ikke udelukkende tages udgangspunkt i ICD-10 er, at DSM-5 i langt

højere grad anvendes i forskningsmæssigt øjemed inden for feltet psykologi, inklusiv den forskning der inddrages i nærværende opgave.

Også andre forstyrrelser relateret til spisning eksisterer. I ICD-10 (Munksgaard, 1998) er *trøstespisning*, *opkastning forbundet med anden psykisk forstyrrelse*, *andre spiseforstyrrelser* og *spiseforstyrrelse, uspecificeret* inkluderet. I DSM-5 (APA, 2013) er *pica*, *rumination disorder*, *avoidant/restrictive food intake disorder*, *other specified feeding or eating disorder* og *unspecified feeding or eating disorder* inkluderet. Disse forstyrrelser vil ikke blive beskrevet nærmere i nærværende opgave, men er blevet nævnt ovenfor for at vise, at viften af EDs inkluderer andet og mere end blot AN, BN og BED, selvom disse er de oftest omtalte.

Anoreksi

AN er en lidelse, der er forbundet med et bevidst vægttab eller bevidst vedligeholdelse af en lav kropsvægt (Munksgaard, 1998; World Health Organization [WHO], 1992). Individer med AN oplever oftest en patologisk optagethed af mad, vægt og kropsbillede og er præget af en gennemgribende angst for at tage på i vægt (Munksgaard, 1998; SST, 2005).

Diagnosekriterierne for AN (betegnet nervøs spisevægring) er beskrevet under diagnosekode F50.0, og diagnosekriterierne består ifølge ICD-10 af fem punkter, opstillet i punktform med bogstaver (Munksgaard, 1998). Diagnosekriterie A beskriver et vægttab, eller en manglende vægtøgning hos børn, der fører til en kropsvægt på mindre end 15% af den forventede normalvægt (Munksgaard, 1998), hvilket kan komme til udtryk ved enten et bevidst vægttab eller vedligeholdelse af et ikke-bevidst vægttab. Diagnosekriterie B omhandler undgåelse af fedende føde (Munksgaard, 1998), hvilket eksempelvis kan komme til udtryk ved at individet sætter sig en lav øvre grænse for dagligt indtag af kalorier eller undgår specifikke fødevarer eller -grupper. Diagnosekriterie C omhandler forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme

(Munksgaard, 1998), hvilket eksempelvis kan komme til udtryk ved, at individet ikke er i stand til at se, at vedkommende er undervægtig, når denne f.eks. ser sit eget spejlbillede. Diagnosekriterie D beskriver endokrine forstyrrelser af det hypothalamiske-hypofysære-gonadale system, der kan medføre amenorrhea (udeblivelse af menstruationer hos kvinder eller piger, der har oplevet deres første menstruation), samt svækket libido og potens (Munksgaard, 1998). Hos individer, der endnu ikke har nået puberteten, kan diagnosekriterie D komme til udtryk ved forsinket pubertet. Diagnosekriterie E kræver, at BN ikke er til stede hos det pågældende individ (Munksgaard, 1998).

Ved opfyldelse af alle ovenstående kriterier kan en klar diagnose for AN stilles. En diagnose for atypisk AN, diagnosekode F50.1, kan også stilles. Denne diagnose kan stilles i tilfælde, hvor kernesymptomerne er til stede i en mild grad, eller hvis et nogenlunde typisk sygdomsbillede forekommer med undtagelse af tilstedeværelsen for ét eller flere af hovedsymptomerne, såsom manglende signifikant vægttab eller manglende menstruationsstop (Munksgaard, 1998; WHO, 1992).

I DSM-5 (APA, 2013) består diagnosekriterierne for AN af tre kriterier, der er opstillet i punktform med bogstaver. Diagnosekriterie A beskriver begrænsning af energioptag i forhold til individets energibehov, der leder til en kropsvægt, der er signifikant lavere end hvad der er normalt, eller hos børn forventet, ud fra individets køn, alder, udvikling og fysisk helbred (APA, 2013). Diagnosekriterie A fra DSM-5 kan komme til udtryk på samme vis, som hvad der ovenfor er blevet beskrevet for diagnosekriterierne A og B fra ICD-10. Diagnosekriterie B i DSM-5 beskriver en intens frygt for at tage på i vægt eller at blive overvægtig, eller vedvarende handlinger, der modarbejder vægtøgning på trods af en signifikant lav kropsvægt (APA, 2013). Diagnosekriterie C beskriver, at individet oplever en forvrænget opfattelse af sin kropsvægt eller kropsform, i overdreven grad baserer sin selvopfattelse på sin kropsvægt, eller udviser en vedvarende mangel på erkendelse af alvoren ved sin lave kropsvægt (APA, 2013). Den forvrængede opfattelse af kropsvægt og/eller -form fra diagnosekriterie C fra DSM-5 kan komme til udtryk på samme måde, som hvad der ovenfor er

beskrevet for diagnosekriterie C fra ICD-10. Den overdrevne basering af selvopfattelse på sin kropsvægt kan eksempelvis komme til udtryk ved sort/hvid-tænkning: individet kan opfatte sig selv som god og rigtig, når kropsvægten er lav, og omvendt, hvis vedkommende tager på. Den vedvarende mangel på erkendelse af alvoren ved sin lave kropsvægt kan eksempelvis komme til udtryk ved lav motivation for bedring, modvilje mod – eller direkte modarbejdelse af – behandling.

I DSM-5 skelnes der mellem forskellige sværhedsgrader af AN, hvilket baseres på graden af det vægttab, der er beskrevet i diagnosekriterie A (APA, 2013). BMI (af engelsk: *body mass index*) bliver for voksne anvendt til at bedømme sværhedsgraden af vægttabet, mens BMI-percentiler bliver anvendt for børn og unge (APA, 2013). BMI er en formel, der anvender individets højde i meter og vægt i kilogram til at indekserer forholdet mellem disse to faktorer, udtrykt ved kg/m^2 . Ifølge DSM-5 (APA, 2013) svarer et BMI på over 17 til en mild grad af AN, et BMI på 16-16,99 til en moderat grad, et BMI på 15-15,99 til en svær grad af AN, og et BMI under 15 til en ekstrem grad af AN. Yderligere skelnes der mellem fuld og delvis remission (APA, 2013). Delvis remission opnås, når et individ, som tidligere har mødt alle diagnosekriterierne, ikke længere opfylder kriterie A omhandlende lav kropsvægt, men stadig opfylder enten kriterie B eller C (APA, 2013). Dette kan beskrives som en fysisk remission med psykiske restsymptomer. Fuld remission opnås, når et individ, som tidligere har mødt alle diagnosekriterierne, ikke længere opfylder nogle af kriterierne (APA, 2013). For begge typer af remission skal ændringer i opfyldte kriterier have været gældende over en periode (APA, 2013), om end længden af denne tidsperiode ikke specificeres.

To forskellige subtyper af AN bliver beskrevet i DSM-5 (APA, 2013). Den første subtype, den begrænsende subtype (AN-R), har diagnosekoden F50.01 (APA, 2013). AN-R er karakteriseret ved, at det påvirkede individ gennem de seneste tre måneder ikke har oplevet gentagne episoder med overspisning eller kompenserende adfærd i form af fremprovokerede opkastninger, brug af afføringsmidler eller vanddrivende midler (APA, 2013). Individet med AN-R opnår hovedsageligt

vægttab gennem begrænset indtag af mad, faste og/eller overdreven motion (APA, 2013). Den anden subtype, den overspisende og/eller kompenserende subtype (AN-BP), har diagnosekoden F50.02 (APA, 2013). AN-BP er karakteriseret ved, at individet gennem de seneste tre måneder har oplevet gentagne episoder med overspisning og/eller kompenserende adfærd, dette i form af eksempelvis fremprovokerede opkastninger, brug af afføringsmidler eller vanddrivende midler (APA, 2013). Som det fremgår af ovenstående, kan AN-R beskrives som den klassiske forestilling af AN, i tråd med hvordan lidelsen ofte opfattes i hverdagen og medierne. AN-BP deler derimod symptomer med BN og BED. Ved AN-BP oplever individet ikke nødvendigvis både episoder med overspisning og episoder med kompenserende adfærd, adskiller AN-BP fra BN. Kompenserende adfærd, såsom fremprovokerede opkastninger, kan hos personer med AN-BP forekomme efter indtagelse af blot en lille eller normal mængde mad, hvilket yderligere adskiller lidelsen fra BN, hvor individet hovedsageligt udfører kompenserende adfærd efter overspisningsepisoder.

Som det ses af ovenstående, er der ikke de store forskelle i diagnosekriterierne for AN i DSM-5 og ICD-10. I selve diagnosekriterierne er den største forskel, at der i DSM-5 inkluderes flere kognitive symptomer end i ICD-10. I både ICD-10 og DSM-5 beskrives frygt for at tage på og forvrænget kropsopfattelse, men i DSM-5 beskrives også en manglende erkendelse i alvoren ved en meget lav kropsvægt, samt en overdreven basering af selvopfattelse på sin kropsvægt. Dette giver et mere nuanceret billede af de dysfunktionelle kognitioner, der kan være en del af AN. Herudover beskrives der i ICD-10 atypisk AN, mens DSM-5 beskriver de to subtyper: AN-R og AN-BP. Begge former for undertyper kan gøre, at færre personer får en uspecificeret ED-diagnose, selvom individer med to forskellige symptombilleder berøres. I ICD-10 er det individer med typiske, men færre, AN-symptomer, der kan få diagnosen atypisk AN, mens det i DSM-5 er individer med AN-symptomer og lejlighedsvis overspisning og/eller kompenserende adfærd, der kan få diagnosen AN-BP.

Yderligere skelnes der i DSM-5 også mellem sværhedsgraden af AN, samt gives beskrivelser af delvis og fuld remission, hvilket er mindre klart i ICD-10.

Bulimi

BN er en lidelse forbundet med gentagne episoder af overspisning, samt et forstyrret kropsbillede og en overdreven optagethed af kropsvægt, der sammenlagt fører til, at individet med BN anvender ekstreme metoder til at modvirke den vægtøgning, som overspisningerne kan medføre (Munksgaard, 1998; SST, 2005; WHO, 1992). Individer med BN er ofte normalvægtige (SST, 2005), hvilket adskiller sig fra den typiske undervægt hos individer med AN.

Diagnosekriterierne for BN (betegnet nervøs spiseanfaldstilbøjelighed) er beskrevet under diagnosekode F50.2 og diagnosekriterierne består ifølge ICD-10 af fire kriterier, opstillet i punktform med bogstaver (Munksgaard, 1998). Diagnosekriterie A beskriver, at individet oplever spiseanfald mindst to gange ugentligt i mindst tre måneder (Munksgaard, 1998). Diagnosekriterie B beskriver, at individet oplever spisetrang (*craving*; Munksgaard, 1998). Diagnosekriterie C beskriver, at individet forsøger på at modvirke vægtøgning ved brug af mindst en af følgende metoder: (1) opkastning; (2) brug af afføringsmidler; (3) fasten; eller (4) brug af afmagringspiller, vanddrivende midler eller medicin anvendt ved lavt stofskifte (Munksgaard, 1998). Diagnosekriterie D beskriver, at individet oplever forstyrret kropsopfattelse og er bange for at blive overvægtig (Munksgaard, 1998). Et eksempel på, hvordan disse symptomer samlet kommer til udtryk hos individer med BN kan være som følger: Individet oplever en vedvarende spisetrang, særligt i forhold til fødevarer rige på fedt og kulhydrater. Denne spisetrang kan føre til episoder med overspisning, hvor individet inden for kort tid indtager store mængder af mad sammenlignet med, hvor meget en gennemsnitlig person ville indtage inden for samme tidsperiode. Disse episoder med overspisning kan være forbundet med en følelse af kontroltab i situationen, og kan efterfølgende fylde individet med skam, særligt grundet

individets frygt for vægtøgning og overvægt. Denne frygt kan yderligere være øget grundet individets forstyrrede opfattelse af egen krop og vægt, hvor individet kan se sig selv som værende buttet eller overvægtig, på trods af faktisk normal- eller undervægt. For at modvirke en eventuel vægtøgning, vil individet efter en episode med overspisning udføre kompenserende adfærd, som beskrevet ved diagnosekriterie C.

Ved opfyldelse af alle ovenstående kriterier kan en definitiv diagnose for BN stilles. Diagnosen atypisk BN kan stilles (diagnosekode F50.3), når individet opfylder nogle af kriterierne for BN, men ét eller flere kriterier ikke er opfyldt (Munksgaard, 1998). Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis individet oplever spiseanfald mindre end to gange ugentligt, men derudover opfylder resten af kriterierne.

I DSM-5 (APA, 2013) består diagnosekriterierne for BN af fem kriterier, der er opstillet i punktform med bogstaver. Diagnosekriterie A beskriver, at individet oplever gentagne episoder med overspisning (APA, 2013). Disse perioder med overspisning er karakteriseret ved begge af følgende kriterier: (1) inden for en kort tidsperiode, på maksimalt to timer, bliver der indtaget en mængde af mad, der er definitivt større, end hvad de fleste individer ville indtage i løbet af en lignende tidsperiode; og (2) en følelse af manglende kontrol over madindtaget er til stede under episoden, eksempelvis en følelse af, at individet ikke er i stand til at kontrollere hvad eller hvor meget, der bliver spist, eller ikke er i stand til at stoppe med spise (APA, 2013). Som det ses af ovenstående, kommer diagnosekriterie A fra DSM-5 til udtryk på samme vis som diagnosekriterie A fra ICD-10. Diagnosekriterie B specificerer, at individet oplever gentagne episoder med kompenserende adfærd af uhensigtsmæssig karakter, eksempelvis fremprovokerede opkastninger, anvendelse af vanddrivende midler, afføringsmidler eller anden medicin, faste eller overdreven motion, med henblik på at undgå vægtøgning (APA, 2013). Kriterie B fra DSM-5 kommer til udtryk på samme vis som kriterie C fra ICD-10. Dog bliver overdreven motion ikke nævnt i diagnosen for BN i ICD-10.

Diagnosekriterie C beskriver, at episoderne med hhv. kompenserende adfærd og overspisning begge gennemsnitligt finder sted én gang om ugen eller oftere og har fundet sted over en periode på mindst tre måneder (APA, 2013). Kriterie C fra DSM-5 minder om kriterie A fra ICD-10, da begge omhandler frekvensen af episoder med overspisning. Dog adskiller diagnosekriteriet fra DSM-5 sig ved, at frekvensen er angivet til gennemsnitligt mindst én gang ugentligt, mens den angivne frekvens i ICD-10 er gennemsnitligt mindst to gange ugentligt. Yderligere inkluderes i DSM-5 også et krav om frekvensen af episoder med kompenserende adfærd, hvilket ikke er tilfældet i ICD-10. Diagnosekriterie D beskriver, at individets selvevaluering er overdrevent baseret på kropsvægt og -form (APA, 2013). Dette kriterie kan eksempelvis, ligesom der er beskrevet for AN, komme til udtryk ved sort/hvid-tænkning om sig selv baseret på sin vægt. Dette diagnosekriterie er ikke inkluderet i ICD-10, ligesom diagnosekriteriet om forvrænget opfattelse af kropsvægt og vægt fra ICD-10 ikke er inkluderet i DSM-5. Diagnosekriterie E kræver, at forstyrrelserne, som karakteriserer BN, ikke kun forekommer under episoder med AN (APA, 2013). I tilfælde af, at dette sidste kriterie ikke var opfyldt, ville der ikke være tale om BN, men derimod AN-BP. Dette hænger sammen med, at diagnoserne AN, BN og BED er gensidigt ekskluderende (APA, 2013).

I DSM-5 skelnes der mellem forskellige sværhedsgrader af BN, dette baseret på det gennemsnitlige antal ugentlige episoder med kompenserende adfærd (APA, 2013). Gennemsnitligt svarer 1-3 ugentlige episoder til en mild grad af BN, 4-7 ugentlige episoder svarer til en moderat grad, 8-13 ugentlige episoder svarer til en svær grad, mens 14 eller flere ugentlige episoder svarer til en ekstrem grad af BN (APA, 2013). Yderligere skelnes der mellem delvis eller fuld remission. Delvis remission opnås, når et individ, der tidligere har opfyldt alle diagnosekriterierne, stadig opfylder nogle af kriterierne, men ikke længere opfylder alle kriterierne (APA, 2013). Fuld remission opnås, når et individ, der tidligere har opfyldt alle diagnosekriterierne for BN, ikke længere opfylder nogen af kriterierne (APA, 2013). Betingelserne for remissionen skal have været opfyldt over en tidsperiode,

før enten delvis eller fuld remission er opnået (APA, 2013). Dog er det ikke angivet, hvor lang denne tidsperiode skal være.

Ligesom hvad der er tilfældet for AN, minder diagnosekriterierne for BN i ICD-10 og DSM-5 meget om hinanden. Dog bliver overspisningsepisoderne tydeligere beskrevet i DSM-5 sammenlignet med ICD-10. Yderligere beskrives der i DSM-5, som ved AN, at individet i overdreven grad baserer sit selvværd på sin kropsvægt, hvilket ikke er beskrevet i ICD-10. Desuden er det krævede antal af ugentlige episoder med overspisning (og kompenserende adfærd) kun én ugentlig episode i DSM-5, hvor to ugentlige episoder kræves i ICD-10. Derfor vil der være flere individer der ville få stillet den fulde diagnose BN ud fra DSM-5, hvor individer med kun én ugentlig overspisningsepisode ud fra ICD-10 ville få diagnosen atypisk BN. Dog ses det også, at symptomerne ud fra kriterierne i DSM-5 skal have fundet sted i mindst tre måneder, hvilket ikke er et krav i ICD-10. Ligesom for AN bliver der i DSM-5 også skelnet mellem forskellige sværhedsgrad, samt delvis og fuld remission i DSM-5, hvilket er uklart i ICD-10.

Tvangsoverspisning

BED er en lidelse, der ligesom BN, er forbundet med regelmæssige episoder af overspisning. BED er ikke inkluderet i ICD-10, men har været inkluderet i DSM, siden den fjerde udgave, som én af lidelserne under betegnelsen EDNOS (*eating disorder not otherwise specified*), og siden som en formel diagnose i den femte udgave af DSM (APA, 2013; Selby, 2019; SST, 2005). Af denne grund vil beskrivelsen af BED som diagnose kun tage udgangspunkt i DSM-5. BED er dog beskrevet ud fra DSM-5 i sundhedsstyrelsens retningslinjer for EDs (SST, 2005).

I DSM-5 (APA, 2013) består diagnosekriterierne for BED af fem kriterier, der er opstillet i punktform med bogstaver. Diagnosekriterie A beskriver, at individet oplever gentagne episoder med overspisning (APA, 2013). Disse perioder med overspisning er karakteriseret ved begge følgende

kriterier: (1) inden for en kort tidsperiode, på maksimalt to timer, bliver der indtaget en mængde af mad, der er definitivt større, end hvad de fleste individer ville indtage i løbet af en lignende tidsperiode; og (2) en følelse af manglende kontrol over indtaget er til stede under episoden, eksempelvis en følelse af, at individet ikke er i stand til kontrollere hvad eller hvor meget, der bliver spist, eller ikke er i stand til at stoppe med spise (APA, 2013). Dette diagnosekriterie er identisk med diagnosekriterie A for BN i DSM-5 og kommer til udtryk på samme vis. Diagnosekriterie B beskriver, at episoderne med overspisning er forbundet med mindst tre af følgende karakteristika: individet (1) spiser meget hurtigere end normalt, (2) spiser til vedkommende føler sig ubehageligt mæt, (3) spiser store mængder af mad, selvom vedkommende ikke føler sig sulten, (4) spiser alene grundet forlegenhed over den mængde mad, vedkommende spiser, og (5) oplever en følelse af afsky over sig selv, deprimeret humør eller stærk skyldfølelse efter episoden (APA, 2013). Diagnosekriterie C beskriver, at individet oplever markant lidelse relateret til overspisningsepisoderne (APA, 2013). Diagnosekriterie D beskriver, at episoderne gennemsnitligt set finder sted mindst én gang ugentligt og har fundet sted i mindst tre måneder (APA, 2013). Frekvensen af episoder med overspisning der kræves, for at diagnosen BED kan stilles, er den samme som ved BN ifølge DSM-5-kriterierne. Diagnosekriterie E beskriver, at overspisningen ikke må være associeret med den form for uhensigtsmæssig kompenserende adfærd, som finder sted ved BN, og ikke kun finder sted under i en periode, hvor enten AN eller BN er til stede (APA, 2013). Ligesom for diagnosekriterie E for BN i DSM-5, har dette diagnosekriterie at gøre med, at tilstedeværelsen af enten AN, BN eller BED på det givne tidspunkt udelukker de to andre diagnoser. Som beskrevet har diagnosekriterierne for BED adskillige karakteristika tilfælles med særligt BN. Dog adskiller BED-diagnosekriterierne sig fra AN og BN ved mere end blot, at kompenserende adfærd ikke forekommer. I diagnosekriterierne for BED er det ikke beskrevet, at individet skal have en forvrænget opfattelse af sin kropsform eller -vægt, være bange for overvægt eller basere sin selvopfattelse på sin kropsvægt eller -form. Derimod

er det i kriterierne beskrevet, at de negative følelser, der opleves, er forbundet med selve overspisningen. Dette er interessant, da det kunne tyde på, at andre mekanismer spiller ind i udviklingen og vedligeholdelsen af BED, sammenlignet med AN og BN, såfremt denne antagelse er korrekt.

I DSM-5 skelnes der mellem sværhedsgraden af BED baseret på antallet af gennemsnitlige ugentlige episoder af overspisning (APA, 2013). 1 til 3 ugentlige episoder med overspisning svarer til en mild grad af BED, 4 til 7 ugentlige episoder til en moderat grad, 8 til 13 ugentlige episoder til en svær grad, og 14 eller flere ugentlige episoder svarer til en ekstrem grad af BED (APA, 2013). Frekvensen af ugentlige episoder med overspisning for opfyldelse af en specifik sværhedsgrad af BED svarer til frekvensen af episoder med kompenserende adfærd for opfyldelse af en specifik sværhedsgrad af BN. Yderligere skelnes der mellem fuld og delvis remission. Delvis remission er defineret som, at et individ, der tidligere har opfyldt alle diagnosekriterierne for BED, ikke længere opfylder alle kriterierne, men stadig opfylder nogen kriterier (APA, 2013). Fuld remission er defineret som, at et individ, der tidligere har opfyldt alle diagnosekriterierne for BED, ikke længere opfylder nogen af de angivne kriterier (APA, 2013). Som ved både AN og BN skal betingelserne for remissionen have været opfyldt over en tidsperiode, før enten delvis eller fuld remission er opnået (APA, 2013). Dog er det ikke angivet, hvor lang denne tidsperiode skal være.

Epidemiologi

I Danmark alene menes der at være omkring 75.000 personer, herunder inkluderet både voksne, unge og børn, der lider af en ED (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade [LMS], 2019). 5.000 af disse personer menes at lide af AN, 30.000 af BN og 40.000 af BED (LMS, 2019). Et muligt problem med disse prævalensestimater er, at de er baseret på estimaterne fra Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005, hvor punktprævalensen af spiseforstyrrelser blev estimeret til at være 0.3% af

kvinder i Danmark for AN, 2% for BN og 3% for BED (SST, 2005). Disse tal er af LMS blevet korrigeret til at tage højde for, at rapporten fra SST ikke inkluderer mænd, drenge, unge under 15 år og voksne over 45 år (personlig korrespondance med Videncenter om spiseforstyrrelser og selvskaade [ViOSS], 26. februar 2020). Nyere tal for prævalens af EDs i Danmark blev ikke fundet. Danmarks Statistik ([DST], 2019) fører ikke statistik over EDs, men henviser til hjemmesiderne for LMS, Psykiatrifonden, Socialstyrelsen og Vidensråd for Forebyggelse. I Socialstyrelsens rapport blev der kun fundet antallet personer med svære EDs, hvilket i 2017 var 132 børn og 248 voksne på landsplan (Socialstyrelsen, 2020). Psykiatrifonden henviser til udenlandske studier, samt LMS (Psykiatrifonden, 2019a; 2019b; 2020), mens der i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse (Due et al., 2014) igen henvises til tallene fra SST og LMS. Samlet set er der altså to eventuelle problemer ved de omtalte prævalenser for spiseforstyrrelser i Danmark: De er femten år gamle og er baseret på internationale estimater, i stedet for danske data.

Dog findes et nyere review af epidemiologisk litteratur, der omhandler prævalensen af EDs i de nordiske lande fra 1994 til 2016 (Dahlgren, Stedahl & Wisting, 2018). Det antages her, at der kan tages udgangspunkt i disse prævalenser i denne opgave på baggrund af, at resten af de nordiske lande er meget lig Danmark. Reviewet inkluderede samlet set 19 studier fra Finland, Sverige, Norge og Island, mens ingen studier fra Danmark blev fundet. I reviewets inkluderede studier blev der fundet en samlet livstidsprævalens af EDs mellem 7.0% og 17.9% hos kvinder og mellem 0.0% til 6.5% for mænd (Dahlgren et al., 2018). Yderligere blev der i de inkluderede studier fundet livstidsprævalenser for kvinder, der rangerede mellem 0.2% og 2.9% for AN, mellem 0.0% til 2.3% for BN og mellem 0.7% til 5.8% for BED (Dahlgren et al., 2018). De fundne livstidsprævalenser fra de inkluderede studier rangerede for mænd mellem 0.0% og 0.4% for både AN og BN (Dahlgren et al., 2018). Kun ét af de inkluderede studier undersøgte livstidsprævalensen af BED hos mænd, hvilket blev fundet til at være 0.9% (Dahlgren et al., 2018). Her er det værd at nævne, at studiet, der inkluderede

livstidsprævalensen af BED hos mænd, undersøgte 14-15-årige (Dahlgren et al., 2018), hvorfor den egentlige livstidsprævalens for den generelle befolkning sandsynligvis er højere, med deltagernes unge alder taget i betragtning. Yderligere blev også punktprævalensen undersøgt. I de inkluderede studier rangerede de fundne punktprævalenser for EDs samlet hos kvinder mellem 2.6% og 8.0%, mellem 0.0% og 0.5% for AN, mellem 0.5% og 3.0% for BN og mellem 0.3% og 1.5% for BED (Dahlgren et al., 2018). For mænd rangerede punktprævalensen i de inkluderede studier for EDs samlet mellem 0.0% og 2.5%, mellem 0.0% og 0.2% for AN, mellem 0.0% og 0.8% for BN og mellem 0.0% og 0.4%, for BED (Dahlgren et al., 2018). Som det fremgår af ovenstående, er der i nogle tilfælde en stor forskel på den prævalens, der blev fundet i hhv. det studie, der fandt den højeste prævalens, og det studie, der fandt den lavest prævalens. Dette kan skyldes, at de inkluderede studier var meget heterogene ift. deres metoder (interviews, selvrapportering med spørgeskemaer og data fra landets sundhedsvæsen), samt forsøgsparticipanter (skoleelever, deltagere fra registre, data fra landets sundhedsvæsen) (Dahlgren et al., 2018). Eksempelvis kan studier med unge deltagere have fundet en lavere livstidsprævalens af de(n) givne ED(s).

På internationalt plan – her baseret på DSM-5 (APA, 2013) – er 12-månedersprævalensen af AN omkring 0.4%, omkring 1% til 1.5% for BN hos unge kvinder. Mindre vides om prævalensen af AN og BN hos mænd, men forholdet mellem prævalensen hos kvinder og mænd menes at være omkring 10:1 (APA, 2013). 12-månedersprævalensen af BED hos voksne menes at være 1.6% hos kvinder og 0.8% hos mænd (APA, 2013), hvilket er en meget mindre kønsforskel, end hvad der ses for AN og BN. Denne fordeling af EDs hos mænd og kvinder støttes af resultaterne af en metaanalyse udført af Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer og Stewart Agras (2004), hvor den fundne ratio for kvinder og mænd med EDs var 10:1 for AN og BN og 2.5:1 for BED.

Det stereotype billede af spiseforstyrrelser som forekommende hos unge kaukasiske kvinder med en middel til høj socioøkonomisk status (SES, af det engelske *socioeconomic status*) er ikke

absolut korrekt. Som det ses af ovenstående, forekommer EDs også hos mænd, om end færre mænd end kvinder lider af EDs. Yderligere startede EDs som et hovedsageligt vestligt problem, men forekomsten af EDs har bredt sig til andre dele af verden. Forekomsten af EDs er steget i de individuelle lande i takt med, at disse er blevet mere industrialiserede, urbaniserede og globaliserede. Som et eksempel kan Asien nævnes (Pike & Dunne, 2015). I forskellige lande i Asien ses det, at graden af utilfredshed med egen krop og internalisering af det tynde kropsideal er steget i takt med, at vestlige medier er blevet udbredt i det pågældende land (Pike & Dunne, 2015). Sammenlignet med kaukasiske amerikanere er der desuden blevet fundet en lavere prævalens af EDs hos afroamerikanere og asiatiske amerikanere, en sammenlignelig prævalens af EDs hos latinamerikanere, og en højere prævalens af EDs hos indfødte amerikanere (Jacobi et al., 2004). Dette tyder på, at sammenhængen mellem EDs og etnicitet er mere forskelligartet, end hvad det stereotype billede giver udtryk for. Selvom det tyder på, at kulturelle forskelle kan føre til forskellige sygdomsbilleder – eksempelvis tilfælde af AN uden frygt for at tage på og uden forvrænget kropsbillede hos nogle kvinder i Hong Kong – vides der endnu ikke så meget om disse forskelle (Pike & Dunne, 2015).

Typisk forløb og behandling

Både AN, BN og BED ses oftest hos unge personer, og sygdommen debuterer oftest i teenageårene eller de første voksenår (APA, 2013; Selby, 2019). Dog ses der også AN, BN og BED hos midaldrende og ældre mennesker, samt i stigende grad hos børn (APA, 2013; Selby, 2019). Flere tilfælde af BED ses hos midaldrende mennesker end tilfælde af AN og BN (APA, 2013). Det skal understreges, at antallet af tilfælde i disse aldersgrupper er langt lavere end hos teenagere og unge voksne.

Både AN og BN debuterer ofte efter en frivillig, ikke-patologisk diæt og/eller stressende hændelser, mens BED oftest starter med overspisningsepisoder efterfulgt af forsøg på vægttab ved

hjælp af diæter (Hilbert et al., 2014; APA, 2013). Disse stressende hændelser behøver ikke at være af en negativ karakter, men kan eksempelvis dække over at starte på gymnasiet eller at flytte hjemmefra.

Ifølge sundhedsstyrelsens retningslinjer (SST, 2005) fra 2005 er de anbefalede psykoterapeutiske behandlingsmetoder for EDs hhv. kognitiv og interpersonel terapi for BN og kognitiv terapi for BED. Ifølge sammen retningslinjer (SST, 2005) er det for individer med AN kun muligt at komme med en evidensbaseret anbefaling af familierapi, og dette kun for unge med et kortvarigt sygdomsforløb. Disse retningslinjer er 15 år gamle, og anbefalingerne er muligvis forældede, hvilket er sandsynligt når man ser på anbefalinger fra andre lignende organisationer. På baggrund af dette, vil der her i stedet være fokus på retningslinjerne fra Storbritanniens National Institute for Health and Care Excellence ([NICE], 2017), der kun er tre år gamle. NICE er en organisation, hvis mål er at øge kvaliteten og udbyttet af behandlinger indenfor det sundhedsfaglige felt i Storbritannien, bl.a. gennem udformning af evidensbaserede retningslinjer.

Ifølge NICE (2017) bør der i behandlingen af EDs være et tværfagligt samarbejde, hvor både individets mentale og fysiske helbred monitoreres. Særligt for AN bør vægt også monitoreres, hvor opnåelse af normalvægt skal være en af de første prioriteter, da undervægt påvirker individets udbytte af psykoterapeutisk behandling negativt (NICE, 2017). Fælles for behandling af AN, BN og BED er også, at psykoedukation er en vigtig del af behandlingen (NICE, 2017). For børn og unge med AN anbefaler NICE (2017), at familien så vidt muligt involveres i terapien. I tråd med dette anbefales AN-fokuseret familieorienteret terapi (FT-AN) som den første tilbudte behandlingsmetode for denne målgruppe. Hvis FT-AN enten ikke er en mulighed for det pågældende individ, eller hvis behandlingen er ineffektiv, anbefales ED-orienteret kognitiv adfærdsterapi (CBT-ED, af engelsk: *Cognitive behavior therapy for eating disorders*). For voksne med AN anbefaler NICE (2017) individuel CBT-ED eller Maudsley AN-behandling for voksne (MANTRA, af engelsk: *Maudsley anorexia nervosa treatment for adults*). Yderligere anbefales ED-fokuseret fokal psykodynamisk

terapi (FPT), dette såfremt at både CBT-ED og MANTRA enten ikke er en mulighed for individet eller er ineffektive. For både BN og BED anbefaler NICE, at vægtændring, herunder vægttab, ikke bør være et mål med terapien, herunder fordi diætrelateret adfærd kan gøre det sværere for de implicerede individer at afstå fra overspisningsepisoder. For børn og unge med BN anbefaler NICE (2017) BN-fokuseret familieorienteret terapi (FT-BN). Hvis FT-BN ikke er en mulighed eller behandlingen er ineffektiv anbefales CBT-ED. For voksne med BN anbefales guidet selvhjælp baseret på kognitiv adfærdsterapi (KAT) som den første mulige behandling. Hvis dette er ineffektivt, er den næste anbefalede behandlingsmetode CBT-ED. For individer med BED anbefaler NICE (2017) KAT-baseret selvhjælp eller KAT-baseret guidet selvhjælp. Hvis dette er ineffektivt, er den næste anbefalede behandlingsmetode CBT-ED. De anbefalede psykoterapeutiske behandlingsmetoder for individer med BED er ens for børn, unge og voksne.

Ved AN ses forskellige forløb; nogle individer oplever fuld bedring efter én episode, andre individer oplever svingninger mellem remission og tilbagefald, og nogle individer oplever et kronisk forløb, der kan strække sig over flere år (APA, 2013). Ifølge et review af 119 studier ligger dødelighedsraten for AN på 5.0% (Steinhausen, 2008), herunder både grundet medicinske komplikationer forbundet med lidelsen og grundet selvmord (APA, 2013). Desuden ses det, at under halvdelen af de overlevende individer med AN opnår fuld remission, mens 33% opnår delvis bedring og 20% udvikler kronisk AN (Steinhausen, 2008). I et andet systematisk review og metaanalyse (Murray, Quintana, Loeb, Griffiths, & Le Grange, 2019) af 35 studier blev det desuden fundet, at selvom en signifikant vægtøgning blev fundet hos individer i behandling for AN ved behandlingens sluttidspunkt ($g = .16$, 95% CI [.05, .28], $p = .006$), var denne vægtøgning ikke længere signifikant ved opfølgning ($g = .11$, 95% CI [-.14, .08], $p = .15$). Yderligere sås der i samme systematiske review og metaanalyse (Murray et al., 2019) ikke en signifikant ændring i graden af mentale symptomer ved

hverken behandlingens sluttidspunkt ($g = -.03$, 95% CI $[-.14, .08]$, $p = .63$) eller ved opfølgning ($g = -.001$, 95% CI $[-.11, .11]$, $p = .06$).

Ved BN ses ligeledes svingende forløb, hvor mange oplever forstyrret spisning i adskillige år, mens andre oplever at svinge mellem perioder med remission og tilbagefald (APA, 2013). De fleste individer oplever, at BN-symptomerne aftager efter en årrække, hvad enten de modtager behandling eller ej, om end behandlingen i positiv grad påvirker, hvor hurtigt individerne oplever remission (APA, 2013). Dødelighedsraten for BN er 2% (APA, 2013), mens den fundne rate af remission svinger mellem 48% og 77% (Steinhausen, 2008). I et nyere systematisk review og metaanalyse med 45 inkluderede studier (Linardon & Wade, 2017) sås, i modsætning til Steinhausen, at kun 29,9% (95% CI $[25.7, 33.2]$) af alle forsøgsparticipanter, og 35,4% (95% CI $[29.6, 41.7]$) af alle forsøgsparticipanter, der fuldførte behandlingen, ikke længere oplevede overspisningsepisoder eller anvendte kompenserende adfærd ved behandlingens sluttidspunkt. I samme systematiske review og metaanalyse (Linardon & Wade, 2017) var resultaterne ikke meget anderledes ved opfølgning for hverken forsøgsparticipanter, der ikke fuldførte behandlingen (28.6%, 95% CI $[25.1, 32.3]$) eller forsøgsparticipanter, der fuldførte behandlingen (34.6%, 95% CI $[29.3, 40.2]$).

Mindre vides om sygdomsforløbet for BED sammenlignet med AN og BN, men sværhedsgraden og sygdommens vedholdenhed menes at være sammenlignelig med BN (APA, 2013). Raten for remission ved BED er højere end ved AN og BN, selvom individer med BED oftere er ældre, når de søger behandling sammenlignet med personer med AN eller BN (APA, 2013). I et nyligt systematisk review og metaanalyse af 39 studier (Linardon, 2018) sås der, at 50.9% (95% CI $[43.9, 57.8]$) af de forsøgsparticipanter, der fuldførte behandlingen, og 45.1% (95% CI $[40.7, 49.5]$) af de forsøgsparticipanter, der ikke fuldførte behandlingen, ikke længere oplevede overspisningsepisoder ved behandlingens sluttidspunkt. I samme systematiske review og metaanalyse (Linardon, 2018) sås der næsten ingen ændring i abstinensraterne ved opfølgning for hverken de forsøgsparticipanter, der ikke

gennemførte behandlingen (42.3%, 95% CI [37.5, 47.2]), eller de forsøgsdeltagere, der gennemførte behandlingen (50.3%, 95% CI [43.6, 56.9]).

Som det ses af ovenstående, er der stadig en stor del af behandlingsmodtagende individer, der ikke opnår remission som følge af behandlingen. Selv ved de mest positive af de ovenstående estimater ses, at over halvdelen af individer med AN, næsten en fjerdedel af individer med BN, samt lige under halvdelen af individer med BED ikke har opnået fuld remission efter endt behandling. Herudover ses det også af ovenstående, at en del af de individer, der opnår remission efter behandling for EDs, oplever tilbagefald, især individer med AN. Dette støttes af et systematisk review af 27 studier (Khalsa, Portnoff, McCurdy-McKinnon, & Feusner, 2017). Her sås tilbagefaldsrater for individer behandlet for AN mellem 9% og 52%, hvoraf de fleste studier rapporterede en tilbagefaldsrate på over 25%. Yderligere sås det, at der var en særlig risiko for tilbagefald i løbet af det første år efter endt behandling (Khalsa et al., 2017). Ydermere er manglende remission og tilbagefald efter endt behandling ikke de eneste komplikationer i arbejdet med behandling af EDs.

Blandt disse komplikationer er, at en høj grad af de individer, der påbegynder psykoterapeutisk behandling for EDs, stopper behandlingen, enten før behandlingens planlagte afslutning eller før fuld remission er nået. Fassino, Pierò, Tomba og Abbate-Daga (2009) undersøgte behandlingsfrafald hos individer med EDs i et systematisk review med 26 inkluderede studier. Forsøgsdeltagere i de inkluderede studier var diagnosticeret med AN, BN eller EDNOS, der på daværende tidspunkt også dækkede over BED. De laveste rater af behandlingsfrafald i de inkluderede studier var 20% for indlagte patienter og 29% for ambulante patienter, mens de højeste rater af behandlingsfrafald var 51% for indlagte patienter og 73% for ambulante patienter. Fassino et al. (2009) undersøgte desuden, hvilke faktorer der øgede sandsynligheden for behandlingsfrafald. Blandt disse faktorer var de mest prominente diagnosen AN-BP, frygt for at blive voksen, impulsivitet, en højere grad af træk relateret til emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, og oplevelse

af PSOer i barndommen. Desuden ses også en række restsymptomer hos individer, der var blevet vurderet til at havde opnået remission efter behandling for EDs, hvilket blev undersøgt i et systematisk review af Tomba, Tecuta, Crocetti, Squarcio og Tomei (2019). Disse restsymptomer inkluderede både symptomer relateret til EDs, f.eks. motivation for tyndhed eller overdreven motionering, samt andre psykiske lidelser, f.eks. depressions- og angstsymptomer. Yderligere sås også kognitive, sociale og neurologiske forringelser, samt nedsat livskvalitet sammenlignet med raske kontrolpersoner, selv efter endt behandling (Tomba et al., 2017).

Ætiologi og transdiagnostisk teori for spiseforstyrrelser

Mange forskellige teorier om EDs eksisterer. I et systematiske review omhandlende eksisterende ED-teorier og deres sammenhæng med interventioner fandt Pennesi og Wade (2016) 54 forskellige teorier. Dog var 44 af de fundne teorier ikke udviklet videre end til beskrivende stadier, mens de ti resterende teorier havde dannet fundament for interventioner (Pennesi & Wade, 2016). Yderligere er kun to af disse ti teoriers interventioner blevet evalueret for både virkningskraft (eng: *efficacy*) og effektivitet ved implementering af interventionen (Pennesi & Wade, 2016). Der er her tale om *dual-pathway model of BN* og den transdiagnostiske model for spiseforstyrrelser (Pennesi & Wade, 2016).

Det ses altså, at der er et stort antal af teorier angående udvikling og vedligeholdelse af EDs, men at mange af disse ikke er blevet testet grundigt. Dette er et problem, da forskning tyder på, at eksempelvis interventioner mod EDs, som er baseret på etablerede risikofaktorer og teorier er mere effektive end interventioner, hvor dette ikke er tilfældet (Stice & Shaw, 2004). Dette er vigtigt, da de tidligere nævnte problemer med behandling af EDs tyder på, at den eksisterende behandling af EDs er mangelfuld.

I deres review gennemgik Pennesi & Wade (2016) ligeledes risikofaktorer for udvikling af EDs, som var inkluderet i de ti ED-teorier, som var videreudviklet til interventioner. Følgende

risikofaktorer er beskrevet i mindst fire ud af de ti teorier: Optagethed af kropsvægt- og form, problemer med emotionsregulering, nedsat selvværd, interpersonelle problemer og negativ affekt (Pennesi & Wade, 2016). Selvom mange af de fundne ED-teorier mangler at blive testet i dybden, er der altså en overordnet konsensus om adskillige risikofaktorer, der menes at kunne føre til og vedligeholde EDs. Førnævnte risikofaktorer er også fundet i andre studier om risikofaktorer for udvikling af EDs (Jacobi et al., 2011; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Stewart Agras, 2004). Yderligere er både genetiske faktorer, der er påvist gennem familiestudier, tvillingestudier og genetiske studier, biologiske risikofaktorer, såsom problemer med funktioner i centralnervesystemet forbundet med serotonin, og flere psykosociale faktorer, end de risikofaktorer for udvikling af EDs der er nævnt ovenfor (Jacobi et al., 2004; Jacobi et al., 2011). De yderlige fundne psykosociale risikofaktorer dækker over både oplevelser og adfærd forud for sygdommens debut, herunder anvendelse af slankekure og oplevelse af PSOer, inklusiv vægtrelateret mobning og dysfunktionelle familiestrukturer, samt indre faktorer, herunder personlighedsforstyrrelser, depressions- og angstsymptomer (Jacobi et al., 2004; Jacobi et al., 2011).

Den transdiagnostiske teori for spiseforstyrrelser (herefter: den transdiagnostiske teori), som er omtalt ovenfor, begyndte i 1980'erne som en KAT-baseret teori, der kun omhandlede BN (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2002). Denne teori blev først i slutningen af 1990'erne videreudviklet til en transdiagnostiske teori, der omhandlede alle ED-diagnoser (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Denne videreudvikling skete på baggrund af observerede ligheder mellem de forskellige EDs, samt at mange individer med én ED-diagnose tidligere havde opfyldt diagnosekriterierne for en anden ED (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Et eksempel på dette kunne være, at et individ oprindeligt opfyldte diagnosekriterierne for AN, men symptombilledet senere udvikledes til BN.

Denne teori adskiller sig fra de gængse klassifikationssystemer ved, at der foreslås, at EDs kan forstås ved en samlet transdiagnostisk teori, hvor en række fælles mekanismer på tværs af alle ED-diagnoser er medvirkende til at vedligeholde sygdommen. Der er et særligt fokus på en kernepsykopatologi, der adskiller EDs fra andre former for psykopatologi (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Denne kernepsykopatologi dækker over den overevaluering af betydningen af kropsvægt og -form, herunder for individets selvbillede, og individets behov for kontrol over både spising, kropsvægt og -form, som individer med EDs oplever (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Ifølge den transdiagnostiske teori udspringer de andre ED-symptomer, som individet oplever, af den beskrevne kernepsykopatologi, med undtagelse af overspisningsepisoder (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Overspisningsepisoder menes at være et resultat af forsøg på vægttab gennem rigide selvvalgte spiseregler, herunder begrænsning af fødeindtag. Dette menes at ske, da selv et lille brud på disse regler for individet kan fortolkes, som at vedkommende er svag, hvilket kan føre til midlertidig tilsidesættelse af diæten og senere forstærke tanker relateret til kernepsykopatologien (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Dog er der ikke solid evidens for, at overspisning er associeret med begrænsning af fødeindtag (Cooper & Dalle Grave, 2017).

Ud over kernepsykopatologien er yderligere fire vedligeholdende mekanismer beskrevet. Disse yderligere mekanismer er hhv. klinisk perfektionisme, hændelser og associerede humørændringer, vedholdende lavt selvværd og interpersonelle problemer (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Den kliniske perfektionisme er en så ekstrem grad af perfektionisme, at det har en klinisk betydning. Dette kommer til udtryk ved, at individet sætter ekstremt høje standarder for sig selv og overevaluerer betydningen af at opnå krævende mål, på trods af eventuelle skadelige konsekvenser (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Disse høje standarder, her relateret til spising, kropsvægt og -form, fungerer ligesom kernepsykopatologien som et dysfunktionelt

system for selvevaluering, og der kan forekomme hyppige resultatrelaterede evalueringer, såsom vejninger og kropstjek (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002).

Hændelser og associerede humørændringer dækker over negative humørændringer som en reaktion på ydre hændelser, samt emotionsintolerans hos det påvirkede individ, hvad enten der er tale om manglende evne til at håndtere stærke emotioner, en særlig sensitivitet over for emotioner eller begge dele (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002). Hos individer, der oplever denne emotionsintolerans, kan overspisning, kompenserende adfærd, såsom opkastninger, og overmotionering fungere som strategier til at regulere emotionerne, selvom der er særligt fokus på overspisning (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002).

Vedholdende lavt selvværd er forankret i det påvirkede individs selvopfattelse, og kommer til udtryk ved en høj grad af negative kognitive biases, eksempelvis selektivt fokus på negative stimuli, og overgeneralisering. Det vedholdende lave selvværd bekræfter individets negative syn på sig selv, hvilket kan øge individets stræben efter at opnå mål, der er vigtige for vedkommende, i dette tilfælde ifm. spisning, kropsvægt og -form. Yderligere kan det skabe håbløshed angående egen evne til forandring og mindske individets samarbejdsvillighed ifm. behandlingen (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002).

Interpersonelle problemer dækker både over generelle interpersonelle problemer hos det påvirkede individ, samt det faktum at nogle miljøer og oplevelser kan forværre individets patologi, f.eks. ved at øge behovet for kontrol over spisning eller regulere emotioner ved overspisning (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002).

Som det ses af ovenstående, dækker den transdiagnostiske teori over en kernepsykopatologi og eventuelle yderligere mekanismer, der er med til at vedligeholde EDs, og ifølge teorien bør være fokus i behandlingen af EDs. Dog kan de forskellige mekanismer være til stede hos forskellige individer i varierende grad (Cooper & Dalle Grave, 2017; Fairburn et al., 2002).

Den transdiagnostiske teori er fundamentet for CBT-E (af engelsk: *Cognitive behaviour therapy-enhanced*). CBT-E er en terapiform baseret på KAT, dog med en mindre grad af sokratiske dialog og mindre grad af adfærdseksperimenter. Fokuset i terapien er på et terapeutisk samarbejde, vægtøgning ved undervægt og modulering af kernepsykopatologien, der er beskrevet i den transdiagnostiske teori. CBT-E findes både i fokuseret form eller bred form, hvor den brede form er tiltænkt de individer, der udviser problemer i et eller flere af de fire yderligere mekanismer. I den brede form af CBT-E er der mulighed for inkludering af moduler omhandlende enten perfektionisme, lavt selvværd og/eller interpersonelle problemer. I et systematisk review af 20 studier omhandlende CBT-E som behandlingsmetode for individer med EDs ses, at behandlingen er effektiv, men ikke er signifikant bedre end andre terapiformer (Atwood & Friedman, 2019). Remissionsrater fundet i de inkluderede studier lå mellem 30% og 70% (Atwood & Friedman, 2019). Ligesom for andre terapiformer ses der altså, at en del af individerne med EDs ikke opnår remission efter endt behandling.

Potentielt skadelige oplevelser og deres sammenhæng med spiseforstyrrelser

Som der allerede er blevet beskrevet ovenfor, er oplevelse af PSOer en risikofaktor for efterfølgende udvikling af EDs. Oplevelse af PSOer er ikke kun en risikofaktor for udvikling af EDs, men øger risikoen for både fysiske og mentale negative konsekvenser, hvorfor der er tale om en uspecifik risikofaktor. Tidligere har der særligt været fokus på udsættelse for seksuel vold i barndommen som en uspecifik risikofaktor, men siden er også andre PSOer blevet undersøgt og fundet til at være associeret med EDs, såsom udsættelse for seksuelle overgreb og voldtægt som voksen, fysisk vold og omsorgssvigt i barndommen (Brewerton, 2007). Blandt de nyligste undersøgte oplevede PSOer i forbindelse med EDs er emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning, der er de PSOer, der er fokus på i nærværende opgave.

I dette afsnit vil de relevante PSOer blive gennemgået, herunder også hvad deres relation til udvikling af EDs er, samt hvilken effekt de har på, hvordan EDs kommer til udtryk. Først vil der dog være en gennemgang af, hvad der adskiller PSOer, der lever op til definitionen for traumatiske oplevelser og de PSOer, der ikke lever op til denne definition. Yderligere vil der også blive gennemgået relevante teorier, der er blevet opstillet i et forsøg på at forklare, hvorfor de relevante PSOer øger risikoen for at udvikle EDs.

Traumatiske begivenheder og potentielt skadelige oplevelser

En definition af, hvad en traumatisk begivenhed er, kan findes som A-kriteriet for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), der er beskrevet under diagnosekode F43.0 i DSM-5 (APA, 2013). Ifølge dette A-kriterie (APA, 2013) defineres en traumatisk oplevelse som eksponering for egentlig eller truslen om død, alvorlig skade eller seksuel vold. Eksponeringen skal være sket på en af følgende måder: (1) direkte oplevelse af de(n) traumatiske begivenhed(er); (2) personlig overværelse af, at de(n) traumatiske begivenhed(er) skete for en anden person; (3) få at vide, at de(n) traumatiske begivenhed(er) er sket for et nærtstående familiemedlem eller en nær ven, eller (4) gentagen eller ekstrem udsættelse for ubehagelige detaljer om de(n) traumatiske begivenhed(er). Ved eksponering for de(n) traumatiske begivenhed(er) ved den tredje af de ovenstående måder, skal de(n) pågældende begivenhed(er) havde været af voldelig natur eller et uheld (APA, 2013). Eksponering for de(n) traumatiske begivenhed(er) ved den fjerde af de ovenstående måder gælder ikke for eksponering gennem elektroniske medier, fjernsyn, film eller billeder, medmindre eksponeringen er arbejdsrelateret (APA, 2013).

Som det ses af ovenstående A-kriterie, er der altså specifikke kriterier for, hvad der udgør en traumatisk oplevelse. Nogle oplevelser, såsom voldtægt eller udsættelse for seksuel vold i barndommen, lever tydeligt op til kriterierne for, hvad en traumatisk begivenhed er. For andre

oplevelser, såsom udsættelse for emotionel vold i barndommen, kan det være sværere at afgøre, hvorvidt disse lever op til kriterierne for en traumatisk begivenhed. Et eksempel på dette kan være, at emotionel vold i barndommen kan udgøres af oplevelser såsom nedsættende og ydmygende tale fra de primære omsorgspersoner, der ikke lever op til kriterierne. Emotionel vold i barndommen kan også udgøres af oplevelser såsom trusler om død eller skade, der kan leve op til kriterierne. Yderligere er der oplevelser, såsom oplevelse af emotionel omsorgssvigt i barndommen, der kan medføre langvarige mén, men som ikke lever op til kriterierne for en traumatisk begivenhed. Det er på baggrund af dette, at betegnelsen potentielt skadelig oplevelse (PSO) er blevet anvendt i denne opgave, hvilket er baseret på den engelske betegnelse *adverse experience*.

Herunder defineres PSOer som oplevelser, der kan have en langvarigt skadelig effekt på det eller de implicerede individer. Defineret på denne måde dækker PSOer over en bred vifte af oplevelser, såsom fysisk sygdom, forældres skilsmisse, tab, samt oplevelser relevant for nærværende opgave: mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt.

De PSOer, der er fokus på i nærværende opgave, er alle tre interpersonelle PSOer, der har fundet sted i barndommen. Oplevelse af enkeltstående PSOer – samt et højere kumulativt antal af PSOer – i barndommen er forbundet med en lavere grad af mentalt velbefindende, socialt velbefindende og livstilfredshed (Mosley-Johnson et al., 2019), øget risiko for fysiske sygdomme såsom kræft og diabetes (Bellis et al., 2014), præmatur dødelighed (Bellis et al., 2014), og øget risiko for psykiske lidelser (Kessler, Davis, & Kendler, 1997). Dette viser, at oplevelse af PSOer er forbundet med en lang række af negative konsekvenser, der strækker sig ind i voksenlivet.

Nedenfor vil de specifikke individuelle PSOer, der relevante for denne opgave, blive gennemgået.

Mobning

Mobning kan beskrives som gentagen udsættelse for negativ adfærd fra en eller flere personer over tid, enten verbalt, fysisk eller ved udelukkelse fra et fællesskab, med hensigt om at påføre det implicerede individ skade eller lidelse (Olweus, 1994). For at der er tale om mobning, skal der være en ubalance i forholdet mellem mobber og mobbeoffer i den forstand, at mobbeofferet har svært ved at sige fra over for, eller stoppe, mobningen (Olweus, 1994), hvilket kan skyldes faktorer såsom både fysisk størrelse eller styrke, social status eller alder. Mobning kan være rettet mod én eller flere personer og kan være udført af én eller flere personer (Olweus, 1994). Dog ses det oftest ved mobning i folkeskolen (eller tilsvarende uddannelsestrin i andre lande), at det er et enkeltindivid, og ikke en gruppe af personer, der bliver mobbet (Olweus, 1994). Mobning i folkeskolen bliver ofte udført af elever, der er ældre end deres mobbeoffer, og der ses et gradvist fald i hvor mange elever, der bliver udsat for mobning, desto højere klassetrin der undersøges (Olweus, 1994). Yderligere udgør fysisk mobning en mindre del af de oplevede former for mobning, når der er tale om ældre klassetrin (Olweus, 1994). Der ses desuden en højere grad af indirekte mobning, herunder rygtespredning og udelukkelse, samt en mindre grad af fysisk mobning, hos piger end hos drenge (Olweus, 1994). I nærværende opgave er der fokus på verbal mobning, der finder sted ansigt til ansigt, og herved ikke onlinemobning.

I et review af Wolke og Lereya (2015) blev konsekvenserne af oplevelse af mobning undersøgt, herunder både konsekvenser hos individer, der endnu ikke var fyldt 18, samt individer der var fyldt 18. I prospektive studier sås der hos individer under 18 år, som havde oplevet mobning, en øget risiko for normale somatiske problemer, såsom forkølelse, og psykosomatiske problemer, såsom hovedpine og søvnproblemer og en øget risiko for at begynde at ryge, sammenlignet med individer, der ikke var blevet mobbet. Af psykiske problemer sås der hos de unge individer under 18 år en øget risiko for angstlidelser, depression, selvskadende adfærd, selvmordstanker, emotionelt ustabil

personlighedsstruktur borderline type og psykoserelaterede symptomer. Udsættelse for flere typer af mobning, eller udsættelse for mobning over længere tid, var forbundet med en højere sværhedsgrad af negative konsekvenser. Der sås desuden kun en lille negativ effekt af udsættelse for mobning på akademiske præstationer, og dette var hovedsageligt gældende i tilfælde, hvor mobningen stadig fandt sted (Wolke og Lereya, 2015). Konsekvenserne af udsættelse for mobning i barndommen blev også fundet til at strække sig ind i voksenlivet (Wolke og Lereya, 2015). Hos voksne individer, der har været udsat for mobning i barndommen, ses en øget risiko for angstlidelser, depression, psykotiske oplevelser, selvmordstanker, selvmordsforsøg og fuldbyrdede selvmord. Yderligere var udsættelse for mobning i barndommen hos voksne individer forbundet med øget risiko for dårligt helbred, hovedpiner, kropslige smerter og langsommere bedring efter sygdom. Desuden rapporterede voksne individer, der havde oplevet mobning i barndommen, en lavere grad af uddannelse, lavere indkomst, større grad af problemer med at udvikle og fastholde sociale relationer og en lavere grad af social støtte (Wolke og Lereya, 2015). Som det ses ovenfor, er mobning ikke blot ubehageligt i de situationer, hvor det forekomme. Mobning er ligeledes forbundet med psykiske og helbredsmæssige konsekvenser, både i barn- og ungdom, samt i voksenlivet. Yderligere ses også en række økonomiske og sociale konsekvenser i voksenlivet.

Prævalensen af udsættelse for mobning hos skoleelever i Danmark blev undersøgt i en nyere trivselsundersøgelse, og resultaterne er at finde i en rapport fra Dansk Center for Undervisningsmiljø ([DCUM], 2018). Trivselsundersøgelsen er en landsdækkende, obligatorisk spørgeskemaundersøgelse, der bliver foretaget blandt eleverne i 0.-9. klasse. I rapporten blev prævalensen af mobning, blandt andre undersøgte trivselsfaktorer, undersøgt hos tre aldersgrupper af folkeskoleelever. Elever i 0.-3. svarede på spørgsmålet: "Er der nogen der driller dig, så du bliver ked af det?", hvilket kunne besvares med enten "Ja, tit", "Ja, nogle gange", "Nej" eller "Jeg ønsker ikke at svare". Eleverne i 4.-6. og 7.-9. klasse svarede på spørgsmålet: "Er du blevet mobbet i dette

skoleår?”, hvilket kunne besvares med enten ”Meget tit”, ”Tit”, ”En gang imellem”, ”Sjældent”, ”Aldrig” eller ”Ønsker ikke at svare”. 47.5% af eleverne i 0.-3. klasse angav, at de enten tit eller nogle gange oplevede at blive drillet, så de blev kede af det. 9.7% af eleverne i 4.-6. klasse, samt 6.5% af eleverne i 7.-9. klasse angav, at en gang imellem eller hyppigere havde oplevet at blive mobbet i løbet af det seneste år. Yderligere angav 12.2% af eleverne i 4.-6. klasse, samt 10.6% af eleverne i 7.-9. klasse, at de sjældent i løbet af det seneste skoleår havde oplevet at blive mobbet (DCUM, 2018).

Derved ses det, at næsten halvdelen af elever i 0.-3. klasse oplever at blive drillet i en sådan grad, at de bliver kede af det, mens over 15% af eleverne i 4.-9. klasse har oplevet at blive mobbet i løbet af det seneste skoleår. Yderligere ses der, at disse elever kan opleve langvarige konsekvenser, dette af både psykisk, fysisk, social og økonomisk karakter.

Emotionel vold

Emotionel vold (til tider også beskrevet som *psykisk vold* af engelsk: *psychological abuse*; se f.eks. Hart, Binggeli, & Brassard, 1996) i barndommen er en type af mishandling, der adskiller sig fra både seksuel og fysisk vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt, både i form af indhold og efterfølgende konsekvenser (Briere & Runtz, 1990; Kent & Waller, 1998). Dette på trods af, at individer, der har været udsat for seksuel eller fysisk vold, ofte også har været udsat for emotionel vold (Briere & Runtz, 1990), hvilket også er tilfældet hos individer med EDs (Molendijk, Hoek, Brewerton, & Elzinga, 2017). Emotionel vold involverer både isolerede hændelser samt et adfærdsmæssigt mønster, hvor forælderen eller omsorgspersonen ikke formår at skabe et udviklingsmæssigt passende og støttende miljø (Hart et al., 1996; Norman et al., 2012). Derimod kommunikerer der ved emotionel vold til barnet, at det er værdiløst, mangelfuldt, uelsket, i fare eller kun har værdi ved at opfylde andres behov (Hart et al., 1996; Norman et al., 2012). Denne type af mishandling omfatter skadelige handlinger, der ikke er fysiske, såsom nedgørelse, trusler,

latterliggørelse, bebrejdelse, ignorering af barnet og andre former for afvisning eller fjendtlig adfærd (Norman et al., 2012). Som det ses af denne beskrivelse, er emotionel vold af verbal eller indirekte af natur, der påfører barnet skade gennem emotionelle påvirkninger, og kan derfor være svært at operationalisere.

Hos personer, der er blevet udsat for emotionel vold i barndommen, ses en øget risiko for psykopatologi generelt (Finzi-Dottan & Karu, 2006), depression og angstlidelser (Norman et al., 2012), samt en lavere grad af selvværd (Briere & Runtz, 1990; Norman et al., 2012), sammenlignet med individer, der ikke har været udsat for emotionel vold i barndommen. Yderligere ses der hos individer, der havde været udsat for emotionel vold i barndommen, en øget risiko seksuelt overførte sygdomme, overvægt, og rygning (Norman et al., 2012.).

I en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse foretaget af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd ([VIVE], 2016) blev prævalensen af udsættelse for forskellige former for mishandling undersøgt, herunder også emotionel vold (i studiet omtalt som psykisk vold), blandt elever i 8. klasse. 1.927 elever fra 92 forskellige skoler deltog. I undersøgelsen sås det, at 8% af eleverne (6% af drenge og 9% af piger) i studiet havde oplevet emotionel vold i hjemmet i løbet af det seneste år. Udsættelse for emotionel vold var i undersøgelsen defineret som oplevelse af to typer af negative, verbale reaktionsmåder fra forældre mere end én gang i løbet af det seneste år. Disse typer af negative, verbale reaktionsmønstre var defineret som: En forælder havde (1) kaldt den unge noget, som gjorde den unge ked af det; (2) udelukket den unge med tavshed; (3) vist at den unge ikke bliver regnet for noget; (4) truet den unge med at blive smidt ud hjemmefra; og (5) truet den unge med noget andet voldsomt. Hvis definitionen af emotionel vold i undersøgelsen havde været at have oplevet én af disse typer af negative, verbale reaktionsmønstre mere end én gang i løbet af det seneste år, ville 20% af eleverne i studiet havde været udsat for emotionel vold i løbet af det seneste år.

Ovenstående påviser derfor, at det er sandsynligt, at næsten en tiendedel af unge oplever emotionel vold i hjemmet, hvilket er forbundet med efterfølgende negative konsekvenser.

Emotionel omsorgssvigt

Omsorgssvigt er en form for mishandling, der dækker over to former for omsorgssvigt: fysisk og emotionel omsorgssvigt. Dette afhænger af, om det er barnets emotionelle eller fysiske behov, der ikke bliver mødt. Ofte bliver der i litteraturen ikke skelnet mellem de to former for omsorgssvigt. I denne opgave er der dog ikke fokus på omsorgssvigt som et samlet fænomen, men derimod specifikt på emotionel omsorgssvigt. Emotionel omsorgssvigt er, ligesom emotionel vold, et negativt mønster i forholdet mellem en omsorgsperson eller forælder og dennes barn over tid (Glaser, 2002). Hvor emotionel vold er defineret ved aktive udførelser af specifikke handlinger, om end disse er verbale eller til tider indirekte, er emotionel omsorgssvigt passiv af natur (Glaser, 2002). Dette skyldes, at emotionel omsorgssvigt forekommer ved udeladelse af handlinger og adfærd, der er nødvendige for at opfylde barnets emotionelle behov, herunder ved emotionel utilgængelighed, passivitet og manglende reaktion (Glaser, 2002). Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved, at barnets følelser ikke bliver spejlet og valideret, eller at barnet ikke oplever øjenkontakt. Oftest finder emotionel omsorgssvigt ikke sted grundet et ønske om at påføre barnet skade, selvom emotionel omsorgssvigt kan være skadeligt for barnet. Derimod finder emotionel omsorgssvigt oftest sted grundet forælderen eller omsorgspersonens manglende evne til at møde barnets emotionelle behov, f.eks. grundet manglende sociale evner, tilstedeværelse af psykisk lidelse eller travlhed (Glaser, 2002).

Individer, der har oplevet emotionel omsorgssvigt i barndommen, har en øget risiko for at udvikle forskellige former for psykopatologi, herunder depression, PTSD (Cohen, Menon, Shorey, Le, & Temple, 2017; Hildyard & Wolfe, 2002), angstlidelser, substansmisbrug (Cohen et al., 2017) og personlighedsforstyrrelser (Johnson, Smailes, Cohen, Brown, & Bernstein, 2000), sammenlignet

med individer, der ikke har oplevet emotionel omsorgssvigt. Yderligere er oplevelse af emotionel omsorgssvigt i barndommen forbundet med en øget risiko for at begynde at ryge (Cohen et al., 2017).

Der blev ikke fundet nogen opgørelse eller undersøgelse af prævalensen af emotionel omsorgssvigt i Danmark. Et systematisk review og meta-analyse fra 2012 undersøgte prævalensen af både emotionel og fysisk omsorgssvigt (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2012). I reviewet var 16 studier udgivet i tidsperioden 1997-2006 inkluderet. 11 af de inkluderede studier var foretaget i USA og Canada, men ingen studier angående prævalensen af emotionel omsorgssvigt foretaget i Europa var inkluderet. I meta-analysen sås det, at prævalensen af oplevelse af emotionel omsorgssvigt i USA og Canada var 14.5% (95% CI [11.4, 18.3], $p < .01$). Der antages her, at dette estimat kan give et omtrentligt billede af hvor mange individer i Danmark, der har oplevet emotionel omsorgssvigt i barndommen, på baggrund af de kulturelle ligheder mellem USA, Canada og Danmark. Dog er det over ti år siden, at det nyeste af de inkluderede studier i det systematiske review og meta-analyse blev udgivet, hvorfor der kan være sket en udvikling siden da.

Som det ses af ovenstående, kan det – selvom det er uvist – antages, at næsten 15% af børn i Danmark bliver udsat for emotionel omsorgssvigt. Selvom emotionel omsorgssvigt er en type af mishandling, der oftest ikke forekommer på baggrund af et ønske om at skade barnet, så øger det risikoen for en række efterfølgende negative konsekvenser.

Sammenhængen mellem emotionel vold, emotionel omsorgssvigt, mobning og spiseforstyrrelser

Ovenfor er der blevet påvist, at både mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen er uspecifikke risikofaktorer for en række forskellige negative konsekvenser. Her vil sammenhængen mellem disse tre former for PSOer og EDs blive gennemgået.

I et systematisk review af 32 studier, der undersøgte sammenhængen mellem oplevelse af både emotionel, fysisk og seksuel vold i barndommen og efterfølgende udvikling af EDs, fandt

Caslini et al. (2016) blandede resultater for emotionel vold. Udsættelse for emotionel vold i barndommen gjorde det dobbelt så sandsynligt, at vedkommende var diagnosticeret med AN på testtidspunktet, sammenlignet med individer, der ikke havde været udsat for emotionel vold. Dog var denne forskel ikke signifikant (OR = 2.13, 95% CI [0.37, 12.31], $p = .40$). Udsættelse for emotionel vold i barndommen gjorde det mere end fire gange så sandsynligt, at det pågældende individ var diagnosticeret med BN på testtidspunktet, sammenlignet med individer, der ikke havde været udsat for emotionel vold. I modsætning til, hvad der var tilfældet for AN, var denne forskel signifikant (OR = 4.15, 95% CI [2.71, 6.37], $p < .001$). Udsættelse for emotionel vold i barndommen gjorde det næsten fire gange så sandsynligt, at det pågældende individ var diagnosticeret med BED på testtidspunktet, sammenlignet med individer, der ikke havde været udsat for emotionel vold. Ligesom for BN var denne forskel signifikant (OR = 3.70, 95% CI [2.07, 6.60], $p < .001$). Altså sås det her, at udsættelse for emotionel vold i barndommen var signifikant associeret med både BN og BED, men ikke med AN. Yderligere er det interessant, at udsættelse for emotionel vold i højere grad var associeret med alle tre EDs end fysisk og seksuel vold, dette med undtagelse af sammenhængen mellem udsættelse for fysisk vold og AN, da fysisk vold var den eneste form for vold i barndommen, der var signifikant associeret med AN (OR = 3.35, 95% CI [1.43, 7.85], $p = .005$).

Dette blandede forhold mellem udsættelse for emotionel vold i barndommen og efterfølgende udvikling af EDs eller ED-symptomer blev også fundet i et systematisk review af 20 studier af Kimber et al. (2017). I de inkluderede studier, der undersøgte sammenhængen mellem emotionel vold og klinisk diagnosticerede EDs, var den fundne styrke af associationerne meget varierede og svingede mellem en svag association ($r = .16$) til en meget stærk association ($r = .89$). I samme systematiske review blev også sammenhængen mellem udsættelse for emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af EDs undersøgt. Ligesom for emotionel vold, var de fundne associationer i de inkluderede studier mellem udsættelse for emotionel

omsorgssvigt og klinisk diagnosticerede EDs meget varierede. Styrken af de fundne associationer svingede mellem svag/moderat ($r = .21$) og meget stærk ($r = .76$). Dog blev der ikke angivet, hvilke korrelationskoefficienter, der var relateret til hvilke ED-diagnoser. Derfor var det ikke muligt at vurdere, om disse meget blandede associationer mellem både emotionel vold og emotionel omsorgssvigt og EDs kunne skyldes forskellige associationer til specifikke ED-diagnoser.

I et systematisk review og meta-analyse af 22 studier, undersøgte Lie, Rø og Bang (2019) sammenhængen mellem oplevelse af mobning i barndommen og efterfølgende EDs. Ligesom hvad der var tilfældet for udsættelse for emotionel vold i barndommen, var resultaterne angående sammenhængen mellem oplevelse af mobning og AN blandede. Det sås, at individer med AN i højere grad end raske kontrolpersoner havde oplevet mobning både relateret og urelateret til udseende (ORs mellem 1.0 og 4.3), men størstedelen af effektstørrelserne fundet i de inkluderede studier var ikke signifikante. For både BN og BED blev der fundet mere solide sammenhænge. Sammenlignet med raske kontrolpersoner, var der en signifikant større sandsynlighed for, at individer med BN havde oplevet mobning og drillerier relateret til sit udseende, dette med medium til store effektstørrelser (ORs mellem 2.50 og 7.43, *ds* mellem .56 og .88). Selvom det også var mere sandsynligt, at individer med BN, sammenlignet med raske kontrolpersoner, havde oplevet drillerier, der ikke var relateret til udseende (ORs mellem 1.20 og 6.0), var disse resultater ikke signifikante. Sammenlignet med raske kontrolpersoner, var det også mere sandsynligt, at individer med BED havde oplevet mobning eller udseenderelaterede drillerier, dette med medium til store effektstørrelser (ORs mellem 2.30 og 5.50, *ds* mellem .39 og 1.25). Heller ikke for individer med BED var der en signifikant forskel i sandsynligheden for at have oplevet generelle drillerier, der ikke var relateret til udseende, sammenlignet med raske kontrolpersoner.

Som det ses af ovenstående, er der overordnet set fundet sammenhænge mellem oplevelse af både emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og efterfølgende

udvikling af EDs. Disse resultater gælder særligt for udvikling af BED og BN, mens resultaterne for AN er mere tvetydige.

Påvirkningen af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning på spiseforstyrrelser

Udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen er, som det er beskrevet ovenfor, uspecifikke risikofaktorer for udvikling af EDs og ED-symptomer. Dette er i sig selv grund nok til at undersøge, hvilke faktorer der kan mediere dette forhold, f.eks. i forbindelse med præventive interventioner. Dog ses der også forskelle i sygdomsbilledet hos individer med EDs, der har oplevet en eller flere af disse PSOer, sammenlignet med individer, der ikke har oplevet disse PSOer.

Oplevelse af emotionel mishandling, dækkende over både emotionel vold og omsorgssvigt, samt fysisk eller seksuel vold i barndommen blev i det systematiske review af Molendijk et al. (2017) fundet til at være forbundet med en øget sværhedsgrad af ED-symptomer hos individer med EDs. Oplevelse af mishandling i barndommen var forbundet med både en sværere grad af samlet ED-symptomer (Hedges' $g = .27$, 95% CI [0.14, 0.41], $p < .001$), en øget frekvens af overspisningsepisoder og kompenserende adfærd (Hedges' $g = .32$, 95% CI [.22, .42], $p < .001$), en lavere alder ved sygdommens debut (Hedges' $g = -.32$, 95% CI [-.62, .02], $p < .05$), en sværere grad af angst- og depressionssymptomer (Hedges' $g = .67$, 95% CI [.48, .86], $p < .001$) og en højere frekvens af anvendelse af vanddrivende og afføringsmidler (Hedges' $g = .35$, 95% CI [.20, .51], $p < .01$). Dog blev der ikke angivet, om der var forskelle i disse effekter på baggrund af mishandlingstype (Molendijk et al., 2017), men resultaterne kunne tyde på, at emotionel mishandling havde en positiv effekt på sværhedsgraden af ED-symptomer. Dette støttes af et studie af Guillaume et al. (2016), der ikke var et af de inkluderede studier i det systematiske review og metaanalyse af Molendijk et al. (2017). I studiet af Guillaume et al. (2016) sås det, at udsættelse for emotionel vold i barndommen

hos individer med EDs var forbundet med en øget sværhedsgrad af alle målte ED-symptomer. Dette i form af en øget grad af bekymringer relateret til spisning (OR = 2.49, 95% CI [1.31, 4.73], $p < .01$), kropsform (OR = 3.60, 95% CI [1.85, 6.97], $p < .001$) og -vægt (OR = 2.32, 95% CI [1.22, 4.44], $p < .05$), samt en øget grad af begrænsning af fødeindtag (OR = 2.68, 95% CI [1.40, 5.13], $p < .01$) og en højere grad af nedsat evne til at fungere i hverdagen (OR = 3.89, 95% CI [1.74, 8.66], $p < .01$). Derimod var oplevelse af emotionel omsorgssvigt kun forbundet med en højere grad af bekymringer om kropsform (OR = 2.33, 95% CI [1.22, 4.43], $p < .05$; Guillaume et al., 2016).

Hos individer med EDs var udsættelse for emotionel mishandling, dækkende over både emotionel vold og omsorgssvigt, samt seksuel og fysisk vold i barndommen i det systematiske review af Molendijk et al. (2017) forbundet med en øget risiko for både psykiatrisk komorbiditet og selvskadende eller suicidal adfærd. Hos individer med EDs, der havde oplevet mishandling i barndommen, sås en næsten dobbelt så stor risiko for komorbid alkohol- eller substansmisbrug (OR = 1.81, 95% CI [1.39, 2.36], $p < .001$), en halvanden gang så stor risiko for komorbide akse I-lidelser (depression, bipolar lidelse, psykotiske lidelser, dissociative lidelser; OR = 1.54, 95% CI [1.08, 2.20], $p < .05$), næsten to en halv gang så stor risiko for komorbide akse II-lidelser (udviklingsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser; OR = 2.33, 95% CI [1.32, 4.13], $p < .001$) og en mere end to en halv gange sås stor risiko for selvskadende eller suicidal adfærd (OR = 2.59, 95% CI [2.02, 3.31], $p < .001$). Der blev ikke fundet nogen forskel i den øgede risiko på baggrund af hverken ED- eller mishandling-type (Molendijk et al., 2017).

Som det ses af ovenstående, tyder det på, at der er en forskel i sygdomsbilledet mellem individer med EDs, der har oplevet emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen, sammenlignet med individer, der ikke har oplevet disse PSOer i barndommen. Denne forskel i sygdomsbilledet kommer til udtryk ved en øget risiko for komorbide lidelser, samt en højere sværhedsgrad af ED-symptomer. Der blev dog ikke fundet nogen studier, der undersøgte forskelle i

behandlingseffekten mellem individer med EDs, der havde eller ikke havde været udsat for emotionel vold eller emotionel omsorgssvigt i barndommen. Derfor er det ikke muligt at sige noget om, hvorvidt der er en forskel på dette område. Dog tyder forskellene i både komorbiditet og symptomsværhedsgrad på, at det kan være en mulighed.

Der blev ikke fundet nogen studier, der undersøgte de ovenstående forskelle hos individer med EDs på baggrund af mobning.

Medierende faktorer

I følgende afsnit vil emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning blive omtalt som ”PSOer”, selvom begrebet dækker over flere end disse tre specifikke oplevelser. Dette bliver gjort for at gøre afsnittet mere bekvemmeligt at læse.

Ved undersøgelse af sammenhænge blandt forskellige faktorer, kan man se på den direkte sammenhæng mellem to faktorer, hvor eksempelvis den afhængige faktor forårsages helt eller delvist af en central uafhængig faktor (Fields, 2013). I ovenstående dele af opgaven ses det, at der er en sammenhæng mellem oplevelse af PSOer i barndommen (den centrale uafhængige faktor) og den senere udvikling af EDs (den afhængige faktor). I sig selv er det interessant, at oplevelse af PSOer i barndommen er en risikofaktor for udviklingen af EDs. I denne opgave er hensigten mere end blot at påvise en sammenhæng mellem oplevede PSOer i barndommen og den senere udvikling af EDs. Fokusset i denne opgave er *hvorfor* denne sammenhæng er en realitet. Dette vil blive undersøgt ved at kigge på, hvilke medierende faktorer, der kan forklare dele af sammenhængen mellem oplevelse af PSOer i barndommen og senere udvikling af EDs. Medierende faktorer er faktorer, der helt eller delvist kan forklare sammenhængen mellem den uafhængige faktor og den afhængige faktor (Baron & Kenny, 1986). Dette er udtrykt ved en indirekte sammenhæng, hvor den uafhængige faktor påvirker den medierende faktor, og den medierende faktor påvirker den afhængige faktor (Baron & Kenny,

1986). En variabel fungerer som en medierende faktor, når følgende tre betingelser opfyldes: (a) variation i niveauet af den uafhængige variabel forklarer i signifikant grad niveauet af den antagne medierende variabel; (b) variationer i den medierende variabel forklarer i signifikant grad variationer i den afhængige variabel; og (c) når der kontrolleres for sammenhænge mellem den uafhængige variabel, medierende variabel og afhængige variabel, er den tidligere signifikante sammenhæng mellem den uafhængige og afhængige variabel ikke længere signifikant (Baron & Kenny, 1986). Dette testes gennem regressionsanalyser; Baron og Kenny (1986) argumenterer dog selv for, at et mere realistisk mål ved undersøgelse af medierende faktorer er, at sammenhængen mellem den uafhængige og den afhængige variabel reduceres signifikant.

Baron og Kenny (1986) beskriver yderligere en metode kaldet Sobels test (Sobel, 1982), der undersøger styrken af den indirekte effekt og dens signifikans. Ved simpel mediation udgør den indirekte effekt effekten af den uafhængige variabel på den medierende faktor og effekten af den medierende faktor på den afhængige variabel (Baron & Kenny, 1982; Sobel 1982). Oftest er den indirekte effekt lig med effekten af den uafhængige faktors direkte effekt på den afhængige variabel fratrukket den samme effekt, når der kontrolleres for den medierende faktor (Baron & Kenny, 1982; Sobel 1982). Den indirekte effekts signifikans testes ved at sammenligne den indirekte effekt med nulhypotesen om, at effekten er lig med nul (Baron & Kenny, 1982; Sobel 1982).

Structural equation modeling (SEM) er en anden måde at undersøge medierende forhold mellem forskellige variable. Dette kan gøres ved path-analyse, hvor en opstillet model over sammenhænge mellem forskellige variable kan testes (Gunzler, Chen, Wu, & Zhang, 2013). Her kan sammenhænge mellem både flere afhængige og uafhængige variable, samt flere medierende faktorer testes samtidigt, og variable kan samtidig undersøges som havende mere end én rolle i modellen – f.eks. både en medierende faktor og en afhængig variabel (Gunzler et al., 2013). Grundet de undersøgte variables potentiale for at have mere end en rolle i modellen, kaldes de endogene og

eksogene variable (Gunzler et al., 2013), om end de i nærværende opgave stadig vil blive omtalt som afhængige og uafhængige variable, samt medierende faktorer. Dette gøres både for at resultater fra studier med SEM-analyser lettere kan sammenlignes med resultater fra studier med andre metoder, samt fordi begge former for terminologi er blevet anvendt i de studier, der er inkluderet i det systematiske review. Ved denne type analyser undersøges både styrken af de forskellige variables effekt på hinanden, samt hvor godt den undersøgte model passer på ens indsamlede data (Gunzler et al., 2013).

Ovenfor er beskrevet, hvordan mediation undersøges. Dog vil det i visse tilfælde være relevant at undersøge, hvorvidt en eventuel medierende effekt er modereret af en eller flere andre variable. Preacher, Rucker og Hayes (2007) beskriver dette som *betinget indirekte effekt* (eng: *conditional indirect effect*). Ved betinget indirekte effekt menes der forhold, hvor den indirekte effekt af den uafhængige på den afhængige variabel gennem den medierende faktor er betinget af graden af en eller flere modererende faktorer (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007). Relevant for nærværende eksempel kunne være, hvis en eventuel effektstyrke af en medierende faktor i forholdet mellem udsættelse for mobning i barndommen og senere udvikling af EDs afhang af, at der var tale om et bestemt køn, en bestemt aldersgruppe, eller en bestemt etnicitet. Preacher og Hayes (2004) udgav en makro, hvilket er en tilføjelse med yderligere kommandoer og dertilhørende analyser, til SPSS, der kan anvendes til undersøgelse af betinget indirekte effekt, herunder både ved simpel mediation og bootstrapping.

Bootstrapping-metoden muliggør analyser, hvor normalfordeling ikke er et krav (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007). Metoden foregår ved bootstrapping, der består i et højt antal stikprøver, gerne hundrede eller tusinde, der er tilfældigt genereret ud fra ens data (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007). Bootstrapping-metoden kan foretages ved sammenligning af forskellige modeller simultant ved SEM-metoder eller ved trinvis regressionsanalyser (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007).

Resultaterne fra analyserne giver det gennemsnitlige estimat for det samlede antal analyser på de genererede stikprøver og dertilhørende konfidensintervaller (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007). Den indirekte effekt kan antages at være signifikant, såfremt værdien af konfidensintervallerne ikke falder på hver sin side af 0 (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007).

Som udgangspunkt forventes der i nærværende opgave, at det ikke er de interpersonelle PSOer i barndommen, der direkte øger risikoen for senere at udvikle EDs. Derimod forventes der, at PSOer i barndommen kan påvirke en eller flere medierende faktorer, og det er gennem disse medierende faktorer PSOer i barndommen indirekte kan øge risikoen for senere at udvikle EDs.

Systematisk review

I det følgende afsnit udføres et systematisk review. Formålet med det systematiske review er at undersøge, hvordan udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen kan øge risikoen for efterfølgende udvikling af EDs. Mere specifikt bliver der i det systematiske review undersøgt, gennem hvilke medierende faktorer udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen kan øge risikoen for efterfølgende at udvikle EDs eller ED-symptomer.

Metode

Det systematiske review er opbygget på baggrund af retningslinjerne for systematiske reviews udarbejdet af SAGE (O'Brien & Mc Guckin, 2016) og The PRISMA Statement (Liberati et al., 2009; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009). Den systematiske litteratursøgning blev foretaget den 25. april 2020.

Søgestrategi

Søgestrategien for den systematiske litteratursøgning blev udformet for så vidt muligt at identificere al relevant litteratur angående medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og senere udvikling af EDs.

Specifikke søgetermer blev baseret på eksisterende litteratur omhandlende EDs, emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning, herunder særlig grad litteratur hvor de to felter overlappede. Tre forskellige søgeblokke blev opstillet efter de tre forskellige faktorer, som ønskedes undersøgt i det systematiske review: EDs, PSOer i barndommen og mediation. Den fulde søgematrix ses i tabel 1.

Søgetermerne for søgeblokken *spiseforstyrrelser* blev udvalgt ud fra de tre EDs, der er fokus på i nærværende opgave, samt bredere termer for forstyrret spising generelt, dette for ikke at overse relevante studier. Søgetermerne for søgeblokken *potentielt skadelige oplevelser i barndommen* blev baseret på termer for PSOer, for hvilke den gennemgåede eksisterende forskning allerede havde påvist en positiv sammenhæng med EDs. Som det ses, var søgetermerne i denne søgeblok ikke fuldt ud fokuseret på emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning, dette for at undgå at udelukke relevante artikler fra søgningen. Dette blev gjort i tilfælde af, at nogle artikler behandlede emotionel vold, emotionel omsorgssvigt eller mobning, men havde fokus på andre PSOer. Søgetermerne for søgeblokken *mediation* blev hovedsageligt udvalgt på baggrund af metodologisk litteratur (eg. Baron & Kenny, 1986; Field, 2013). Som det ses, indeholdt denne søgeblok også søgetermer, der ikke var direkte relevante for mediation, dette i tilfælde af at eventuelle relevante artikler udførte medierende analyser, uden at dette tydeligt fremgik af formuleringen.

Trunkering blev anvendt til at søge på flere endelser for specifikke termer (eks. *Anorex** for at søge på både *anorexia* og *anorexic*). Emneindekset blev anvendt til at søge efter manglende termer, hvilket blev gjort for hver søgeterm enkeltvis ved hjælp af funktionen *Map Term to Subject Heading*.

Dette førte til følgende søgetermer, der endnu ikke var inkluderet i søgematrixen: *adversity*, *harassment* og *assault*.

De forskellige søgetermer og emneord blev i de enkelte søgeblokke forbundet med den booleske operator *OR*, mens de forskellige søgeblokke blev forbundet med den booleske operator *AND* i Ovids *Advanced Search*, hvor der blev søgt på *Keywords*. Der blev søgt samtidigt i de elektroniske databaser *Embase*, *Medline* og *PsycINFO*. Disse databaser blev valgt, da *PsycINFO* er en socialvidenskabelig database, mens både *Medline* og *Embase* er sundhedsvidenskabelige databaser (Boland, Cherry & Dickson, 2017), hvorfor disse databaser var relevante for de emner, der blev undersøgt i det systematiske review. Ved den elektroniske søgning i de tre databaser blev 10.193 artikler fundet. Søgningen blev begrænset til kun at inkludere peer-reviewed artikler, dette for at sikre kvaliteten af de artikler, der blev fundet. Efter denne begrænsning var antallet af artikler 2.077. Yderligere blev søgningen begrænset til kun at inkludere artikler på dansk eller engelsk, hvorefter antallet af fundne artikler var 1.864. Ingen af de fundne artikler var skrevet på dansk.

Tabel 1: Søgematrix

Søgeblok	Søgetermer
Søgeblok 1: Spiseforstyrrelser	eating psychopathology OR eating pathology OR anorexi* OR bulimi* OR binge eating OR binge-eating OR disordered eating OR eating disorder* OR eating-disorder*
	AND
Søgeblok 2: Potentielt skadelige oplevelser i barndommen	traumatic experience* OR traumatic event* OR trauma* OR adverse experience* OR adverse childhood experience* OR maltreat* OR abus* OR emotional abuse OR psychological abuse OR physical abuse OR sexual abuse OR neglect* OR violence OR violent OR battering OR battered OR bullying OR

	bullied OR teasing OR teased OR cyber-bullying OR cyberbullying OR victimization OR victimisation OR name calling OR name-calling OR childhood adversities OR rape OR stressful event* OR stressful life event* OR incest* OR adversity OR harass* OR assault*
	AND
Søgeblok 3: mediation	mediat* OR link* OR associat* OR risk factor* OR risk-factor* OR correlat* OR covariat* OR regressi* OR predict* OR risk* OR probability OR causal* OR causat*

Tabel 1: Et samlet overblik over alle søgetermerne i de tre søgeblokke.

Hver af søgeblokkenes søgetermer er indbyrdes forbundet med den booleske operator *OR*.

De tre søgeblokke er forbundet med den booleske operator *AND*.

Udvælgelse af artikler

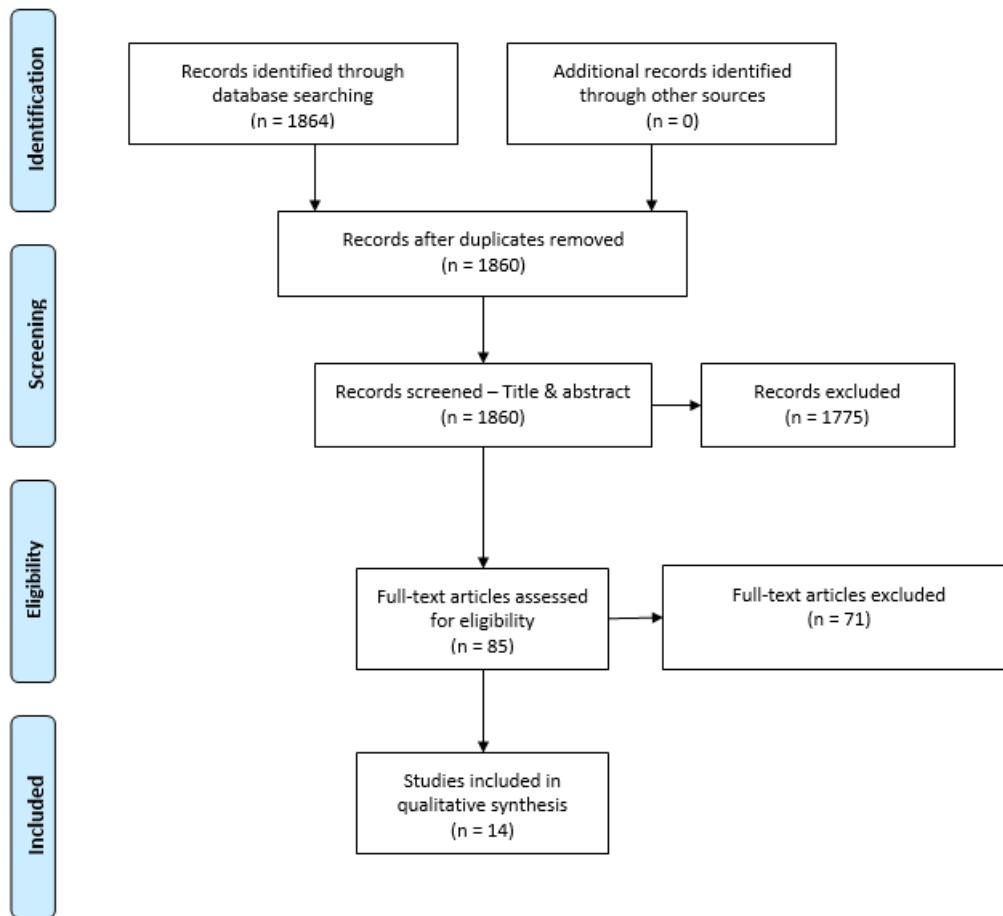
Efter ovenstående beskrevne systematiske søgning blev udført, blev 1.864 referencer fundet. I første del af udvælgelsesprocessen blev referencerne importeret til programmet *EndNote X9*, hvor de blev dublettjekket. Kun fire dubletter blev fundet og ekskluderet, hvilket kan skyldes, at der blev søgt i de tre udvalgte databaser simultant.

I anden del af udvælgelsesprocessen blev de 1.860 artikelreferencer overført til *Covidence*. Her blev artiklernes titler samt abstracts, når det blev vurderet relevant, screenet. Artikler, der blev vurderet til ikke at være relevante blev ekskluderet. 1.775 artikler blev ekskluderet.

Som tredje del af udvælgelsesfasen blev de resterende 85 artikler gennemlæst og inkluderet eller ekskluderet på baggrund af følgende inklusions- og eksklusionskriterier: Artiklen skulle undersøge én eller flere medierende faktorer mellem oplevelse af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og/eller mobning i barndommen og efterfølgende udvikling af AN, BN, BED eller ED-

symptomer. De PSOer, som artiklen undersøgte, skulle have fundet sted før forsøgsparticipanterne fyldte atten. Derfor blev artikler også ekskluderet, hvis det ikke var angivet eller ikke var muligt at bedømme, hvornår de inkluderede PSOer havde fundet sted. Artiklen skulle undersøge medierende faktorer kvantitativt, dette for at de medierende faktorer levede op til de betingelser, der er beskrevet af Baron og Kenny (1986). Artikler blev yderligere ekskluderet, hvis studiet var blevet foretaget i et land med en ikke-vestlig kultur. Dette blev gjort for bedre at kunne sammenligne de inkluderede studier. Dog gjorde dette også, at resultaterne fra nærværende opgave ikke kan generaliseres ud over de vestlige lande. Ligeledes blev artikler ekskluderet, hvis der i gruppen af forsøgsparticipantere kun var inkluderet individer diagnosticeret med en ED. Dette blev gjort, da det blev vurderet, at det ikke ville være muligt at skelne mellem, om den eller de undersøgte medierende faktorer var medvirkende til efterfølgende udvikling af EDs, når der ikke var inkluderet personer uden EDs, som individerne med EDs kunne sammenlignes med. Efter gennemlæsning af de 85 artikler blev 71 artikler ekskluderet, hvilket resulterede i 14 inkluderede artikler (se Figur 1).

Figur 1: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen



Figur 1: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen, baseret på The PRISMA Statement (Liberati et al., 2009; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009).

Resultatanalyse

Nedenfor følger en gennemgang over de inkluderede studiers karakteristika (tabel 2) og en oversigt over både studierne metoder, variable og resultater (tabel 3). Herefter bliver de relevante karakteristika og resultater gennemgået og analyseret.

Tabel 2: Oversigt over studiekarakteristika

Studie	Land	Formål	Design	Beskrivelse af forsøgsdeltagere	Måleredskaber
Benas & Gibb (2008)	US	Undersøger depressive kognitioner og dysfunktionelle kognitioner om spisning som mulige medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for udseenderelateret mobning i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 203). 65% kvinder. Aldersinterval: N/A (M = 19,07). Svarprocent: N/A. Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Motivation for tyndhed (EDI-2) M = 16,04. Bulimisk adfærd (EDI-2) M = 1,48. Kropsutilfredshed (EDI-2) M = 8,30. Overspisning (BES) M = 9,13. Begrænsning af spisning (DEBQ) M = 24,3. Emotionel spisning (DEBQ) M = 28,61. Ekstern spisning (DEBQ) M = 30,38.	The Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). Teasing Questionnaire-Revised (TQ-R). Life Experiences Questionnaire (LEQ) Peer-subskala. Cognitive Style Questionnaire (CSQ). The Beliefs About Appearance Scale (BAAS). The Body Shape Questionnaire (BSQ). The Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). The Eating Disorders Inventory-2 (EDI-II). The Binge Eating Scale (BES). Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) Restraint-subskala.
Burns, Fischer, Jackson, & Harding (2012)	US	Undersøger dysfunktionel emotionsregulering som en mulig medierende faktor i forholdet mellem emotionel vold i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 1.254). 100% kvinder. Aldersinterval: 18-22 år (M = N/A). Svarprocent: >95%. Gennemsnitlig score for ED-symptomer: Global ED-score (EDE-Q) M = 1,79.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).
Cook-Cottone et al. (2016)	US	Undersøger angst som en mulig medierende faktor i forholdet mellem mobning i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Folkeskoleelever i 5. til 8. klasse (n = 1838). 55% piger. Aldersinterval: 9-16 år (M = 11,76). Svarprocent: 75,6%.	School Climate Bullying Survey (SCBS). Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC).

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 55 af 121

				<p>Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Totalscore (EDI-3) piger M = 15,82, drenge M = 12,47, begge køn M = 14,32. Motivation for tyndhed (EDI-3) piger M = 6,46, drenge M = 5,57, begge køn M = 6,06. Kropsutilfredshed (EDI-3) piger M = 7,58, drenge M = 5,11, begge køn M = 6,48. Forstyrret spisning (EDI-3) piger M = 1,78, drenge M = 1,79, begge køn M = 1,78.</p>	
Duarte, Pinto-Gouveia, & Rodrigues (2015)	PT	Undersøger kropsrelateret skam og selvkritik som mulige medierende faktorer i forholdet mellem mobning og graden af depressions- og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	<p>Folkeskole- og gymnasieelever (n = 609). 100% piger. Aldersinterval: 12-18 år (M = 14,1). Svarprocent: N/A. Gennemsnitlig score for ED-symptomer: Global score (EDE-Q) M = 1,43.</p>	<p>Body Mass Index (BMI). Peer Relations Questionnaire for Children (PRQ) Victim-subskala. Body Image Shame Scale – Adolescents Version (BISS). Forms of Self-Criticism/Attacking and Self-Reassurance Scale – Adolescents version (FSCRS-A). EDE-Q. Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS21) Depression-subskala.</p>
Duarte & Pinto-Gouveia (2016)	PT	Undersøger kropsrelateret skam og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede som mulige medierende faktorer i forholdet mellem udseenderelateret mobning i barndommen og senere BMI og overspisningssymptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	<p>Studerende og individer fra den generelle befolkning (n = 853). 100% kvinder. Aldersinterval: 18-55 år (M = 28,74). Svarprocent: 95,3%. Gennemsnitlig score for ED-symptomer: Overspisningssymptomer på testtidspunktet (BES) M = 6,48.</p>	<p>BMI. BES. Body Image Victimization Experiences Scale (BIVES). BISS. Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ). DASS21 Depression-subskala.</p>
Farrow & Fox (2011)	GB	Undersøger angst- og depressionssymptomer (her kaldet ”emotionelle symptomer”) som potentiel medierende faktor i	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	<p>Skoleelever (n = 378). 46,5% piger, 1,6% ikke angivet køn. Aldersinterval: 11-14 år (M = 12,82). Svarprocent: N/A.</p>	<p>Self-Report Experiences of Bullying Questionnaire. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Emotional Symptoms-subskala. DEBQ Restraint-subskala. Figure Rating Scale (FRS). Eating Disorder Inventory (EDI) udvalgte spørgsmål.</p>

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 56 af 121

		forholdet mellem mobning og ED-symptomer.		Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Kropsutilfredshed (EDI & FRS) M = 8,23. Begrænsning af spisning (DEBQ) M = 2,21.	BMI.
Gerke, Mazzeo, & Klierer (2006)	US	Undersøger depression og dissociation som mulige medierende faktorer i forholdet mellem emotionel, fysisk og seksuel vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og bulimisk adfærd.	Retrospektiv tværnsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 417). 100% kvinder. Aldersinterval: 16-53 år (M = 19,9). Svarprocent: N/A. Gennemsnitlig score for ED-symptomer: Bulimisk adfærd (BULIT-R) M = 49,52.	CTQ. CES-D. Dissociative Experiences Scale-II (DES-II). Bulimia Test-Revised (BULIT-R).
Hopwood, Ansell, Fehon, & Grilo (2011)	US	Undersøger depressiv/negativ affekt som mulig medierende faktor mellem emotionel, fysisk og seksuel vold i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværnsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Patienter med forskellige problematikker indlagt på en psykiatrisk ungdomsafdeling (n = 148). 55,4% piger. Aldersinterval: 13-19 år (M = 15,90). Svarprocent: N/A. Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Begrænsning af spisning (MACI) drenge M = 0,36, piger M = 1,86. Kropsutilfredshed (MACI) drenge M = 1,47, piger M = 2,62. Overspisning (MACI) drenge M = 0,28, piger M = 0,67.	The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Beck Depression Inventory (BDI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE). CTQ.
Hund & Espelage (2006)	US	Undersøger alexitymi og generel distress (depressions- og angstsymptomer) som mulige medierende faktorer i forholdet mellem emotionel vold i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværnsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 608). 100% kvinder. Aldersinterval: N/A (M = 20,3) Svarprocent: 96,7%. Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer:	CTQ Emotional Abuse-subskala. Child Abuse and Trauma Scale (CATS) Emotional Abuse-subskala. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) Difficulty Identifying Feelings (DIF)- og Difficulty Describing Feelings (DDF)-subskalaer. CES-D. Brief Symptom Inventory (BSI) Depression- og Anxiety-subskalaer.

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 57 af 121

				Bulimisk adfærd og optagethed af mad (EAT-26) M = 1,33. Diætrelateret adfærd (EAT-26) M = 6,28. Kropsutilfredshed (EDI) M = 10,20. Bulimisk adfærd (EDI) M = 1,39. Motivation for tyndhed (EDI) M = 4,98,	State Trait Anxiety Inventory (STAI). EDI. The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26).
Kent, Waller, & Dagnan (1999)	GB	Undersøger angst-, depressions-, og dissociationssymptomer som mulige medierende faktorer i forholdet mellem omsorgssvigt, emotionel, fysisk og seksuel vold og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 236), herunder psykologistuderende (n = 157) og sygeplejerskestuderende (n = 79). 100% kvinder. Aldersinterval: 18-48 år (M = 22,8). Svarprocent: N/A. Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Bulimisk adfærd (EDI) M = 1,83. Kropsutilfredshed (EDI) M = 12,5. Motivation for tyndhed (EDI) M = 5,07.	CATS. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Dissociative Experiences Scale (DES). EDI.
Mills, Newman, Cossar, & Murray, (2014)	GB	Undersøger emotionsregulering som en mulig medierende faktor i forholdet mellem emotionel vold og omsorgssvigt i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Skoleelever (n = 268). 44,6% piger. Aldersinterval: 14-18 (M = 15,38 år). Svarprocent: 82,84%. Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Samlet score (EAT-26) drenge M = 5,56, piger M = 9,63, begge køn M = 7,37.	Regulation of Emotions Questionnaire (REQ). CTQ Emotional Abuse og Emotional Neglect-subskalaer. EAT-26.
Minnich, Gordon, Kwan, & Troop-Gordon (2017)	US	Undersøger alexitymi som en mulig medierende faktor i forholdet mellem emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 1344). Aldersinterval: 18-24 år (M = 18,97). 64,21% kvinder. Svarprocent: 97,9%.	BMI. Drive for Muscularity Scale (DMS). BES. TAS-20. Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). BDI-II. Beck Anxiety Inventory (BAI).

				Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: Motivation for muskuløs fysik (DMS) mænd M = 44,96, kvinder M = 29,54. Overspisning (BES) mænd M = 21,48, kvinder M = 25,22.	
Moulton, Newman, Power, Swanson, & Day (2015)	GB	Undersøger dysfunktionel emotionsregulering og dissociation som mulige medierende faktorer i sammenhængen mellem emotionel, fysisk og seksuel vold, samt emotionel- og fysisk omsorgssvigt i barndommen og ED-symptomer.	Retrospektiv tværnsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Universitetsstuderende (n = 142). 100% kvinder. Aldersinterval: 18-46 år (M = 21,06). Svarprocent: 97,2 %. Gennemsnitlig score for ED-symptomer: Global score (EDE-Q) M = 2,2.	CTQ. DES-II. DERS. EDE-Q.
Suiman, Slane, Burt, & Klump (2008)	US	Undersøger negativ affekt som en mulig medierende faktor i forholdet mellem vægtrelateret mobning og overspisning.	Retrospektiv tværnsnitsundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse.	Tvillinger fra Michigan State University Twin Registry (MSUTR; n = 265). 100% piger. Aldersinterval: 10-15 år (M = 12,5). Svarprocent: N/A. Gennemsnitlige scorer for ED-symptomer: N/A.	Minnesota Binge Eating-subskala (MEBS). Perception of Teasing Scale (POTS) Weight Based Teasing-subskala. The Early Adolescent Temperament Questionnaire- Revised (EATQ-R). Pubertal Development Scale (PDS). BMI.

Tabel 2: Oversigt over studiekaraktistika: Studiets oprindelsesland, studiets formål, undersøgelsesformen, beskrivelser af studiets

deltagere, samt anvendte måleredskaber er angivet.

Tabel 3: Oversigt over analyser og resultater

Studie	Analysemetode	Uafhængige variable	Undersøgte medierende faktorer	Afhængige variable	Resultater af bivariate analyser	Resultater af mediationsanalyser
--------	---------------	---------------------	--------------------------------	--------------------	----------------------------------	----------------------------------

<p>Benas & Gibb (2008)</p>	<p>Structural equation modeling (SEM) path analysis. 8 modeller.</p>	<p>Verbal mobning i barndommen (PARTS, LEQ og TQ-R): Mobning relateret til præstation, akademiske evner, social adfærd, og familie, udseende generelt og specifikt kropsvægt og -form.</p>	<p>Graden af depressive kognitioner på testtidspunktet (CSQ): generalisering, vurdering af konsekvenser og vurdering af selv-karakteristika ifm. forekomsten af specifikke positive og negative situationer, Graden af dysfunktionelle kognitioner om spisning på testtidspunktet (BAAS og BSQ): Individets opfattelse af, hvilken indflydelse vedkommendes udseende har på relationer, præstationer, følelser og syn på sig selv, samt bekymringer om kropsvægt og -form.</p>	<p>Graden af depressive symptomer på testtidspunktet (BDI-II og CES-D). Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (DEBQ, EDI-2 og BES): Graden af overspisningssymptomer, samt graden af symptomer forbundet med AN og BN, herunder: motivation for tyndhed, bulimisk adfærd og kropstillfredshed – ikke inklusiv begrænsning af indtag.</p>	<p>Alle subskalaer for mobning var positivt korreleret med alle subskalaer for depressive og dysfunktionelle kognitioner om spisning, med én undtagelse (mobning relateret til familie og opfattelse af egen krop). Alle subskalaer for mobning var positivt korreleret med begge depressionsskalaer, med én undtagelse (mobning relateret til familie og BDI-II). Angående mobning (8 subskalaer) og ED-symptomer (7 subskalaer) var 23 ud af 56 mulige korrelationer positivt korreleret. Ved mobning ikke relateret til udseende (5 subskalaer) og ED-symptomer var 12 ud af 35 mulige korrelationer positivt korreleret. Ved mobning relateret til udseende generelt (2 subskalaer) og ED-symptomer var 7 ud af 14 mulige korrelationer positivt korreleret. Subskalaen for mobning relateret til kropsvægt- og form var positivt korreleret med alle subskalaer for ED-symptomer. Desuden var subskalaen for overspisning positivt korreleret med alle former for mobning, med undtagelse af familierelateret mobning. Alle subskalaer for depressive kognitioner var positivt korreleret med begge skalaer for depression. Begge skalaer for dysfunktionelle kognitioner om spisning var positivt korreleret med alle subskalaer for ED-symptomer.</p>	<p>Model 1: En fuld mediationsmodel af forholdet mellem mobning og depressive symptomer, samt mobning og ED-symptomer gennem hhv. depressive kognitioner og dysfunktionelle kognitioner relateret til spisning passede dårligt på dataene. Model 2: Depressive kognitioner medierede delvist sammenhængen mellem verbal mobning og depressive symptomer. Model 3: Dysfunktionelle kognitioner om spisning medierede fuldt sammenhængen mellem verbal mobning og ED-symptomer. Model 4: Depressive kognitioner var signifikant relateret til ED-symptomer, men var i signifikant højere grad relateret til depressionssymptomer. Dysfunktionelle kognitioner om spisning var relateret til depressive symptomer i samme grad som til ED-symptomer. Model 5: En fuld mediationsmodel magen til model 1, med undtagelse af vægtrelateret mobning i stedet for mobning generelt, passede dårligt til dataene. Model 6: Depressive kognitioner medierede delvist forholdet mellem vægtrelateret mobning og depression. Model 7: Dysfunktionelle kognitioner om spisning medierede fuldt forholdet mellem vægtrelateret mobning og ED-symptomer. Vægtrelateret mobning var i signifikant højere grad relateret til dysfunktionelle kognitioner om spisning end til depressive kognitioner.</p>
---------------------------------------	---	--	--	--	--	--

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 60 af 121

						<p>Model 8: Depressive kognitioner var i lige høj grad relateret til depressive og ED-symptomer.</p> <p>Dysfunktionelle kognitioner om spisning var relateret til depressive symptomer, men var i signifikant højere grad relateret til ED-symptomer.</p> <p>Køn modererede ingen af de fundne resultater.</p>
<p>Burns, Fischer, Jackson, & Harding (2012)</p>	<p>SEM path analysis.</p> <p>2 modeller.</p>	<p>Fysisk, seksuel og/eller emotionel vold i barndommen (CTQ).</p>	<p>Graden af dysfunktionel emotionsregulering på testtidspunktet (DERS): Problemer med at regulere følelser gennem funktionelle strategier, manglende accept af, bevidsthed om og identifikation af følelser, manglende impuls kontrol og evne til at agere målorienteret i situationer med negativ affekt.</p>	<p>Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (EDE-Q): Global skala for frekvens af strategier til nedsat spisning og forvrængede kognitioner forbundet med spisning, kropsvægt og -form, en skala for frekvens af overspisning og en skala for frekvens af kompenserende adfærd.</p>	<p>Emotionel vold var signifikant associeret med ED-symptomer.</p> <p>Fysisk vold og seksuel vold var ikke signifikant associeret med ED-symptomer.</p> <p>Dysfunktionel emotionsregulering var signifikant associeret med både emotionel og fysisk vold.</p> <p>ED-symptomer var signifikant associeret med dysfunktionel emotionsregulering.</p>	<p>Model 1: Emotionel vold, men ikke seksuel vold og fysisk vold, var signifikant forbundet med dysfunktionel emotionsregulering.</p> <p>Dysfunktionel emotionsregulering var signifikant forbundet med både overspisning, kompenserende adfærd og global score for ED-symptomer.</p> <p>Model 2: Dysfunktionel emotionsregulering medierede delvist forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer.</p> <p>Emotionel vold havde også en direkte effekt på ED-symptomer, dette med undtagelse af kompenserende adfærd.</p> <p>Fysisk vold havde ingen signifikant effekt på dysfunktionel emotionsregulering, men havde en signifikant negativ indvirkning på overspisning.</p> <p>Seksuel vold havde hverken et signifikant forhold til dysfunktionel emotionsregulering eller ED-symptomer.</p>
<p>Cook-Cottone et al. (2016)</p>	<p>Simpel mediationsanalyse og modereret mediationsanalyse med boot-</p>	<p>Oplevet grad af udsættelse for mobning (SCBS).</p>	<p>Graden af angstsymptomer på testtidspunktet (MASC): Fysiske symptomer på angst, undgåelse af skade (f.eks. perfektionisme og ængstelige coping-</p>	<p>Graden af ED-symptomer (i artiklen omtalt som "eating disorder risk") på testtidspunktet (EDI-3): udtrykt ved den samlede score af motivation for</p>	<p>Udsættelse for mobning var positivt associeret med graden af ED-symptomer.</p> <p>Udsættelse for mobning var positivt associeret med alle fem subskalaer af angst.</p>	<p>Model 1: Fysiske symptomer på angst medierede delvist sammenhængen mellem mobning og ED-symptomer</p> <p>Model 1a: Den medierende effekt af fysiske symptomer på angst var modereret af køn, med en større medierende effekt for piger.</p>

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 61 af 121

	<p>strapping, baseret på Preacher & Hayes (2004).</p> <p>10 modeller.</p>		<p>mekanismer), social angst, separationsangst og en samlet global score.</p>	<p>tyndhed, kropstillfredshed og bulimisk adfærd.</p>	<p>Alle subskalaer af angst, med undtagelse af undgåelse af skade, var positivt associeret med graden af ED-symptomer.</p>	<p>Model 2: Undgåelse af skade medierede ikke sammenhængen mellem mobning og ED-symptomer Model 2a: Køn modererede ikke den medierende effekt af undgåelse af skade. Model 3: Social angst medierede delvist sammenhængen mellem mobning og ED-symptomer Model 3a: Den medierende effekt af social angst var modereret af køn, med en større medierende effekt for piger. Model 4: Separationsangst medierede delvist sammenhængen mellem mobning og ED-symptomer Model 4a: Køn modererede ikke den medierende effekt af separationsangst. Model 5: Den globale angstscore medierede delvist sammenhængen mellem mobning og ED-symptomer Model 5a: Den medierende effekt af den globale angstscore var modereret af køn, med en større medierende effekt for piger.</p>
<p>Duarte, Pinto-Gouveia, & Rodrigues (2015)</p>	<p>SEM path analysis.</p> <p>3 modeller.</p>	<p>Graden af udsættelse for mobning (PRQ).</p>	<p>Graden af kropsbilledeskam på testtidspunktet (BISS): eksternaliseret skam og internaliseret skam. Graden af selvkritik på testtidspunktet (FSCRS-A): Utilstrækkeligt selv, selvhad og manglende evne til beroligelse af sig selv.</p>	<p>Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (EDE-Q): samlet score af afholdenhed fra mad, bekymringer relateret til spisning, bekymring relateret til kropsform og bekymring relateret til kropsvægt. Graden af depressionssymptomer på testtidspunktet (DASS21).</p>	<p>Udsættelse for mobning var positivt associeret med depressions- og ED-symptomer, samt kropsbilledeskam og selvkritik, herunder særligt selvhad. Kropsbilledeskam var positivt associeret med to former for selvkritik – utilstrækkeligt selv og selvhad, samt med depressions- og ED-symptomer.</p>	<p>Model 1: Den direkte effekt af mobning på ED-symptomer var ikke signifikant. Model 2: Mobning havde en direkte effekt på depressive symptomer, kropsbilledeskam og selvhad. Kropsbilledeskam medierede delvist forholdet mellem mobning og depressive symptomer og selvhad. Selvhad medierede delvist forholdet mellem kropsbilledeskam og depressive symptomer, samt mobning og depressive symptomer. Kropsbilledeskam og selvhad medierede helt forholdet mellem mobning og ED-symptomer.</p>

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 62 af 121

						Model 3: Resultaterne fra model 2 forblev signifikante ved kontrol af depressive symptomers effekt på mobning, samt associationer mellem kropsbillede-skam, selvhad og ED-symptomer.
Duarte & Pinto-Gouveia (2016)	SEM path analysis. 3 modeller.	Graden af udsættelse for udseenderelateret mobning af hhv. jævnaldrende og forældre i barndommen (BIVES).	Graden af kropsbillede-skam på testtidspunktet (BISS): eksternaliseret skam og internaliseret skam. Graden af mental fleksibilitet relateret til kropsbillede på testtidspunktet (BI-AAQ): individets evne til at acceptere tanker, minder, emotioner og fornemmelser relateret til kropsbilledet.	BMI på testtidspunktet. Graden af overspisningssymptomer på testtidspunktet (BES): adfærdsmæssige, emotionelle og kognitive symptomer. Graden af depressionssymptomer på testtidspunktet (DASS21).	Graden af udseenderelateret mobning i barndommen af hhv. forældre og jævnaldrende var positivt associeret med hinanden, samt med graden af skam relateret til kropsbillede, overspisningssymptomer, depressionssymptomer og BMI. Graden af mental kropsbillede-fleksibilitet var negativt associeret med graden af oplevelse af udseenderelateret, graden af kropsbillede-skam, overspisningssymptomer, depressionssymptomer og BMI. Graden af kropsbillede-skam var positivt associeret med BMI, overspisnings- og depressionssymptomer. Graden af overspisningssymptomer var positivt associeret med BMI og depressionssymptomer.	Model 1: Den direkte effekt af udseenderelateret mobning af jævnaldrende på overspisningssymptomer og BMI, samt den direkte effekt af udseenderelateret mobning af forældre på BMI var ikke signifikant. Model 2: Udseenderelateret mobning af forældre havde en direkte negativ effekt på overspisningssymptomer. Kropsbillede-skam medierede delvist forholdet mellem udseenderelateret mobning af forældre eller jævnaldrende og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede. Kropsbillede-skam og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede medierede helt forholdet mellem udseenderelateret mobning af forældre eller jævnaldrende og BMI, samt udseenderelateret mobning af jævnaldrende og overspisningssymptomer. Kropsbillede-skam og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede medierede delvist forholdet mellem udseenderelateret mobning af forældre og overspisningssymptomer. Model 3: Resultaterne fra model 2 forblev uændrede, da der blev kontrolleret for effekten af depressionssymptomer.
Farrow & Fox (2011)	Mediations-analyse,	Graden af udsættelse for mobning i løbet af	Graden af emotionelle symptomer på	Graden af begrænsning af spisning på testtidspunktet	BMI var ikke signifikant korreleret med hverken mobning eller	Model 1: For piger medierede emotionelle symptomer delvist

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 63 af 121

	regressions-analyser som beskrevet af Baron & Kenny (1986).	det seneste skolesemester (Self-Report Experiences of Bullying Questionnaire): Verbal, fysisk og social mobning.	testtidspunktet (SDQ): depressions- og angstsymptomer.	DEBQ): Udtrykt ved at indtage mindre mad, end hvad individet har behov for, spise mindre for at tabe sig og spise slankende mad. Graden af kropsutilfredshed på testtidspunktet (FRS og EDI): forskel på egentlig og ønsket kropsvægt, forskel på egentlig overvægt og opfattelse af overvægt, samt manglende tilfredshed med egen krop og kropsvægt.	emotionelle symptomer, og der blev derfor ikke i resten af analyserne kontrolleret for BMI. Alle tre former for mobning var positivt korreleret med graden af emotionelle symptomer, begrænsning af spisning og kropsutilfredshed. Graden af emotionelle symptomer var positivt korreleret med både begrænsning af spisning og kropsutilfredshed. Sammenlignet med drenge rapporterede piger en højere frekvens af udsættelse for verbal og social mobning, emotionelle symptomer, begrænsning af spisning og kropsutilfredshed.	sammenhængen mellem verbal mobning og kropsutilfredshed, mens fysik og social mobning ikke havde en signifikant individuel effekt på kropsutilfredshed. Model 2: For piger havde ingen af de tre former for mobning en signifikant indflydelse på graden af begrænsning af spisning. Model 3: For drenge havde ingen af de tre former for mobning en signifikant individuel effekt på kropsutilfredshed. Model 4: For drenge havde ingen af de tre former for mobning en signifikant effekt på begrænsning af spisning.
Gerke, Mazzeo, & Kliewer (2006)	Mediations-analyse, regressions-analyser som beskrevet af Baron & Kenny (1986). 3 modeller.	Graden af oplevet mishandling i barndommen (CTQ): Emotionel, fysisk og seksuel vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt.	Graden af depressive symptomer på testtidspunktet (CES-D). Graden af dissociation på testtidspunktet (DES-II): frekvensen af dissociative symptomer udtrykt ved identitets- og hukommelsesproblemer, fortabelse, depersonalisering og derealisering.	Graden af bulimisk adfærd (BULIT-R) på testtidspunktet.	Hverken fysisk eller seksuel vold, samt emotionel eller fysisk omsorgssvigt var signifikant korreleret med bulimisk adfærd, hvorfor ingen af disse former for mishandling i barndommen blev inkluderet i den videre analyse. Emotionel vold var positivt korreleret med bulimisk adfærd, samt depression og dissociation. Både depression og dissociation var positivt korreleret med graden af bulimisk adfærd.	Model 1: Når der blev kontrolleret for effekten af depression, var emotionel vold i barndommen ikke længere signifikant associeret med dissociation. På baggrund af dette blev dissociation ikke videre undersøgt som en potentiel medierende faktor. Model 2: Når der blev kontrolleret for dissociation, medierede depressive symptomer helt forholdet mellem emotionel vold og bulimisk adfærd. Model 3: Etnisk baggrund modererede ikke de fundne resultater.
Hopwood, Ansell, Fehon, & Grilo (2011)	Mediations-analyse, regressions-analyser som beskrevet af Baron & Kenny (1986).	Graden af oplevet mishandling i barndommen (CTQ): emotionel, fysisk og seksuel vold	Graden af negativ/depressiv affekt på testtidspunktet (RSE og BDI): depressive symptomer og manglende globalt selvværd.	Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (MACI): overspisning, kropsutilfredshed og begrænsning af spisning.	For begge køn var mishandling (samlet score), negativ/depressiv affekt (samlet score) og ED-symptomer (samlet score) positivt korreleret. For piger var negativ/depressiv affekt i signifikant højere grad forbundet med ED-symptomer, med	Model 1: For begge køn medierede negativ/depressiv (samlet score) affekt forholdet mellem mishandling (samlet set) og ED-symptomer (samlet set). Den medierende effekt var større for pige end for drenge. Model 2: Negativ/depressiv affekt medierede helt forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 64 af 121

	7 modeller.				<p>undtagelse af kropsutilfredshed end for drenge.</p> <p>For drenge var der ingen signifikant sammenhænge mellem hverken fysisk og seksuel vold og negativ/depressiv affekt eller ED-symptomer.</p> <p>For drenge var der ingen signifikant sammenhæng mellem hverken negativ/depressiv affekt eller mishandling i barndommen (samlet score) og begrænsning af spisning.</p>	<p>(samlet score) for begge køn, men effekten var større for piger.</p> <p>Model 3: Negativ/depressiv affekt medierede helt forholdet mellem fysisk vold og ED-symptomer (samlet score) for piger, men ikke for drenge.</p> <p>Model 4: Negativ/depressiv affekt medierede delvist forholdet mellem seksuel vold og ED-symptomer for piger, men ikke for drenge.</p> <p>Model 5: Negativ/depressiv affekt medierede delvist forholdet mellem mishandling (samlet score) og begrænsning af spisning hos piger,</p> <p>Model 6: Negativ/depressiv affekt medierede helt forholdet mellem mishandling (samlet score) og kropsutilfredshed hos begge køn.</p> <p>Model 7: Negativ/depressiv affekt medierede helt forholdet mellem mishandling (samlet score) og overspisning hos piger, men ikke hos drenge.</p>
Hund & Espelage (2006)	SEM path analysis. 3 modeller.	Graden af oplevet emotionel vold i barndommen (CTQ og CATS).	Graden af alexitymi på testtidspunktet (TAS-20): problemer med at identificere og beskrive følelser. Graden af generel distress på testtidspunktet (CES-D og STAI): graden af depression- og angstsymptomer.	Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (EDI og EAT-26): Delt op i to forskellige begreber. Det første begreb, begrænsning af spisning, bestod af diætrelateret adfærd, motivation for tyndhed og kropsutilfredshed. Det andet begreb var bulimisk adfærd.	Emotionel vold i barndommen, alexitymi, generel distress og ED-symptomer var signifikant korreleret med hinanden.	<p>Model 1: Alexitymi medierende forholdet mellem emotionel vold og generel distress.</p> <p>Generel distress medierede forholdet mellem alexitymi og både begrænsning af spisning (inklusive kropsutilfredshed) og bulimisk adfærd.</p> <p>Begrænsning af spisning (inklusive kropsutilfredshed) medierede delvist forholdet mellem generel distress og bulimisk adfærd.</p> <p>Model 2: Det blev undersøgt om alexitymi medierede forholdet mellem emotionel vold og både generel distress og ED-symptomer. Model 1 passede bedre på dataene end model 2.</p>

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 65 af 121

						Model 3: Modellen var magen til model 1, med undtagelse af, at sammenhængen mellem begrænsning af spisning (inklusive kropstillfredshed) var fjernet. Model 1 passede bedre på dataene end model 3.
Kent, Waller, & Dagnan (1999)	Mediations-analyse, regressions-analyser som beskrevet af Baron & Kenny (1986). 5 modeller.	Graden af oplevet emotionel, fysisk og seksuel vold, samt fysisk og emotionel omsorgssvigt i barndommen (CATS).	Graden af depressionssymptomer på testtidspunktet (HADS). Graden af angstsymptomer på testtidspunktet (HADS). Graden af dissociationssymptomer på testtidspunktet (DES).	Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (EDI): Global score der inkluderer motivation for tyndhed, bulimisk adfærd og kropstillfredshed.	Omsorgssvigt, emotionel og fysisk vold var positivt korreleret med ED-symptomer. Alle fire former for mishandling i barndommen var positivt korreleret med angst- og depressionssymptomer. Omsorgssvigt, emotionel og fysisk vold var positivt korreleret med dissociation. Seksuel vold var ikke signifikant korreleret med hverken ED- eller dissociationssymptomer.	Model 1: Mishandling (samlet score) havde en signifikant effekt på ED-symptomer, men kun emotionel vold havde en signifikant individuel effekt. Model 2: Mishandling (samlet score) havde en signifikant indflydelse på depressionssymptomer, men kun emotionel og fysisk vold havde en signifikant individuel effekt. Mishandling (samlet score) havde en signifikant effekt på angstsymptomer, men kun emotionel vold og omsorgssvigt havde en signifikant individuel effekt. Mishandling (samlet score) havde en signifikant effekt på dissociationssymptomer, med kun emotionel vold havde en signifikant individuel effekt. Model 4: angst- og dissociationssymptomer medierede helt forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer. Model 5: Individets alder ved starten af den emotionelle vold i barndommen modererede ikke den fundne medierende effekt.
Mills, Newman, Cossar, & Murray (2014)	Mediations-analyse, ordinary least squares regression, baseret på Hayes &	Graden af oplevet emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen (CTQ).	Graden af funktionel emotionsregulering på testtidspunktet (REQ): anvendelse af både indre og ydre funktionelle strategier til emotionsregulation.	Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (EAT-26): global score inklusiv både diætrelateret adfærd, bulimisk adfærd, optagethed af mad og oral kontrol.	Der var ingen forskel mellem piger og drenge angående emotionel vold og omsorgssvigt, samt dysfunktionel emotionsregulering. Piger rapporterede en højere grad af ED-symptomer og en ikke-	Model 1: Køn (dreng) og emotionel omsorgssvigt, men ikke emotionel vold, havde en signifikant negativ effekt på funktionel emotionsregulering.

Medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af spiseforstyrrelser: Et systematisk review

Stefanie H. Fallesen

10-08-2020

Side 66 af 121

	Preacher (2013). 4 modeller.		Graden af dysfunktionel emotionsregulering på testtidspunktet (REQ): anvendelse af både indre og ydre dysfunktionelle strategier til emotionsregulation.		signifikant højere grad af funktionel emotionsregulering. Emotionel vold og omsorgssvigt var begge positivt korreleret med ED-symptomer og dysfunktionel emotionsregulering, samt negativt korreleret med funktionel emotionsregulering. Dysfunktionel emotionsregulering var positivt korreleret med graden af ED-symptomer, men funktionel emotionsregulering var ikke signifikant korreleret med graden af ED-symptomer.	Model 2: Kun emotionel vold havde en signifikant effekt på dysfunktionel emotionsregulering. Model 3: Emotionel vold, dysfunktionel emotionsregulering og køn (pige) havde en signifikant effekt på ED-symptomer. Model 4: Dysfunktionel emotionsregulering, men ikke funktionel emotionsregulering, medierede delvist forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer.
Minnich, Gordon, Kwan, & Troop-Gordon (2017)	Modereret mediationsanalyse med bootstrapping, baseret på Hayes & Preacher (2013). 4 modeller.	Graden af emotionel omsorgssvigt i barndommen (CTQ-SF). Graden af fysisk omsorgssvigt i barndommen (CTQ-SF).	Graden af alexitymi på testtidspunktet (TAS-20): Problemer med at beskrive og identificere følelser, samt eksternt orienteret tænkning. Graden af depressionssymptomer på testtidspunktet (BDI-II). Graden af angstsymptomer på testtidspunktet (BAI).	Graden af motivation for muskuløs fysik (DMS) på testtidspunktet: Dysfunktionelle opfattelser og tanker forbundet med ønske om høj muskelmasse. Graden af overspisning på testtidspunktet (BES): Graden og frekvensen af overspisningssymptomer.	Mænd rapporterede en højere grad af motivation for muskuløs fysik, samt både emotionel- og fysisk omsorgssvigt, mens kvinder rapporterede en højere grad af overspisning. Der var ingen kønsforskel i den rapporterede grad af alexitymi. Både emotionel- og fysisk omsorgssvigt var positivt korreleret med overspisning og motivation for muskuløs fysik, alexitymi, depressions- og angstsymptomer. Både alexitymi, depressions- og angstsymptomer var positivt korreleret med motivation for muskuløs fysik og overspisning.	Model 1: Alexitymi medierede helt forholdet mellem fysisk omsorgssvigt og overspisning hos kvinder, men ikke hos mænd. Model 2: Alexitymi medierede helt forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og overspisning hos kvinder, men ikke hos mænd. Model 3: Alexitymi medierede helt forholdet mellem fysisk omsorgssvigt og motivation for muskuløs fysik hos både mænd og kvinder. Model 4: Alexitymi medierede helt forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og motivation for muskuløs fysik hos både mænd og kvinder. Alle fire modeller kontrollerede for angst- og depressionssymptomer.
Moulton, Newman, Power, Swanson, & Day (2015)	Mediationsanalyse med bootstrapping, baseret på Hayes &	Graden af oplevet mishandling I barndommen (CTQ): Opdelt efter både emotionel, fysisk og seksuel vold, samt	Graden af dissociation på testtidspunktet (DES-II): frekvensen af dissociative symptomer udtrykt ved identitets- og hukommelsesproblemer, fortabelse,	Graden af ED-symptomer på testtidspunktet (EDE-Q): Global score over graden af ED-symptomer, der omfattede begrænsning af spisning, samt bekymringer	Emotionel vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt var positivt korreleret med både dissociation, dysfunktionel emotionsregulering og ED-symptomer. Fysisk vold var positivt korreleret med dysfunktionel	Model 1: Mishandling (samlet score) havde en signifikant effekt på dysfunktionel emotionsregulering, men kun emotionel vold havde en signifikant individuel effekt. Model 2: Mishandling (samlet score) havde en signifikant effekt på

	Preacher (2013). 3 modeller.	emotionel og fysisk omsorgssvigt.	depersonalisering og derealisering. Graden af dysfunktionel emotionsregulering på testtidspunktet (DERS): problemer med at regulere følelser gennem funktionelle strategier, manglende accept af, bevidsthed om og identifikation af følelser, manglende impuls kontrol og evne til at agere målorienteret i situationer med negativ affekt.	om spisning, kropsvægt og kropsform.	emotionsregulering og ED-symptomer, men ikke dissociation. Seksuel vold var ikke signifikant korreleret med hverken dissociation, dysfunktionel emotionsregulering eller ED-symptomer. Både dissociation og dysfunktionel emotionsregulering var positivt korreleret med ED-symptomer.	dissociation, men ingen de fem former for mishandling havde en signifikant individuel effekt. Model 3: Dysfunktionel emotionsregulation medierede forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer.
Suiman, Slane, Burt, & Klump (2008)	Mediationsanalyse, regressionsanalyser som beskrevet af Baron & Kenny (1986). 1 model.	Graden af vægtrelateret mobning fra individet var 5 år og op til testtidspunktet (POTS).	Graden af negativ affekt på testtidspunktet (EATQ-R).	Graden af overspisning på testtidspunktet (MEBS).	Vægtbaseret mobning, negativ affekt og overspisning var positivt korreleret med hinanden.	Model 1: Vægtbaseret mobning havde en signifikant effekt på både negativ affekt og overspisning. Negativ affekt havde en signifikant effekt på overspisning. Negativ affekt medierede delvist sammenhængen mellem vægtrelateret mobning og overspisning.

Tabel 3 Oversigt over analyser og resultater: De anvendte analysemetoder, uafhængige variable, undersøgte medierende faktorer, afhængige

faktorer og resultater er angivet. De angivne resultater er signifikante medmindre andet er angivet.

Demografiske variable

Tabel 2 viser karakteristika ved de inkluderede studier. De inkluderede studier er udgivet mellem 1999 og 2017, med kun ét studie foretaget før 2006 (Kent, Waller, & Dagnan, 1999). Studierne har sample-størrelser på mellem 142 og 1.838 forsøgsparticipanter ($M = 611.64$), hvilket for størstedelens vedkommende giver en relativt god statistisk styrke og derved mindsker sandsynligheden for type 2-fejl. Otte ud af de fjorten inkluderede studier blev foretaget i USA, fire blev foretaget i Storbritannien og de resterende to i Portugal. Det var ét af inklusionskriterierne, at studierne blev foretaget i et land med vestlig kultur. Dette blev gjort, da det på nuværende tidspunkt, som tidligere gennemgået, er uvist i præcis hvor høj grad kulturelle forskelle påvirker den måde EDs kommer til udtryk. Yderligere blev dette gjort, da kulturelle forskelle ligeledes kunne have en effekt på synet på og påvirkningen af forskellige former for adfærd, der i vesten bliver opfattet som mishandling. Dette gør dog, at de fundne resultater ikke kan generaliseres til ikke-vestlige lande.

Forsøgsparticipantene i otte af de inkluderede studier udgjordes af 100% kvinder eller piger, mens forsøgsparticipantene i de seks resterende studier udgjordes af mellem 44.6% og 65% kvinder eller piger. Dette viser en tendens til at have større fokus på piger og kvinder i forskning inden for EDs, og kan gøre det sværere at generalisere resultaterne til mænd. Alle studier, der inkluderede forsøgsparticipanter af begge køn, undersøgte kønsforskelle i resultaterne. Som gennemgået tidligere, ses der dog en højere prævalens af EDs hos kvinder end hos mænd. Dette kommer også til udtryk i de inkluderede studier, der angav gennemsnitlige scorer for ED-symptomer for begge køn enkeltvis, hvor piger og kvinder rapporterede en gennemsnitligt højere sværhedsgrad af de undersøgte ED-symptomer. Kun to undtagelser på dette blev fundet, herunder motivation for muskuløs fysik i studiet af Minnich, Gordon, Kwan og Troop-Gordon (2017), samt en forskel på kun 0.01 point for forstyrret spisning i studiet af Cook-Cottone et al. (2016). Dette gør grundlaget for at generalisere resultaterne til mænd og drenge endnu mindre, da det øger sandsynligheden for type 2-fejl for mænd og drenge.

De inkluderede studiers samples består af forsøgsparticipanter, der er både over og under atten år gamle, men der kan overordnet set skelnes mellem studier, der undersøger hhv. børn og unge eller unge og voksne. Studierne med børn og unge har en samlet aldersinterval på 9-19 år (M [11.76, 15.9]) og består af fire studier med forsøgsparticipanter fra folkeskoler og gymnasier, eller tilsvarende uddannelsesinstitutioner, et studie med forsøgsparticipanter fra et tvillingeregister, samt et studie med forsøgsparticipanter indlagt på en ungdomspsykiatrisk afdeling. Studierne med unge og voksne har et samlet aldersinterval på 16-53 år (M [18.97, 28.74]) og består af syv studier med samples bestående af universitetsstuderende, samt et studie med et sample bestående af både universitetsstuderende, samt individer fra den generelle befolkning.

Undersøgte variable

Som allerede angivet i denne opgave, er fokus på sammenhængen mellem udsættelse for emotionel vold, emotionel omsorgssvigt eller mobning i barndommen, efterfølgende EDs eller ED-symptomer og de medierende faktorer i disse forhold. Derfor involverer alle de inkluderede studier emotionel vold, emotionel omsorgssvigt eller mobning som uafhængige variable, samt EDs eller ED-symptomer som afhængige variable. Ingen af studierne havde ED-diagnoser som afhængige variable; derimod havde alle studier sværhedsgraden af ét eller flere ED-symptomer som uafhængige variable.

Af de fjorten inkluderede studier havde seks af dem udsættelse for mobning i barndommen som en uafhængig faktor, og tre af disse havde yderligere fokus på mobning relateret til udseende eller kropsvægt og -form. Syv af de inkluderede studier havde udsættelse for emotionel vold i barndommen som en uafhængig faktor, mens fem studier havde udsættelse for emotionel omsorgssvigt i barndommen som en uafhængig faktor. Yderligere inkluderede fem af studierne også seksuel vold som en uafhængig variabel, fem studier inkluderede fysisk vold som en uafhængig variabel og fire studier inkluderede emotionel omsorgssvigt som en uafhængig variabel.

Som det fremgår af tabel 3, er der en høj grad af heterogenitet ifm., hvilke ED-symptomer der anvendes som afhængige variable, samt hvilke faktorer der undersøges som mulige medierende faktorer. Dette gør det svært at sammenligne studierne fund. Desuden er mange forskellige spørgeskemaer blevet anvendt til at måle de forskellige variable i de inkluderede studier, hvilket kan ses i tabel 2. Dette kan være et problem, da en variabel – eksempelvis graden af dysfunktionel emotionsregulering – som kaldes det samme i to forskellige studier i bund og grund kan dække over to forskellige fænomener, alt efter hvad de anvendte spørgeskemaer måler. Desuden gør de forskellige anvendte spørgeskemaer det også vanskeligt at sammenligne graden af gennemsnitlige ED-symptomer i de enkelte studiers samples.

Metoder

Alle de fjorten inkluderede studier benyttede sig af retrospektive tværsnitsundersøgelser samt dataindsamling gennem spørgeskemaer. Retrospektive tværsnitsundersøgelser kan være problematiske, herunder særligt når medierende forhold undersøges. Da der er tale om retrospektive studier, er det ikke muligt at konkludere noget definitivt om rækkefølgen af den udvikling, som ønskes undersøgt. Selv hvis en given faktor findes at mediere forholdet mellem oplevelse af eksempelvis mobning og graden af ED-symptomer på testtidspunktet, vil man ikke kunne være sikker på de temporale forhold. De temporale forhold er vigtige, da det er et krav for medierende faktorer, at den uafhængige faktor finder sted eller er til stede først, hvilket påvirker en ændring i den potentielle medierende faktor, der igen fører til en ændring i den afhængige faktor (Kraemer, 2010). Derfor er det ikke muligt at konkludere, om nogle af de undersøgte potentielle medierende faktorer i de inkluderede studier i realiteten er medierende faktorer. Bemærk dog, at der i formuleringerne nedenfor anvendes formuleringer, hvor ovenstående pointer ikke er tydelige. Dette gøres for at undgå for lange og forvirrende forklaringer.

Da de inkluderede studier er baseret på forsøgsdeltagernes egne rapporteringer af oplevet mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt, er der en risiko for, at *recall bias* kan påvirke resultatet. Recall bias forekommer, når forsøgsdeltagernes minder er fejlbehæftede og faktorer relevante for studiet enten bliver over- eller undervurderet. Dette kan eksempelvis ske ved, at et individ der har det mentalt skidt, overvurderer den grad af emotionel vold, som vedkommende var udsat for i barndommen. Da forskning viser, at recall bias forekommer for faktorer såsom emotionel (her kaldet ”psychological abuse”), fysisk vold og socioøkonomisk status i barndommen (Sheikh, Abelsen & Olsen, 2016) er det relevant at holde sig for øje, at det er individets *subjektive* opfattelse af graden af oplevede PSOer, der bliver målt, og ikke nødvendigvis den egentlige grad.

Fem af de inkluderede studier anvendte mediationsanalyse baseret på Baron og Kenny (1986), fem studier anvendte SEM-metoder, og de fire resterende anvendte modererede mediationsanalyse baseret på Preacher og Hayes (2004; Hayes & Preacher, 2013). Dette gør det igen sværere at sammenligne de resultater, der er blevet fundet i studierne.

Resultater

Nedenfor gennemgås resultaterne fra de inkluderede studier. Resultaterne kan også ses i tabel 3. Resultaterne er her delt op efter hvilken potentielt skadelig oplevelse, der var den uafhængige variabel. Da fire af studierne omhandler både emotionel vold og emotionel omsorgssvigt vil der adskilt være et afsnit for studier omhandlende hhv. emotionel vold, emotionel omsorgssvigt, samt både emotionel vold og emotionel omsorgssvigt.

Medierende faktorer i forholdet mellem mobning og spiseforstyrrelsessymptomer

I forholdet mellem oplevelse af mobning i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer blev en række forskellige potentielle medierende faktorer undersøgt, herunder angst- og

depressionssymptomer, depressive kognitioner, uspecificeret negativ affekt, dysfunktionelle kognitioner om spisning, selvkritik, kropsrelateret skam og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede.

Studiet af Suiman, Slane, Burt og Klump (2008) viste, at negativ affekt delvist medierede forholdet mellem graden af vægtrelateret mobning og sværhedsgraden af overspisningssymptomer på testtidspunktet hos unge piger i alderen 10-15 år. Den medierende effekt blev testet vha. regressionsanalyser, som beskrevet af Baron og Kenny (1985), hvor forholdet mellem vægtrelateret mobning og overspisningssymptomer blev reduceret, men stadig var signifikant ($\beta = 1.6, p = .006$), når negativ affekt blev inkluderet som mediator. Sobels test bekræftede, at negativ affekt i signifikant grad medierede forholdet mellem vægtbaseret mobning og overspisningssymptomer ($Z = 4.68, p < .0001$). Effekten af vægtrelateret mobning og negativ affekt på overspisningssymptomer forklarede 20% af variansen i sværhedsgraden af overspisningssymptomer (pseudo $R^2 = .20$), hvilket var en medium-stor indirekte effekt. Dog blev der i studiet ikke specificeret, hvad begrebet ”negativ affekt” dækkede over (Suiman et al., 2008). Det antages, at der er tale om den samlede score af de to emotionalt-relaterede subskalaer ængstelighed (eng: *fearfulness*) og frustration, eller ængstelighedsskalaen alene, da disse er inkluderet i det anvendte spørgeskema EATQ-R (Muris & Meesters, 2009). Dette vides dog ikke med sikkerhed, da Suiman et al. (2008) angiver at de har anvendt negativ affekt-subskalaen fra EATQ-R, hvilket ikke er betegnelsen for nogen af subskalaerne inkluderet i EATQ-R (Muris & Meesters, 2009).

I studiet af Cook-Cottone et al. (2016) blev forskellige angstsymptomer undersøgt som medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af mobning og graden af ED-symptomer, udtrykt ved en samlet score bestående af motivation for tyndhed, kropsutilfredshed og bulimisk adfærd hos både piger og drenge i alderen ni til 16 år. Sempel modereret mediationsanalyse (Preacher & Hayes, 2004) blev anvendt. ”Undgåelse af skade” var det eneste angstsymptom, der ikke var positivt

associeret med ED-symptomer, og heraf heller ikke medierede forholdet mellem mobning og ED-symptomer ($B = .01$, 95% BCa CI [-.02, .03]). Både den globale angstscore ($B = .80$, 95% BCa CI [.65, .98]), fysiske angstsymptomer ($B = .78$, 95% BCa CI [.62, .96]) og social angst ($B = .93$, 95% BCa CI [.76, 1.10]) medierede delvist sammenhængen mellem mobning og ED-symptomer, dette modereret af køn, hvor de medierende effekter var større for piger. Separationsangst medierede også forholdet mellem mobning og ED-symptomer ($B = .19$, 95% BCa CI [.11, .28]), men den medierende effekt var ikke modereret af køn.

Også Farrow og Fox (2011) undersøgte angstsymptomer som en medierende faktor – dog sammenlagt med depressionssymptomer – under betegnelsen ”emotionelle symptomer”. Mediationsanalyse, som beskrevet af Baron og Kenny (1986), blev anvendt til at undersøge graden af emotionelle symptomer på testtidspunktet, som en medierende faktor mellem udsættelse for verbal, social og fysisk mobning og sværhedsgraden af ED-symptomerne, så som begrænsning af spisning og kropstilfredshed, hos piger og drenge i alderen 11-14 år. Det blev fundet, at mobning ikke havde en signifikant indflydelse på sværhedsgraden af begrænsning af fødeindtag, dette for hverken piger eller drenge. For drenge havde mobning ikke nogen signifikant effekt på kropstilfredshed. For piger medierede graden af emotionelle symptomer delvist forholdet mellem verbal mobning og kropstilfredshed ($B = 0.42$, $p < .01$), mens andre former for mobning ikke havde nogen signifikant effekt. Sobels test bekræftede, at emotionelle symptomer i signifikant grad medierede forholdet mellem verbal mobning og kropstilfredshed ($z = 3.12$, $p < .01$).

Benas og Gibb (2008) undersøgte depressive kognitioner og dysfunktionelle kognitioner om spisning som potentielle medierende faktorer i forholdet mellem verbal mobning i barndommen og graden af både depressive symptomer, samt ED-symptomer i form af overspisningssymptomer, motivation for tyndhed, bulimisk adfærd og kropstilfredshed. Dette blev undersøgt hos universitetsstuderende mænd og kvinder. SEM-analyser blev anvendt. Verbal mobning havde en

signifikant effekt på dysfunktionelle kognitioner om spisning ($\beta = .37, p < .01$), og dysfunktionelle kognitioner om spisning havde en signifikant effekt på ED-symptomer ($\beta = .76, p < .01$). Verbal mobning havde ikke en signifikant direkte effekt på ED-symptomer ($\beta = .05, p = .44$), hvorfor dysfunktionelle kognitioner om spisning fuldt medierede forholdet mellem verbal mobning og ED-symptomer. Yderligere var depressive kognitioner i signifikant højere grad ($z = 1.97, p = .02$) relateret til depressive symptomer ($\beta = .22, p < .01$) end til ED-symptomer ($\beta = .13, p = .02$), mens der ikke var nogen signifikant forskel ($z = 0.99, p = .16$) på dysfunktionelle kognitioners relation til depressive symptomer ($\beta = .33, p < .01$) og ED-symptomer ($\beta = .73, p < .01$). Dog var der ingen signifikant forskel ($z = .54, p = .29$) mellem verbal mobnings effekt på depressive kognitioner ($\beta = .43, p < .01$) og dysfunktionelle kognitioner om spisning ($\beta = .37, p < .01$). Vægtrelateret mobning havde en signifikant effekt på dysfunktionelle kognitioner om spisning ($\beta = .62, p < .05$), og dysfunktionelle kognitioner om spisning havde en signifikant effekt på ED-symptomer ($\beta = .77, p < .05$). Vægtrelateret mobning havde ikke en signifikant direkte effekt på ED-symptomer ($\beta = .08, p = .34$), hvorfor dysfunktionelle kognitioner om spisning fuldt medierede forholdet mellem vægtrelateret mobning og ED-symptomer. I modsætning til verbal mobning generelt var der her ikke en signifikant forskel ($z = 1.59, p = .06$) i depressive kognitioners relation til depressive symptomer ($\beta = .28, p < .01$) og ED-symptomer ($\beta = .13, p = .02$), mens dysfunktionelle kognitioner om spisning i signifikant højere grad ($z = 4.7, p < .01$) var relateret til ED-symptomer ($\beta = .73, p < .01$) end til depressive kognitioner ($\beta = .34, p < .01$). Køn modererede ingen af de fundne resultater. Af dette ses det, at forholdet mellem udsættelse for både verbal mobning generelt, vægtrelateret mobning specifikt og sværhedsgraden af ED-symptomer var fuldt medieret af dysfunktionelle kognitioner om spisning. Yderligere ses det, at vægtrelateret mobning i højere grad var specifikt forbundet med dysfunktionelle kognitioner om spisning, og at dysfunktionelle kognitioner om spisning i højere grad var forbundet med ED-symptomer, når der var tale om vægtrelateret mobning. Dette indikerer, at ikke blot mobning

generelt, men også især tematikken i mobningen har en indflydelse på, hvilke forme for negative kognitioner, det mobbede individ risikerer at udvikle som følge deraf.

Duarte, Pinto-Gouveia og Rodrigues (2015) undersøgte både kropsbillede-skam og selvkritik som potentielle medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for mobning og sværhedsgraden af ED- og depressionssymptomer hos piger i alderen 12-18 år. SEM-analyser blev anvendt. ED-symptomer var her udtrykt ved en samlet score, der dækkede over både afholdenhed fra mad, bekymringer relateret til spisning, kropform og kropsvægt. Udsættelse for mobning havde en signifikant direkte effekt på både kropsbillede-skam ($\beta = .39, p < .001$), depressive symptomer ($\beta = .13, p < .001$) og selvkritikformen selvhad ($\beta = .21, p < .001$), men ikke ED-symptomer ($p = .034$). Kropsbillede-skam havde en signifikant effekt på både selvhad ($\beta = .44, p < .001$), depressive symptomer ($\beta = .30, p < .001$) og ED-symptomer ($\beta = .59, p < .001$). Selvhad havde en signifikant effekt på både depressive symptomer ($\beta = .44, p < .001$) og ED-symptomer ($\beta = .21, p < .001$). Af dettes ses det, at hvor kropsbillede-skam og selvhad delvist medierede forholdet mellem mobning og depressionssymptomer, medierede de helt forholdet mellem mobning og ED-symptomer. Gennem bootstrap-genererede konfidensintervaller blev det bekræftet, at den medierende effekt af kropsbillede-skam og selvhad i forholdet mellem mobning og ED-symptomer var signifikant (CI [.24, .37], $p = .002$).

Kropsbillede-skam blev yderligere testet som en potentiel medierende faktor af Duarte og Pinto-Gouveia (2016). I dette studie blev både kropsbillede-skam og graden af mental fleksibilitet relateret til kropsbillede undersøgt som potentielle medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for udseenderelateret mobning af hhv. forældre og jævnaldrende i barndommen og sværhedsgraden af BMI, overspisningssymptomer og depressionssymptomer for kvinder i alderen 18-55 år. SEM-analyser blev anvendt. Udseenderelateret mobning fra jævnaldrende havde en signifikant effekt på kropsbillede-skam ($\beta = .25, p < .001$) og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede ($\beta = -.07, p =$

.009), men ikke på overspisningssymptomer ($\beta = -.04, p = 0.165$) og BMI ($\beta = .01, p = .766$). Udseenderelateret mobning fra forældre havde en signifikant effekt på kropsbillede-skam ($\beta = .24, p < .001$), mental fleksibilitet relateret til kropsbillede ($\beta = -.09, p < .001$) og overspisningssymptomer ($\beta = .09, p < .001$), men ikke BMI ($\beta = .03, p = .414$). Kropsbillede-skam havde en signifikant effekt på både mental fleksibilitet relateret til kropsbillede ($\beta = .66, p < .05$), overspisningssymptomer ($\beta = .32, p < .05$) og BMI ($\beta = .27, p < .05$). Mental fleksibilitet havde en signifikant effekt på overspisningssymptomer ($\beta = -.31, p < .05$) og BMI ($\beta = -.14, p < .05$). Heraf ses det, at kropsbillede-skam og mental fleksibilitet fuldt medierede forholdene mellem udseenderelateret mobning fra jævnaldrende og både overspisningssymptomer (CI [.11, .21], $p < .001$) og BMI (CI [.07, .14], $p < .001$), udseenderelateret mobning fra forældre og BMI (CI [.06, .14], $p < .001$), samt delvist medierede forholdet mellem udseenderelateret mobning fra forældre og overspisningssymptomer (CI [.11, .21], $p < .001$).

Medierende faktorer i forholdet mellem emotionel vold og spiseforstyrrelsessymptomer

I studier, der omhandlede forholdet mellem udsættelse for emotionel vold i barndommen og ED-symptomer blev en række forskellige medierende faktorer undersøgt. Disse faktorer er negativ/depressiv affekt, generel distress (angst- og depressionssymptomer), alexitymi og dysfunktionel emotionsregulering. I dette afsnit gennemgås resultater fra studier, der havde emotionel vold som en afhængig variabel, men ikke havde emotionel omsorgssvigt som en afhængig variabel.

Hopwood, Ansell, Fehon og Grilo (2011) undersøgte negativ/depressiv affekt, udtrykt ved depressive symptomer og manglende globalt selvværd, som en potentiel medierende faktor vha. mediationsanalyse som beskrevet af Baron og Kenny (1986). Negativ/depressiv affekt blev undersøgt som en medierende faktor i forholdet mellem emotionel, fysisk og seksuel vold i barndommen og graden af ED-symptomerne overspisning, kropstillfredshed og begrænsning af spisning hos piger og

drenge i alderen 13-19 år. For begge køn medierede negativ/depressiv affekt forholdet mellem mishandling (samlet score af alle tre former) og ED-symptomer (samlet score af alle tre symptomer), og fandt at effekten var større for piger ($c - c^1 = .31, p < .05$) end for drenge ($c - c^1 = .09, p < .05$). Yderligere medierede negativ/depressiv affekt helt forholdet mellem emotionel vold i barndommen og ED-symptomer (samlet score) for begge køn, om end effekten var større for piger ($c - c^1 = .34, p < .05$) end for drenge ($c - c^1 = .08, p < .05$). Negativ/depressiv affekt medierede desuden helt forholdet mellem fysisk vold og ED-symptomer ($c - c^1 = .23, p < .05$), samt delvist forholdet mellem seksuel vold og ED-symptomer ($c - c^1 = .19, p < .05$) hos piger, men ikke hos drenge (hhv. $c - c^1 = .03, p > .05$ og $c - c^1 = -.01, p > .05$). Dette var at forvente, da emotionel vold var den eneste type mishandling, der for drenge var signifikant associeret med negativ/depressiv affekt og ED-symptomer. Det var dog ikke muligt at vurdere negativ/depressiv affekts medierende effekt i forholdet mellem individuelle former for mishandling og individuelle former for ED-symptomer. Dette skyldes, at Hopwood et al. (2011) i alle mediationsanalyserne havde slået enten de afhængige eller de uafhængige faktorer sammen til én samlet score (mishandling og ED-symptomer). Yderligere var det ikke muligt at vurdere den medierende effekt af manglende globalt selvværd eller depressive symptomer individuelt, da disse var slået sammen til én samlet komponent i alle mediationsanalyserne .

Hund og Espelage (2006) undersøgte alexitymi og generel distress, udtrykt ved angst- og depressionssymptomer, som potentielle faktorer i forholdet mellem emotionel vold i barndommen og ED-symptomerne – begrænsning af fødeindtag (inkl. kropstilfredshed) og bulimisk adfærd – hos universitetsstuderende kvinder. SEM-analyser blev anvendt. I studiet havde emotionel vold en signifikant effekt på sværhedsgraden af alexitymi ($\beta = .47, SE = .05, p = N/A$), mens alexitymi havde en signifikant effekt på graden af generel distress ($\beta = .81, SE = .06, p = N/A$). Generel distress havde en effekt på både begrænsning af fødeindtag (inkl. kropstilfredshed) ($\beta = .30, SE = .05, p = N/A$) og bulimisk adfærd ($\beta = .14, SE = .04, p = N/A$). Yderligere havde begrænsning af fødeindtag en effekt

på bulimisk adfærd ($\beta = .66$, $SE = .04$, $p = N/A$). Heraf ses det, at alexitymi og generel distress medierede forholdet mellem oplevelse af emotionel vold i barndommen og graden af ED-symptomerne bulimisk adfærd og begrænsning af fødeindtag på testtidspunktet. Det er ikke muligt at sige, hvorvidt der var tale om fuld eller delvis mediation, da ingen af de alternative modeller testede direkte effekter fra emotionel vold på de to klynger af ED-symptomer. Yderligere sås det, at alexitymi medierede forholdet mellem generel distress og ED-symptomerne, mens begrænsning af fødeindtag (inkl. kropsutilfredshed) delvis medierede forholdet mellem generel distress og bulimisk adfærd. Dog var det ikke muligt at vurdere den individuelle effekt af hverken angst- eller depressionssymptomer, som udgjorde generel distress. Yderligere var det heller ikke muligt at vurdere den individuelle effekt af diætrelateret adfærd, motivation for tyndhed og kropsutilfredshed, der udgjorde begrænsning af fødeindtag.

Burns, Fischer, Jackson og Harding (2012) undersøgte graden af dysfunktionel emotionsregulering som en potentiel medierende faktor i forholdet mellem udsættelse for fysisk, seksuel og emotionel vold i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer hos kvinder i alderen 18-22 år. ED-symptomerne var udtrykt ved frekvensen af overspisning, frekvensen af kompenserende adfærd, samt en samlet score (EDE-Q global score) dækkende over begrænsning af fødeindtag, forvrængede kognitioner forbundet med spisning, kropsvægt og -form. SEM-analyser blev anvendt. I studiet var hverken fysisk eller seksuel vold associeret med ED-symptomer. I studiet havde seksuel vold ikke en signifikant effekt på hverken dysfunktionel emotionsregulering eller nogle af ED-symptomerne. Dette var forventet, da seksuel vold ikke var positivt associeret med hverken dysfunktionel emotionsregulering eller ED-symptomer. Fysisk vold havde en signifikant negativ effekt på overspisning ($r = -.13$, $p < .01$), men havde ingen signifikant effekt på de resterende ED-symptomer eller dysfunktionel emotionsregulering. Emotionel vold havde en signifikant effekt på dysfunktionel emotionsregulering ($r = .49$, $p < .01$), EDE-Q global score ($r = .15$, $p < .01$) og

overspisning ($r = .17$, $p < .01$), men ikke på kompenserende adfærd. Dysfunktionel emotionsregulation havde en signifikant effekt på både EDE-Q global score ($r = .28$, $p < .01$), kompenserende adfærd ($r = .09$, $p < .01$) og overspisning ($r = .16$, $p < .01$). Af dette ses det, at dysfunktionel emotionsregulation delvist medierede forholdet mellem EDE-Q global score og overspisning, samt helt medierede forholdet mellem emotionel vold og kompenserende adfærd. Signifikansens af den medierende effekt gennem dysfunktionel emotionsregulation blev bekræftet vha. bootstrap-genererede konfidensintervaller ($b = .04$, 95% CI [.03, .05], $p < .001$).

Medierende faktorer i forholdet mellem både emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og spiseforstyrrelsessymptomer

I studier, hvor både forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer, samt emotionel omsorgssvigt og ED-symptomer blev undersøgt, blev en række forskellige potentielle medierende faktorer undersøgt. Disse faktorer er depressions-, angst- og dissociationssymptomer, dysfunktionel emotionsregulering og funktionel emotionsregulering.

Kent, Waller og Dagnan (1999) undersøgte depressions-, angst- og dissociationssymptomer som mulige faktorer i forholdet mellem oplevelse af emotionel, fysisk og seksuel vold, samt omsorgssvigt (både emotionel og fysisk) i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer hos kvinder i alderen 18-48 år. ED-symptomer blev udtrykt ved en global score, der dækkede over motivation for tyndhed, bulimisk adfærd og kropsutilfredshed. Mediationsanalyse som beskrevet af Baron og Kenny (1986) blev anvendt. Mishandling (samlet) havde en signifikant effekt på ED-symptomer ($F(2, 202) = 3.33$, $p = .011$), men kun emotionel vold havde en signifikant individuel effekt ($t = 1.19$, $p < .03$). Mishandling (samlet) havde en signifikant effekt på depressionssymptomer ($F(4, 207) = 10.6$, $p < .001$), men kun emotionel vold ($t = 1.93$, $p < .03$) og fysisk vold ($t = 1.73$, $p < .03$) havde en signifikant individuel effekt. Mishandling (samlet) havde en signifikant effekt på

angstsymptomer ($F(4, 207) = 12.4, p < .001$), men kun emotionel vold ($t = 1.79, p < .04$) og omsorgssvigt ($t = 1.94, p < .001$) havde en signifikant individuel effekt. Mishandling (samlet) havde en signifikant effekt på dissociationssymptomer ($F(4, 201) = 11.1, p < .001$), men kun emotionel vold havde en signifikant individuel effekt ($t = 3.82, p < .0001$). Som det ses af ovenstående, var emotionel vold i barndommen den eneste af de fire former for mishandling, som havde en signifikant effekt på sværhedsgraden af ED-symptomer, hvorfor de tre resterende former for mishandling ikke blev undersøgt videre. Depressions-, angst- og dissociationssymptomer havde samlet en signifikant effekt på ED-symptomer ($F(3, 198) = 15.4, p < .001$), men kun dissociations- ($t = 2.01, p < .02$) og angstsymptomer ($t = 3.56, p < .0002$) havde en signifikant individuel effekt. Da emotionel vold blev tilføjet til analysen, var den tidligere signifikante direkte effekt af emotionel vold på ED-symptomer ikke længere signifikant ($t = .66, p < .05$). Som det kan ses af ovenstående, blev forholdet mellem udsættelse for emotionel vold og sværhedsgraden af ED-symptomer på testtidspunktet helt medieret af angst- og dissociationssymptomer, men ikke depressionssymptomer. Det var dog ikke muligt at undersøge den individuelle effekt af emotionel omsorgssvigt, da emotionel og fysisk omsorgssvigt var sammensat til én faktor.

Gerke, Mazzeo og Kliewer (2006) undersøgte også depressions- og dissociationssymptomer, her som medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel, fysisk og seksuel vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og sværhedsgraden af bulimisk adfærd hos piger og kvinder i alderen 16-53 år. Mediationsanalyse som beskrevet af Baron og Kenny (1986) blev anvendt. Da emotionel vold ($r = .17, p < .01$), men hverken fysisk ($r = .07, p > .05$) eller seksuel vold ($r = .10, p > .01$), samt emotionel ($r = .08, p > .05$) eller fysisk omsorgssvigt ($r = .05, p > .05$), var signifikant korreleret med bulimisk adfærd i en grad af $p < .01$, blev kun forholdet mellem emotionel vold og bulimisk adfærd undersøgt i mediationsanalyserne. Emotionel vold var ikke signifikant associeret med dissociationssymptomer ($\Delta R^2 = .01, p > .05$), når der blev kontrolleret for

depressionssymptomer, hvorfor yderligere analyser med dissociationssymptomer som medierende faktor ikke blev foretaget. Emotionel vold var signifikant associeret med depressionssymptomer ($\Delta R^2 = .04$, $\beta = .22$, $p < .001$) og på bulimisk adfærd ($\Delta R^2 = .02$, $\beta = .14$, $p < .01$), når der blev kontrolleret for dissociation. Emotionel vold og depressionssymptomer var samlet signifikant associeret med bulimisk adfærd ($\Delta R^2 = .12$, $p < .001$), når der blev kontrolleret for dissociation. Depression havde en signifikant effekt ($\beta = .14$, $p < .001$), mens emotionel vold ikke længere havde en signifikant direkte effekt på bulimisk adfærd ($\beta = .06$, $p = .23$), når begge faktorer var en del af modellen. Som det ses af ovenstående, var kun emotionel vold i barndommen – ikke fysisk og seksuel vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt – signifikant associeret med sværhedsgraden af bulimisk adfærd. Dette stemmer overens med resultaterne fra studiet af Kent et al. (1999). I modsætning til resultaterne fundet af Kent et al. (1999) fandt Gerke et al. (2006), at depressionssymptomer fuldt medierede forholdet mellem udsættelse for emotionel vold i barndommen og sværhedsgraden af bulimisk adfærd, mens dissociationssymptomer ikke havde en signifikant medierende effekt.

Moulton, Newman, Power, Swanson og Day (2015) undersøgte dissociationssymptomer og dysfunktionel emotionsregulering som potentielle medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel, fysisk og seksuel vold, samt emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer hos kvinder i alderen 18-46 år. ED-symptomer var udtrykt som en samlet score, der dækkede over begrænsning af fødeindtag, samt bekymringer om spisning, kropsvægt og -form. Mediationsanalyse med bootstrapping, som beskrevet af Hayes og Preacher (2013), blev anvendt. Mishandling (samlet) havde en signifikant effekt på dysfunktionel emotionsregulering ($F(5,132) = 6.44$, $p < .001$), men kun emotionel vold havde en signifikant individuel effekt ($t = 2.91$, $p < .005$). Mishandling (samlet) havde en signifikant effekt på dissociationssymptomer ($F(5, 132) = 3.70$, $p < .005$), men ingen af de fem former for mishandling havde en signifikant individuel effekt. De fem former for mishandling og to potentielle medierende

faktorer havde en samlet signifikant effekt på ED-symptomer ($F(5, 130) = 10,63, p < .001$), men kun dysfunktionel emotionsregulering ($t = 23.15, p < .005$) og dissociation ($t = 3.92, p < .001$) havde en signifikant individuel effekt. Som det ses af ovenstående, blev forholdet mellem mishandling i barndommen (samlet) og sværhedsgraden af ED-symptomer på testtidspunktet fuldt medieret af dysfunktionel emotionsregulering og dissociationssymptomer. Desuden blev der gennem bootstrap-genererede konfidensintervaller fundet en signifikant effekt af emotionel vold i barndommen på ED-symptomer gennem dysfunktionel emotionsregulering (95% CI [.01, .07]).

Mills, Newman, Cossar og Murrau (2014) undersøgte funktionel og dysfunktionel emotionsregulering som potentielle medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer hos piger og drenge i alderen 14-18 år. ED-symptomer var udtrykt ved en global score, der omfattede diætrelateret adfærd, bulimisk adfærd, optagethed af mad og oral kontrol. Mediationsanalyse baseret på Hayes og Preacher (2013) blev anvendt. Køn ($B = -.0244, t = 2.13, p = .03$) og emotionel omsorgssvigt, men ikke emotionel vold, havde en signifikant effekt på funktionel emotionsregulation ($B = -.2187, t = 5.98, p < .001$). Emotionel vold, men hverken emotionel omsorgssvigt eller køn, havde en signifikant effekt på dysfunktionel emotionsregulering ($B = .4260, t = 10.59, p < .001$). I en model med begge former for mishandling, køn og begge medierende faktorer ($F(5, 216) = 19.48, p < .001$), havde dysfunktionel emotionsregulering ($B = .9408, t = 3.44, p < .001$), emotionel vold ($B = .6273, t = 3.13, p = .002$) og køn ($B = .2182, t = 4.47, p < .001$), men ikke funktionel emotionsregulering eller emotionel omsorgssvigt, en signifikant effekt på ED-symptomer. Bootstrap-genererede konfidensintervaller blev anvendt til at teste signifikansen af de indirekte effekter af emotionel vold og emotionel omsorgssvigt på ED-symptomer gennem funktionel og dysfunktionel emotionsregulering. De eneste konfidensintervaller, som ikke var på hver sin side af 0, var for den indirekte effekt af emotionel vold på ED-symptomer gennem dysfunktionel emotionsregulering (BCA

CI [.1689, .6736]). Som det ses af ovenstående, var det at være dreng samt at have oplevet en højere grad af emotionel omsorgssvigt forbundet med en lavere grad af funktionel emotionsregulering, mens kun en højere grad af oplevet emotionel vold var forbundet med en højere grad af dysfunktionel emotionsregulering. Desuden var det at være pige forbundet med en højere sværhedsgrad af ED-symptomer, hvilket ikke var medieret af hverken dysfunktionel eller funktionel emotionsregulering. Yderligere medierede dysfunktionel emotionsregulering delvist forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer, hvor en højere grad af oplevet emotionel vold var forbundet med en højere grad af dysfunktionel emotionsregulering, og både den højere grad af oplevet emotionel vold og dysfunktionel emotionsregulering var forbundet med den højere sværhedsgrad af ED-symptomer.

Medierende faktorer i forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og spiseforstyrrelsessymptomer

Kun ét studie undersøgte medierende faktorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel omsorgssvigt og ED-symptomer på testtidspunktet, uden også at undersøge effekten af emotionel vold.

Minnich, Gordon, Kwan og Troop-Gordon (2017) undersøgte alexitymi som en potentiel medierende faktor i forholdet mellem udsættelse for emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer på testtidspunktet hos kvinder og mænd i alderen 18-24 år. ED-symptomer var udtrykt ved to forskellige faktorer: overspisning og motivation for muskuløs fysik. Der blev kontrolleret for effekten af depression og angst. Modereret mediationsanalyse som beskrevet af Hayes og Preacher (2013) blev anvendt. Både emotionel ($b = .28, p < .01$) og fysisk omsorgssvigt ($b = .29, p < .01$) havde en signifikant effekt på alexitymi. Alexitymi havde en signifikant effekt på overspisning for kvinder ($b = .05, p = .01; b = .05, p = .01$), men ikke for mænd ($b = .004, p = .87; b = .01, p = .75$). En signifikant indirekte effekt af både fysisk (BCCI [.003, .04]) og emotionel

omsorgssvigt (BCCI [.004, .03]) på overspisning gennem alexitymi blev fundet ved bootstrap-genererede konfidensintervaller for kvinder, men blev ikke fundet for hverken emotionel eller fysisk (BCCI [-.01, .02]) omsorgssvigt for mænd (BCCI [-.01, .02]). Efter der blev kontrolleret for den indirekte effekt gennem alexitymi, havde hverken emotionel (BCCI [-.08, .07]) eller fysisk (BCCI [-.01, .25]) omsorgssvigt længere en signifikant effekt på overspisning. Alexitymi havde en signifikant effekt på motivation for muskuløs fysik ($b = .17, p < .01$; $b = .17, p < .01$). En signifikant indirekte effekt af fysisk omsorgssvigt på motivation for muskuløs fysik blev fundet ved bootstrap-genererede konfidensintervaller for både mænd (BCCI [.01, .12]) og kvinder (BCCI [.02, .05]). Ligeledes blev en signifikant indirekte effekt af emotionel omsorgssvigt på motivation for muskuløs fysik gennem alexitymi fundet ved bootstrap-genererede konfidensintervaller for både mænd (BCCI [.02, .10]) og kvinder (BCCI [.001, .04]). Efter der blev kontrolleret for den indirekte effekt gennem alexitymi havde hverken emotionel (BCCI [-.20, .09]) eller fysisk (BCCI [-.28, .23]) omsorgssvigt længere en signifikant effekt på motivation for muskuløs fysik. Som det ses af ovenstående, medierede alexitymi helt forholdet mellem udsættelse for emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og sværhedsgraden af overspisning på testtidspunktet for kvinder, men ikke for mænd. Yderligere medierede alexitymi helt forholdet mellem udsættelse for emotionel og fysisk omsorgssvigt i barndommen og sværhedsgraden af motivation for muskuløs fysik på testtidspunktet for begge køn.

Sammenfatning af resultaterne struktureret ud fra transdiagnostisk teori

Som allerede beskrevet undersøger ingen af de inkluderede studier specifikke ED-diagnoser – derimod bliver graden af specifikke ED-symptomer, eller globale scorer ud fra specifikke ED-symptomer, undersøgt. Dette passer fint overens med den tidligere beskrevet transdiagnostiske teori, der i højere grad anser EDs som værende et spektrum end som adskilte kategorier. Den transdiagnostiske teori vil her blive anvendt som ramme for de fundne resultater.

De undersøgte medierende faktorer i de inkluderede studier kan kategoriseres efter de mekanismer, der i den transdiagnostiske teori menes at vedligeholde EDs. Én medierende faktor er relateret til kernepsykopatologien omhandlende overevaluering af kropsvægt og form: dysfunktionelle kognitioner om spisning. Én medierende faktor er relateret til klinisk perfektionisme: mental fleksibilitet relateret til kropsbillede. To medierende faktorer er relateret til vedholdende lavt selvværd: selvkritik (inkl. selvhad) og kropsbillede-skam. Én medierende faktor er relateret til både mekanismen vedholdende lavt selvværd og mekanismen hændelser og humørsvingninger: negativ/depressiv affekt, da denne faktor dækker over både depressive symptomer og manglende globalt selvværd (Hopwood et al., 2011). Ingen medierende faktorer er relateret til interpersonelle problemer. Én medierende faktor er ikke fuldt relateret til nogle af mekanismerne: dissociationssymptomer. De resterende medierende faktorer er relateret til mekanismen hændelser og humørsvingninger, der også inkluderer emotionsintolerans: alexitymi, funktionel emotionsregulering, dysfunktionel emotionsregulering, depressive symptomer, angstsymptomer, ”negativ affekt”, der umiddelbart ser ud til at skulle forstås som ængstelighed og frustration (Suiman et al., 2008), samt ”generel distress” og ”emotionelle symptomer”, der begge dækker over både depressions- og angstsymptomer.

Relateret til kernepsykopatologien sås det, at dysfunktionelle kognitioner om spisning fuldt medierede sammenhængen mellem oplevelse af både generel verbal mobning, samt specifik vægtrelateret mobning, og efterfølgende globale ED-symptomer (Benas & Gibb, 2008).

Relateret til klinisk perfektionisme sås det, at mental fleksibilitet relateret til kropsbillede sammen med graden af kropsbillede-skam, delvist medierede forholdet mellem udseenderelateret mobning fra forældre og graden af overspisningssymptomer (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016). Yderligere medierede mental fleksibilitet relateret til kropsbillede, sammen med kropsbillede-skam, fuldt forholdet mellem udseenderelateret mobning fra forældre og BMI, samt mellem

udseenderelateret mobning fra jævnaldrende, og både BMI og overspisningssymptomer (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016).

Relateret til vedholdende lavt selvværd blev flere medierende faktorer undersøgt. Som allerede nævnt lige ovenfor, medierede kropsbillede-skam, sammen med mental fleksibilitet relateret til kropsbillede, i forskellig grad forholdet mellem udseenderelateret mobning, fra hhv. jævnaldrende og forældre, og BMI, samt graden af overspisningssymptomer (Duarte & Pinto-Gouveia), hvor kropsbillede-skam havde en positiv effekt på ED-symptomerne, mens mental fleksibilitet havde en negativ effekt. Herudover medierede kropsbillede-skam og selvhad ligeledes fuldt forholdet mellem generel mobning og efterfølgende globale ED-symptomer (Duarte et al., 2015). Manglende globalt selvværd, sammen med depressionssymptomer, medierede yderligere fuldt forholdet mellem emotionel vold og efterfølgende global ED-score (Hopwood et al., 2011).

Ved medierende faktorer relateret til begivenheder og humørændringer, herunder også emotionsintolerans, blev forskellige resultater fundet. Dissociation blev desuden undersøgt ifm. med andre potentielle mediatorer fra denne kategori. Både på grund af dette og da dissociation kan forekomme som en reaktion på stærke emotioner eller hændelser (Boon, Steele, & van der Hart, 2011), vil dissociation som medierende faktor også vil blive gennemgået her.

Alexitymi er blevet fundet til at mediere forholdet mellem oplevelse af emotionel omsorgssvigt og hhv. efterfølgende motivation for muskuløs fysik for både mænd og kvinder, samt efterfølgende overspisningssymptomer hos kvinder, men ikke mænd (Minnich et al., 2017). Yderligere er alexitymi blevet fundet til, sammen med angst- og depressionssymptomer, i signifikant grad at mediere forholdet mellem udsættelse for emotionel vold og hhv. efterfølgende bulimisk adfærd og begrænsning af fødeindtag (inkl. kropstillfredshed; Hund & Espelage, 2006).

Dysfunktionel emotionsregulering er blevet fundet til fuldt at mediere forholdet mellem udsættelse for emotionel vold og efterfølgende kompenserende adfærd (Burns et al., 2012).

Dysfunktionel emotionsregulering blev også fundet til delvist at mediere forholdet mellem hhv. emotionel vold og både globale ED-symptomer (Burns et al, 2012; Mills et al., 2014) og overspisning (Burns et al., 2012), hvorimod funktionel emotionsregulering var negativt forbundet med oplevelse af emotionel omsorgssvigt, men ikke med globale ED-symptomer (Mills et al., 2014). Yderligere blev dysfunktionel emotionsregulering, sammen med dissociationssymptomer, fundet til fuldt at mediere forholdet mellem samlet udsættelse for mishandling (alle fem former, inkl. emotionel vold og emotionel omsorgssvigt) og globale ED-symptomer, med en specifik signifikant indirekte effekt af emotionel vold på globale ED-symptomer gennem dysfunktionel emotionsregulering (Moulton et al., 2015).

Resultaterne for depressions-, angst- og dissociationssymptomer var blandede. Det blev fundet, at angstsymptomer (her: ængstelighed) sammen med frustration delvist medierede forholdet mellem oplevelse af vægtrelateret mobning og efterfølgende overspisningssymptomer (Suiman et al., 2008). Delvis mediation blev også fundet for angstsymptomer alene, i forholdet mellem udsættelse for mobning og efterfølgende globale ED-symptomer (Cook-Cottone, 2016). Angst- og depressionssymptomer blev fundet til delvis at mediere forholdet mellem verbal mobning og kropsutilfredshed hos piger, men ikke for drenge, da der ikke var et signifikant forhold mellem mobning og kropsutilfredshed hos drenge (Farrow & Fox, 2011). Yderligere blev det fundet, at angst- og depressionssymptomer sammen med alexitymi fuldt medierede forholdet mellem emotionel vold og både bulimisk adfærd og begrænsning af fødeindtag (inkl. kropsutilfredshed; Hund & Espelage, 2006). Derimod blev der i et studie fundet, at angst- og dissociationssymptomer, men ikke depressionssymptomer, fuldt medierede forholdet mellem emotionel vold og globale ED-symptomer (Kent et al., 1999), mens et andet studie fandt, at depressionssymptomer, men ikke dissociationssymptomer, fuldt medierede forholdet mellem emotionel vold og bulimisk adfærd (Gerke et al., 2006). Som allerede beskrevet, medierede depressionssymptomer sammen med

manglende globalt selvværd fuldt forholdet mellem emotionel vold og globale ED-symptomer (Hopwood et al., 2011).

Heraf ses det altså, at oplevelse af enten mobning, emotionel vold eller emotionel omsorgssvigt i barndommen er associeret med faktorer relateret til både kernepatologien, klinisk perfektionisme, vedholdende lavt selvværd og begivenheder og humørændringer. Det var i varierende grad gennem disse faktorer, at oplevelse af mobning, emotionel vold eller emotionel omsorgssvigt i barndommen øgede risikoen for at udvikle ED-symptomer, hos de implicerede individer. Særligt emotionelle faktorer blev undersøgt og fundet til at mediere de beskrevne forhold.

Diskussion

Ud fra de inkluderede studier tyder det på, at den øgede risiko for udvikling af EDs hos personer, som er blevet udsat for mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen, ikke er et direkte produkt af oplevelsen af disse PSOer. Derimod tyder de gennemgåede resultater på, at oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt påvirker graden af forskellige psykologiske faktorer hos det implicerede individ, og at det er disse psykologiske faktorer, der øger risikoen for at udvikle EDs. Forskellige aspekter af disse medierede forhold vil blive diskuteret nedenfor.

Diskussion af resultater

I de gennemgåede resultater ses det, at mange forskellige faktorer blev fundet til at mediere forholdet mellem oplevelse af mobning, emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og graden af ED-symptomer på testtidspunktet. Dette er forventeligt, da EDs er komplekse psykologiske fænomener, hvorfor det må antages, at der er mange faktorer i spil i både udviklingen og vedligeholdelsen af disse lidelser, som det også er beskrevet i den transdiagnostiske teori.

Forskelle på baggrund af spiseforstyrrelsessymptomer

Allerede i teoriafsnittet sås det, at der var blandede resultater angående sammenhængen mellem oplevelse af mobning, emotionel vold eller emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af AN. På baggrund af dette kunne det være forventet, at der enten var en forskel i, hvilke medierende faktorer, der ville være forbundet med udvikling af AN-symptomer – sammenlignet med symptomer på andre EDs – eller at oplevelse af en af de tre valgte PSOer i lavere grad ville være forbundet med udvikling af AN-relaterede symptomer. Dog blev der i ingen af de inkluderede studier anvendt kliniske diagnoser som en afhængig faktor; derimod blev forskellige variationer af ED-symptomer anvendt, enten hver for sig eller samlet som globale scorer. Dog kan der tages udgangspunkt i symptomer begrænsning af spisning, da dette symptom er særligt relateret til AN-diagnosen.

Farrow og Fox (2011) undersøgte begrænsning af spisning som et isoleret symptom og fandt, at der ikke var nogen sammenhæng mellem oplevelse af mobning i barndommen og sværhedsgraden af begrænsning af spisning på testtidspunktet hos hverken piger eller drenge. I modsætning hertil fandt Hund og Espelage (2006), at oplevelse af emotionel vold i barndommen havde en signifikant indirekte effekt på begrænsning af spisning gennem alexitymi, depressions- og angstsymptomer, og at denne indirekte effekt var større end den indirekte effekt på bulimisk adfærd. Yderligere medierede begrænsning af spisning delvist forholdet mellem emotionel vold, alexitymi, depressions- og angstsymptomer og graden af bulimisk adfærd. Dog var både diætrelateret adfærd, kropstilfredshed og motivation en del af den faktor, som Hund & Espelage (2006) kaldte ”begrænsning af spisning”. Derfor er det uvist, om der rent faktisk var et indirekte forhold mellem oplevelse af emotionel vold og graden af begrænsning af spisning, eller om den fundne indirekte effekt var et udtryk for et forhold mellem emotionel vold og de andre inkluderede symptomer. Dette i særlig grad fordi, både motivation

for tyndhed og kropsutilfredshed er en del af den overevaluering af betydningen af kropsvægt- og form, der udgør kernepsykopatologien ifølge transdiagnostisk teori, samt er en del af diagnoserne for både AN, BN og BED i DSM-5, som beskrevet i teori afsnittet.

I de resterende fire studier der undersøgte begrænsning af spisning som en afhængig variabel, var begrænsning af spisning en del af en global skala sammen med andre ED-symptomer, herunder forskellige sammensætninger, der inkluderede både bekymringer om spisning, kropsvægt og -form, bulimisk adfærd, optagethed af mad, oral kontrol, kropsutilfredshed og overspisning. I disse studier blev det fundet at kropsbillede-skam og selvhad medierede forholdet mellem mobning sværhedsgraden af ED-symptomer (Duarte et al., 2015), samt at hhv. depressionssymptomer og manglende globalt selvværd (Hopwood et al., 2011) og dysfunktionel emotionsregulering (Mills et al., 2014; Moulton et al., 2006) medierede forholdet mellem emotionel vold og sværhedsgraden af ED-symptomer. Dog var det heller ikke her muligt at vurdere, hvorvidt der var et egentligt forhold mellem oplevelse af hhv. mobning eller emotionel vold i barndommen og begrænsning af spisning, samt hvorvidt de medierende faktorer havde en indflydelse på graden af begrænsning af spisning, eller om disse forhold skyldtes de andre inkluderede symptomer.

Kønssforskelle

I alle de inkluderede studier med forsøgsdeltagere af begge køn blev kønssforskelle undersøgt. Dog var forsøgsdeltagere af begge køn kun inkluderet i seks af de inkluderede studier.

I studiet af Cook-Cottone et al. (2016) sås det, at angstsymptomer medierede forholdet mellem oplevelse af mobning og sværhedsgraden af globale ED-symptomer for begge køn. Separationsangsts medierende effekt var lige stor for begge køn, mens undgåelse af skade ikke havde en medierende effekt hos hverken piger eller drenge. Derimod sås der en større medierende effekt af den globale angstscore, fysiske angstsymptomer og social angst hos piger end hos drenge, selvom

alle tre faktorer medierede forholdet hos begge køn. I studiet af Benas & Gibb (2008) blev der heller ikke fundet nogen forskel på baggrund af køn. Det sås i studiet, at forholdet mellem både generel verbal mobning og vægtrelateret mobning specifikt og sværhedsgraden af globale ED-symptomer blev fuldt medieret af dysfunktionelle kognitioner om spisning. Der var dog, i modsætning til studiet af Cook-Cottone et al. (2016), ikke nogen kønsforskel i den medierende effekt. Dette kan skyldes, at dysfunktionelle kognitioner om spisning er en del af den overevaluering af betydningen af kropsvægt- og form, som udgør kernepsykopatologien ifølge transdiagnostisk teori, samt er en del af diagnoserne for både AN, BN og BED i DSM-5, som beskrevet i teoriafsnittet, og dette er gældende for begge køn. Derfor kan det også diskuteres, hvorvidt dysfunktionelle kognitioner om spisning kan beskrives som en medierende faktor i forholdet mellem mobning og ED-symptomer, eller om det i realiteten bør betegnes som et ED-symptom.

I modsætning til dette sås der i studiet af Farrow og Fox (2011), at angst- og depressionssymptomer medierede forholdet mellem udsættelse for verbal mobning og sværhedsgraden af kropstillfredshed hos piger, men ikke hos drenge. Dog var udsættelse for mobning ikke forbundet med sværhedsgraden af kropstillfredshed hos drenge, hvorfor forskellen her var på baggrund af kønsforskelle i graden af ED-symptomer og ikke de medierende faktorer.

I studiet af Hopwood et al. (2011) sås der ikke nogen kønsforskel i den medierende effekt af depressionssymptomer og manglende globalt selvværd i forholdet mellem emotionel vold og sværhedsgraden af globale ED-symptomer. Dette var gældende på trods af, at depressionssymptomer og manglende globalt selvværd i signifikant højere grad var forbundet med overspisning og begrænsning af spisning, men ikke kropstillfredshed, for piger end for drenge. I dette studie var det i ED-symptomer kropstillfredshed, at der ikke sås en kønsforskel, hvilket er det modsatte af, hvad der sås i studiet af Farrow & Fox (2011). Dette kan skyldes, at Farrow og Fox undersøgte både verbal, fysisk og social mobning, og at drenge rapporterede en lavere grad af verbal mobning end piger.

Verbal mobning ligner i højere grad emotionel vold, sammenlignet med f.eks. fysisk mobning, hvorfor der er en mulighed for, at disse former for PSOer i lignende og højere grad end andre former for PSOer, øger risikoen udviklingen af kropsutilfredshed hos drenge. Dette støttes af, det faktum at udsættelse for fysisk og seksuel vold i barndommen ikke var forbundet med hverken depressionssymptomer, manglende globalt selvværd eller ED-symptomer hos drenge – dette inklusiv kropsutilfredshed – i studiet af Hopwood et al. (2011).

Heller ikke i studiet af Mills et al. (2014) blev der fundet nogle kønsforskelle i den medierende effekt af dysfunktionel emotionsregulering i forholdet mellem emotionel vold og sværhedsgraden af globale ED-symptomer på trods af, at piger rapporterede en højere grad af ED-symptomer. I modsætning til dette, sås der i studiet af Minnich et al. (2017), at alexitymi medierede forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og motivation for muskuløs fysisk for begge køn, men kun hos kvinder medierede forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og sværhedsgraden af overspisningssymptomer. I modsætning til de ovenstående studier, så denne forskel ikke ud til at skyldes en kønsbaseret forskel i forholdet mellem udsættelse for emotionel omsorgssvigt og sværhedsgraden af overspisningssymptomer på trods af, at mænd rapporterede en højere grad af oplevet emotionel omsorgssvigt og kvinder rapporterede en højere grad af overspisningssymptomer.

Som det ses af ovenstående, tyder det på, at på trods af adskillelige fundne kønsforskelle i de inkluderede studier, var det kun i et enkelt medierende forhold, at der sås en kønsforskelse, som skyldtes den medierende faktor.

Forskelle på baggrund af undersøgte potentielt skadelige oplevelser

Kun i ét af de inkluderede studier, sås der en signifikant indirekte effekt af emotionel omsorgssvigt alene på sværhedsgraden af ED-symptomer. Dette sås i studiet af Minnich et al. (2017), hvor alexitymi medierede forholdet mellem emotionel omsorgssvigt og både overspisningssymptomer hos

kvinder og motivation for muskuløs fysik hos begge køn. Yderligere sås også en indirekte effekt af emotionel omsorgssvigt samlet med de fire andre typer af mishandling på globale ED-symptomer gennem dysfunktionel emotionsregulering og dissociationssymptomer, i studiet af Moulton et al. (2015). Dog havde kun emotionel vold i dette studie en signifikant individuel effekt og dette gennem dysfunktionel emotionsregulering (Moulton et al., 2015). I modsætning hertil havde emotionel omsorgssvigt ingen indirekte effekt på sværhedsgraden af globale ED-symptomer i studiet af Mills et al. (2014), selvom emotionel omsorgssvigt havde en negativ effekt på graden af funktionel emotionsregulering. Derimod sås der i de to resterende studier, som undersøgte emotionel omsorgssvigt, ingen indirekte effekt af emotionel omsorgssvigt på ED-symptomerne (Gerke et al., 2006; Kent et al., 1999).

Ovenstående kan skyldes en forskel i de undersøgte medierende faktorer, da det ses, at emotionsregulering og/eller alexitymi blev undersøgt som medierende faktorer i de studier, hvor der sås en grad af effekt af emotionel omsorgssvigt (Mills et al., 2017; Minnich et al., 2017; Moulton et al., 2015). Dette kan tyde på, at emotionel omsorgssvigt har en specifik indirekte effekt på ED-symptomer gennem emotionsregulering og alexitymi. Dog taler studierne af Mills et al. (2014) og Moulton et al. (2015) ikke for dette, da kun emotionel vold havde en direkte indirekte effekt på ED-symptomer, hvilket også sås i studierne af Gerke et al. (2006) og Kent et al. (1999). En alternativ forklaring kan være, at den indirekte effekt af emotionel omsorgssvigt på ED-symptomerne i studiet af Minnich et al. (2017) snarere var et udtryk for en effekt af emotionel vold. Hvad der taler for denne forklaring er, at der ikke blev kontrolleret for emotionel vold i det omtalte studie, men at der ofte ses en høj grad af korrelation mellem oplevelse af emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Farrill-Swails, 2005). Yderligere støttes den foreslåede forklaring også af tidligere forskning, hvor emotionel vold beskrives som værende kernen af mishandling i barndommen (Hart et al., 1997).

En forskel sås i form af hvilke medierende faktorer, der blev undersøgt i forholdet mellem oplevelse af hhv. emotionel vold eller mobning i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer. Ifm. mobning blev medierende faktorer relateret til både begivenheder og humørændringer (herefter omtalt som emotionelt relaterede mediatorer), kernepsykopatologien, vedholdende lavt selvværd og klinisk perfektionisme. Derimod blev der ifm. emotionel vold hovedsageligt undersøgt emotionelt relaterede mediatorer, med undtagelse af én medierende faktor relateret til vedholdende lavt selvværd.

Som beskrevet i resultatanalysen, sås der en varierende grad af indirekte effekt af oplevelse af mobning i barndommen på ED-symptomer gennem både dysfunktionelle kognitioner om spisning (Benas & Gibb, 2008), kropsbillede-skam (Duarte et al., 2015; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016), selvhad (Duarte et al., 2015) og mental fleksibilitet relateret til kropsbillede (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016). Dog bør dysfunktionelle kognitioner om spisning muligvis opfattes som et ED-symptom i stedet for en medierende faktor, som beskrevet tidligere. Ovenstående kan tyde på, at mekanismerne perfektionisme og vedholdende lavt selvværd ikke blot er med til at vedligeholde EDs, som beskrevet i den transdiagnostiske teori. I tilgift er de også virkningsfulde mekanismer, der, som følge af oplevelse af mobning, kan øge risikoen for udvikling af ED-symptomer. Mental fleksibilitet relateret til kropsbillede kan, ved at beskytte mod rigide og urealistiske krav til eget udseende, ses som en modsætning til den kliniske perfektionisme. Som det ses i studierne af Duarte og Pinto-Gouveia (2016) og Duarte et al. (2015), udvikler nogle individer en øget grad af kropsbillede-skam som følge af mobning, der igen kan føre til en øget grad af andre faktorer, såsom mental fleksibilitet relateret til kropsbillede eller selvhad. Det er muligt, at en øget grad af kropsbillede-skam hos nogen fører til en hensigtsmæssig øget grad af mental fleksibilitet relateret til kropsbillede, hvilket kan beskytte individet mod at udvikle ED-symptomer. Dette er i overensstemmelse med den sammenhæng mellem vedholdende lavt selvværd og klinisk perfektionisme, der beskrives i den transdiagnostiske teori. I modsætning hertil kan også en uhensigtsmæssig øget grad af selvkritik i form af særligt selvhad være

en konsekvens af kropsbillede-skam, der øger risikoen for at udvikle ED-symptomer. Dette er igen i overensstemmelse med vedholdende lavt selvværds indflydelse på ED-symptomer, som er beskrevet i den transdiagnostiske teori. Det er muligt, at dette også er tilfældet efter oplevelse af emotionel vold i barndommen. Relateret til mekanismerne vedholdende lavt selvværd var det dog kun manglende globalt selvværd sammen med depressive symptomer, der blev undersøgt og fundet til at mediere forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer (Hopwood et al., 2011), hvorfor yderligere forskning er nødvendig, før dette kan vurderes.

Af emotionelt relaterede mediatorer i forholdet mellem oplevelse af mobning i barndommen og sværhedsgraden af ED-symptomer var der fokus på specifikke emotioner eller symptomer på affektive lidelser. Her sås det, at ængstelighed sammen med frustration (Suiman, 2008), angstsymptomer alene (Cook-Cottone et al., 2016), samt angst- og depressionssymptomer sammen (Farrow & Fox, 2011) var mediatorer i forholdet mellem mobning og ED-symptomer. Lignende resultater blev fundet i forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer. Her sås det, at depressionssymptomer sammen med manglende globalt selvværd (Hopwood et al., 2011), depressions- og angstsymptomer sammen med alexitymi (Hund & Espelage, 2006), angstsymptomer sammen med dissociationssymptomer (Kent et al., 1999), og depressionssymptomer alene (Gerke et al., 2006) var mediatorer i forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer. Dette kunne tyde på, at komorbide lidelser eller negativ affekt som en følge af emotionel vold eller mobning øger risikoen for at udvikle EDs. Som tidligere beskrevet, var resultaterne dog mere blandede ifm. emotionel vold sammenlignet med mobning.

Ud over ovenstående sås der i studiet af Gerke et al. (2006) også, at dissociationssymptomer ikke medierede forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer, når dissociation blev undersøgt sammen med depressionssymptomer. I modsætning hertil fandt Kent et al. (1999), at depressionssymptomer ikke medierede forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer, når

depression blev undersøgt sammen med angst- og dissociationssymptomer. Årsagen til disse uoverensstemmelser er uvis.

På trods af disse blandede resultater, tegnes der et billede af ED-symptomer som delvist værende et resultat af negative emotioner og en intolerans over for disse, som er beskrevet i den transdiagnostiske teori. Yderligere fundne resultater støtter op om, at denne emotionsintolerans er et vigtig led i sammenhængen mellem oplevelse af emotionel vold og ED-symptomer hos individer, der har været udsat for emotionel vold i barndommen. I studierne af Mills et al. (2014), Moulton et al. (2015) og Burns et al. (2012) sås det, at dysfunktionel emotionsregulering var en medierende faktor i forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer. Yderligere sås det i studiet af Hund og Espelage (2006), at alexitymi var en mediator i forholdet mellem emotionel vold og ED-symptomer. Desuden ses det, at både Burns et al. (2012) og Moulton et al. (2015) også undersøgte alexitymi som en del af betegnelsen ”dysfunktionel emotionsregulering”, da manglende accept af, bevidsthed om og identifikation af følelser var en del heraf (se tabel 3). En forklaring kan være, at individer, der oplever emotionel vold i barndommen grundet naturen af denne form for mishandling, ikke lærer hverken at identificere, rumme eller regulere følelser, hvilket sidenhen øger risikoen for udvikling af ED-symptomer, der fungerer som en måde at undgå eller regulere stærk affekt. Dette er igen i overensstemmelse med den transdiagnostiske teori. Dog var der i den transdiagnostiske teori et fokus på overspisning som værende en uhensigtsmæssig strategi til emotionsregulering. Ovenstående resultater tyder på, at emotionelt relaterede problematikker i højere grad er forbundet med ED-symptomer generelt (se resultatanalysen eller tabel 3) hos individer, der har været udsat for mobning og, i endnu højere grad, emotionel vold i barndommen, end hvad der bliver beskrevet i den transdiagnostiske teori.

Den stærke vægtning af emotionelt relaterede mediatorer i forholdet mellem oplevelse af emotionel omsorgssvigt, emotionel vold eller mobning i barndommen og udvikling af ED-

symptomer, der ses ovenfor, kan skyldes flere ting. Det kan skyldes manglende forskning på andre områder, eller at denne form for medierende faktorer er særligt vigtige i udviklingen af EDs, hos de individer, der har oplevet disse PSOer i barndommen.

Kritik af nærværende systematiske review

I nærværende systematiske er der adskillige begrænsninger og kritikpunkter, man bør holde sig for øje. Nogle af disse begrænsninger og kritikpunkter skyldes begrænsninger ved de inkluderede studier, andre skyldes det systematiske review i sig selv.

Først og fremmest er de fundne resultater begrænset af, at interessen for andre PSOer end seksuel og fysisk vold ifm. EDs endnu er relativt ny. Dette kommer til udtryk ved, at forskningen på området stadig er hullet. Med dette menes der, at der for hver af de valgte PSOer (emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning) var emner, som var blevet undersøgt for én PSO, men ikke for en anden, eller helt manglede. Eksempelvis kan nævnes, at der kun blev fundet relevante studier, der undersøgte emotionelt relaterede mediatorer i forholdet mellem udsættelse for emotionel vold og emotionel omsorgssvigt i barndommen og den efterfølgende udvikling af ED-symptomer – med undtagelse af ét enkelt studie, der undersøgte både depressive symptomer og globalt manglende selvværd som medierende faktorer (Hopwood et al., 2011). Derimod blev der fundet studier, der undersøgte medierende faktorer relateret til både emotionelle problemer, vedholdende lavt selvværd og klinisk perfektionisme i forholdet mellem oplevelse af mobning i barndommen og udvikling af ED-symptomer. Dette kan tegne et billede, hvor emotionelt relaterede faktorer tyder på at være særligt relevante. Det er muligt, at dette er tilfældet, og den fundne litteratur er et produkt af, at de forsømte områder er blevet undersøgt, men at der ikke blev fundet nogen sammenhænge, hvorfor studierne ikke er blevet publiceret. Dog er der også den modsatte mulighed, at der er relevante medierende faktorer i forholdet mellem mobning, emotionel vold eller emotionel omsorgssvigt og udviklingen af

ED-symptomer, der endnu ikke er blevet undersøgt, hvilket resulterer i et hidtil ufuldstændigt billede. Derudover gør det også, at det er svært at sammenligne de fundne resultater, da de undersøgte faktorer, både i form af valgte PSOer, medierende faktorer, ED-symptomer, og sammensætningen heraf var meget heterogene de inkluderede studier imellem.

Yderligere er det af flere årsager, som det også er beskrevet i resultatanalysen, ikke muligt at generalisere resultaterne ud over en specifik population. Her er tale om resultater, der hovedsageligt er gældende for kvinder i den vestlige kultur. Nogle af resultaterne kan med forsigtighed generaliseres til mænd også, men under halvdelen af de inkluderede studier havde mænd eller drenge med i deres samples, og der vides i forvejen mindre om EDs hos mænd end hos kvinder. På baggrund af dette, er de fundene resultater hovedsageligt relevante i arbejdet med kvinder fra vestlige lande med EDs, som har været udsat for enten emotionel omsorgssvigt, emotionel vold og/eller mobning i barndommen.

Yderligere problemer med de fundne resultater er, at alle de inkluderede studier anvendte retrospektive tværsnitsundersøgelser. Grundet dette kan der ikke med sikkerhed konkluderes noget om de temporale forhold mellem de relevante faktorer, og derfor heller ikke om eventuelle medierende forhold. Som eksempel på dette, kan nævnes et forhold mellem mobning, BED og angst. Da der ikke er tale om prospektive studier, er det ikke muligt at være sikker på, om det implicerede individ oplevede mobning eller overspisningsepisoder først. Det er muligt, at individet begyndte at overspise som en følge af mobningen, men det er også muligt at individet blev mobbet, fordi vedkommende var overvægtig, da overvægt en hyppig konsekvens af BED. På samme måde er det heller ikke muligt at vide, om individet udviklede angstsymptomer som en følge af mobningen, og overspisning som en måde at håndtere angsten, som man ville forvente, hvis angst skulle mediere forholdet. Andre muligheder kunne være, at individet udviklede angstsymptomer som en følge af overspisningen eller blev mobbet, fordi vedkommende var ængstelig i forvejen. Dette særligt fordi individer, som bliver udsat for mobning, oftest er karakteriseret som mere ængstelige og usikre end

sine jævnaldrende, allerede inden de oplever mobning (Olweus, 1994). For at kunne sige noget om de fundne medierende forhold med større sikkerhed, ville det være nødvendigt med prospektive studier, der kan undersøge den temporale udvikling af relevante faktorer.

Ud over begrænsninger ved de inkluderede studier, er der også kritikpunkter ved det nærværende systematiske review i sig selv. Systematiske review udføres ud fra retningslinjer for så vidt muligt at undgå bias i forbindelse med undersøgelse af et specifikt område eller besvarelse af et specifikt spørgsmål (O'Brien & Mc Guckin, 2016). Dog vil det aldrig være muligt helt at udelukke bias, da alle valg, der bliver truffet, er baseret på subjektive vurderinger (O'Brien & Mc Guckin, 2016). Dette gælder alle valg fra udvælgelse af søgetermer, samt inklusions- og eksklusionskriterier til fortolkning af resultaterne. For at mindske den bias, som er et uundgåeligt resultat heraf, bør systematiske reviews på intet tidspunkt blive foretaget af mindre end to reviewere (O'Brien & Mc Guckin, 2016). Nærværende systematiske review blev foretaget af en enkelt reviewer. Dette er et problem, da der ikke sker en mindskning af bias på baggrund af vurderinger fra mere end én person. Dette valg blev dog truffet grundet reglerne for specialeskrivning. Når specialet skrives alene, er det ikke tilladt at have en anden person til også at være med til f.eks. den fulde gennemlæsning af studierne efter ekskluderingen af studier på baggrund af titler og abstracts. Derfor blev der taget en beslutning om at skrive nærværende systematiske review alene, men der må så tages højde for, at der er en højere risiko for fejl og bias end hvad ville være tilfældet, hvis mere end én reviewer havde været involveret.

Ud over dette, er der også mere normale risici for bias i nærværende systematiske review. Der blev, som det ses i afsnittet, som beskriver udførelsen af det systematiske review, taget et valgt om at ekskludere studier, der ikke var udgivet i peer reviewed-journaler. Dette blev gjort for at sikre kvaliteten af de inkluderede studier, men som følge heraf blev 8.116 studier ekskluderet, hvorfor der er en risiko for, at relevante studier blev ekskluderet (*publication bias*; O'Brien & Mc Guckin, 2016).

Herefter blev studier, der var skrevet på andre sprog ekskluderet. Dette førte til ekskludering af 213 studier, hvor der igen kan have været udelukket relevante studier (*language bias*; O'Brien & McGuckin, 2016).

Konklusion

På baggrund af problemformuleringen kunne der ud fra nærværende systematiske review konkluderes følgende:

Det var ikke muligt at undersøge medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og efterfølgende udvikling af specifikke EDs. Derimod kunne medierende faktorer i forholdet mellem oplevelse af emotionel vold, emotionel omsorgssvigt og mobning i barndommen og efterfølgende udvikling af ED-symptomer undersøges.

For det første sås der ud fra de inkluderede studier et svagere fundament for et forhold mellem udsættelse for emotionel omsorgssvigt i barndommen og efterfølgende udvikling af ED-symptomer end forventet. Kun alexitymi blev fundet som en medierende faktor i et specifikt forhold mellem emotionel omsorgssvigt og ED-symptomer.

I forholdet mellem udsættelse for mobning og ED-symptomer blev medierende faktorer relateret til klinisk perfektionisme (mental fleksibilitet relateret til udseende), vedholdende lavt selvværd (Kropsbillede-skam og selvkritikformen selvhad) og emotioner (ængstelighed, frustration, depressions- og angstsymptomer) fundet.

I forholdet mellem udsættelse for emotionel vold og ED-symptomer blev én medierende faktor relateret til vedholdende lavt selvværd (manglende globalt selvværd) fundet, mens der blev fundet mange medierende faktorer relateret til emotioner og emotionsintolerans (alexitymi, dysfunktionel emotionsregulering, angst-, depressions- og dissociationssymptomer).

Som beskrevet var der i nærværende review adskillige begrænsninger og kritikpunkter. På baggrund heraf er det derfor vigtigt, at resultaterne i nærværende review bliver anset som en tentativ start på at afdække det valgte område, og at der bliver taget højde for, at yderligere studier af særligt prospektiv karakter er nødvendige.

Klinisk betydning

Af de fundne resultater var særligt to aspekter interessante. Hvor de fundne medierende faktorer relateret til både vedholdende lavt selvværd og kliniske perfektionisme var forventelige ud fra et udgangspunkt i den transdiagnostiske teori, var det anderledes med de medierende faktorer relateret til emotionelle problematikker og dissociation.

Dissociation var i den transdiagnostiske teori ikke beskrevet som en faktor i vedligeholdelse af EDs. Dog kan dissociation med lidt vinkling passe ind under kategorien for emotionel intolerans (begivenheder og humørændringer), da dissociation kan forekomme hos nogle individer som en reaktion på, at den oplevede situation eller affekt er for overvældende (Boon et al., 2011). Dissociation kan ses som en modsætning til integration af forskellige aspekter af både identitet, personlighed og oplevelser (Boon et al., 2011). Dissociation kan være kronisk eller episodisk, og opstår oftest som følge af barndomstraumer, særligt hvis barnet ikke oplever nok emotionel støtte, da børn har sværere ved at integrere end voksne (Boon et al., 2011). Forskellige eksempler på dissociationssymptomer kan være midlertidig følelsesløshed, enten fysisk eller emotionelt, en følelse af ikke selv at være virkelig (depersonalisering) eller at omgivelserne ikke er virkelige, er tågede eller ser forkerte ud (derealisering; Boon et al., 2011). Dissociation er ikke inkluderet i den transdiagnostiske teori for EDs eller i diagnoserne for EDs, men i nærværende opgave sås der, at dissociation var en mediator i forholdet mellem oplevelse af emotionel vold i barndommen og

udviklingen af ED-symptomer. Det er muligt, at dette også gælder for oplevelse af mobning, men da det ikke blev undersøgt i nogle af de inkluderede studier, er det ikke muligt at vurdere her.

Det er derudover muligt, at dissociation er en generel problematik hos individer med EDs, men at der ikke har været et stort nok fokus på dette hidtil. En anden forklaring kan være, at individer med EDs, som har oplevet emotionel vold i barndommen og muligvis også mobning, udgør en subgruppe, hvor der ses et anderledes sygdomsbillede og symptommanifestation.

Denne mulige forklaring støttes af, at der i de inkluderede studier blev fundet et stort fokus på og effekt af emotionelt relaterede mediatorer i forholdet mellem oplevelse af mobning og emotionel vold i barndommen og efterfølgende ED-symptomer. Dette fokus var større end forventet ud fra et afsæt i den transdiagnostiske teori. Yderligere havde emotionelt relaterede mediatorer en effekt på en bredere mængde af ED-symptomer, end hvad forventedes, da der i den transdiagnostiske teori har været fokus på overspisning som en reaktion på stærk affekt og emotionsintolerans. Som allerede beskrevet kan dette være tegn på enten en generelt større effekt af emotionelt relaterede faktorer på ED-symptomer, eller et fænomen der er specifikt relateret til en subgruppe af individer med EDs, som har oplevet emotionel vold i barndommen.

Såfremt der er tale om en specifik subgruppe af individer med EDs, er det relevant at få etableret dette forhold og undersøgt det nærmere. Som det sås i teori afsnittet, er EDs forbundet med subjektiv lidelse hos både det implicerede individ og dennes nærmeste. Denne lidelse kan individet leve med i årevis, da EDs kan udvikle sig til kroniske lidelser eller en episodisk cirkel af skiftevis remission og tilbagefald, særligt hvis individet ikke modtager effektiv behandling. Desuden er EDs forbundet med efterfølgende konsekvenser og i værste tilfælde død. Dette tydeliggør vigtigheden af at kunne tilbyde effektiv behandling, dette inklusiv terapi, for individer med EDs. Men som det ses i teori afsnittet, så er den nuværende behandling af EDs mangelfuld. Dette både i form af, at mange af de implicerede individer ikke opnår remission som følge af behandlingen, oplever tilbagefald eller

stadig oplever restsymptomer. Hvis der er tale om en subgruppe af individer med EDs, kan der være behov for andre former for terapi eller et andet fokus i terapien, sammenlignet med de individer, der ikke har oplevet emotionel vold eller mobning i barndommen. Baseret på resultaterne fra det systematiske review, kunne det være relevant at undersøge, om der er en historik med emotionel vold i barndommen som en del af anamnesen for individer, der starter i behandling for EDs. Alternativt kunne det gøres til en del af vurderingen af individer med EDs, at undersøge om de oplever emotionsrelaterede problematikker eller dissociation. Dette bør gøres, da der er evidens for, at en måde at forbedre behandlingen for individer med EDs, som har oplevet emotionel vold eller mobning i barndommen, ville være et øget fokus på de emotionelle problematikker og dissociation i terapien.

En terapiform, der umiddelbart ser ud til at have potentialet til at kunne være effektiv, er dialektisk adfærdsterapi (DAT). DAT er en evidensbaseret terapiform med rødder i den kognitive adfærdsterapi, der blev udviklet til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse (eller emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type, herefter: borderline) ud fra en biosocial teori (Linehan, 2015). Den biosociale teori beskrevet for DBT omhandler, at borderline skyldes både en biologisk prædisponering hos de implicerede individ, og forskellige sociale faktorer (Linehan, 2015). Yderligere opfattes den selvskadende adfærd som en måde at håndtere problemer, disse særligt af emotionel karakter (Linehan, 2015). Borderline er i høj grad associeret med udsættelse for mishandling i barndommen (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Desuden ses der, som en del af symptombilledet, en høj grad af emotionelle problemer (Leichsenring et al., 2011) og ofte dissociation (Jaeger, Steinert, Uhlmann, Flammer, Bichescu-Burian, & Tschöke, 2017), som beskrevet for den hypotetiske subtype af individer med EDs, der er beskrevet i denne opgave. Yderligere ses der en høj grad af komorbiditet mellem borderline og EDs, hvor der i et studie fra Norge (Reas, Rø, Karterud, Hummelen, & Pedersen, 2013) blev fundet, at 21% af individerne diagnosticeret med borderline havde en komorbid ED. Dette kan på den ene side tyde på, at der er et

overlap i sygdoms- og symptombillederne mellem EDs hos de individer med EDs, som har oplevet mobning eller emotionel vold i barndommen, og hos individer med borderline. På den anden side er det også en mulighed, at de dissociationssymptomer og emotionelle problemer, der ses hos individer med EDs, som har oplevet emotionel vold eller mobning, kan opfattes som komorbide borderline-symptomer. Hvad enten der er tale om det første eller det andet, virker DAT som en relevant mulighed til behandling af EDs hos den hypotetiske subgruppe-

DBT består af både individuel terapi, psykoedukation og færdighedstræning enten individuelt eller i grupper, og telefonisk støtte til anvendelse af færdigheder (Linehan, 2015). I den individuelle terapi anvendes bl.a. kædeanalyse af egentlige eller forstilte begivenheder, og der er fokus på en dialektisk balance mellem accept/validering og motivation for forandring (Linehan, 2015). Færdighedstræningen består af forskellige moduler omhandlende mindfulness, interpersonel effektivitet, emotionsregulering og distress-tolerance (Linehan, 2015). Det er blevet beskrevet, at den biosociale teori fra DAT kan tilpasses EDs, hvorved EDs udvikles gennem et samspil mellem en biologisk emotionel og/eller ernæringsmæssig prædisponering og et invaliderende miljø (Wisniewski & Kelly, 2003). Dette kunne være særligt relevant for den subgruppe af individer med EDs, der har oplevet emotionel vold eller mobning i barndommen, som er beskrevet i denne opgave. Ved DAT-behandling af EDs bør der, ud over de beskrevne moduler, inkluderes et færdigheds-modul, der omhandler ernæring, og fremmer både balanceret spisning og et realistisk syn på spisning, vægt og sundhed (Wisniewski & Kelly, 2003).

I et systematisk review af Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley og Brennan (2017) blev effekten af tredjegerations adfærdsterapier, herunder også DAT, i behandlingen af EDs undersøgt. Der sås, at der var evidens for DAT som værende en effektiv terapiform i behandlingen af EDs. Dog var DAT ikke signifikant mere effektiv end andre anvendte terapiformer i behandlingen af EDs, dette både for samples af individer med BN, BED, eller blandede diagnoser.

Det er værd at pointere, at der stadig er en mulighed for, at DAT er mere effektivt i behandlingen af individer med EDs, som har oplevet emotionel vold eller mobning i barndommen, på trods af ovenstående resultater. Dette skyldes særligt, at der i de inkluderede studier ikke blev skelnet mellem forskellige subgrupper af individer med EDs, på nær af forskellige diagnoser. Som det ses i denne opgave, er det ikke nødvendigvis specifikke ED-diagnoser, der afgør, hvilke faktorer der spiller ind i udviklingen og vedligeholdelsen af patologien. Hvad der er relevant for den hypotetiske subgruppe, som beskrevet i nærværende opgave, er, at de har oplevet emotionel vold eller mobning i barndommen, samt at dissociation og i særlig grad emotionelle problematikker er faktorer, der spiller en rolle i udviklingen af patologien. Disse faktorer blev ikke undersøgt i ovenstående systematiske review og de inkluderede studier.

Derfor vil det fremadrettet være relevant at undersøge, om der er en forskel i effekten af behandling af EDs med DAT på baggrund af, hvorvidt individerne har oplevet emotionel vold eller mobning i barndommen, og om disse PSOer har ført til emotionelle problemer og dissociation.

Referencer

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th edn.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'farrill-Swails, L. (2005). Single versus Multi-Type Maltreatment – An Examination of the Long-Term Effects of Child Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4) 29-52. DOI: 10.1300/J146v11n04_02
- Atwood, M. E. & Friedman, A. (2019). A Systematic Review of Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (CBT-E) for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1-20. DOI: 10.1002/eat.23206
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6) 1173-1182. DOI: 10.1037//0022-3514.51.6.1173
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K. A., Perkins, C., & Lowey, H. (2015). Measuring Mortality and the Burden of Adult Disease Associated with Adverse Childhood Experiences in England: A National Survey. *Journal of Public Health*, 37(3) 445-454. DOI: 10.1093/pubmed/fdu065
- Benas, J. S. & Gibb, B. E. (2008). Weight-Related Teasing, Dysfunctional Cognitions, and Symptoms of Depression and Eating Disturbances. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2) 143-160. DOI: 10.1007/s10608-006-9030-0
- Boland A., Cherry, M. G., & Dickson, R. (2017). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide* (2nd edn.). London: SAGE Publications Ltd.
- Boon, S., Steele, K., vand der Hart, O. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists* (1st edn.). New York, NY: Norton & Company.

- Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4) 285-304. DOI: 10.1080/10640260701454311
- Briere, J., & Runtz, M. (1990) Differential Adult Symptomatology Associated with Three Types of Child Abuse Histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3) 357-364. DOI: 10.1016/0145-2134(90)90007-g
- Briere, J., & Scott, C. (2007). Assessment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations. *Eating Disorders*, 15(4), 347-358. DOI: 10.1080/10640260701454360
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of International Medicine*, 165(6) 409-420. DOI: 10.7326/M15-2455
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in Emotion Regulation Mediate the Relationship Between Childhood Abuse and Later Eating Disorder Symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1) 32-39. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.08.005
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1) 79-90. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000233
- Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B., Monteleone, A. M., & Ricca, V. (2018). Different Outcomes, Psychopathological Features, and Comorbidities in Patients with Eating Disorders Reporting Childhood Abuse: A 3-year Follow-Up Study. *European Eating Disorders Review*, 26(3) 217-229. DOI: 10.1002/erv.2586
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risk of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: A Meta-Review. *World Psychiatry*, 13(2) 153-160. DOI: 10.1002/wps.20128

- Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., & Temple, J. R. (2017). The Distal Consequences of Physical and Emotional Neglects in Emerging Adults: A Person-Centered, Multi-Wave, Longitudinal Study. *Child Abuse & Neglect*, 63 151-161. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.11.030
- Cook-Cottone, C., Serwacki, M., Guyker, W., Sodano, S., Nickerson, A., Keddie-Olka, E., & Anderson, L. (2016). The Role of Anxiety on the Experience of Peer Victimization and Eating Disorder Risk. *School Mental Health*, 8(3) 354-367. DOI: 10.1007/s12310-016-9178-z
- Cooper, Z. & Dalle Grave, R (2017). Eating Disorders: Transdiagnostic Theory and Treatment. I Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. G. (Eds.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 337-357). Elsevier Academic Press.
- Dahlgren, C. L., Stedahl, K., & Wisting, L. (2018). A Systematic Review of Eating Disorder Prevalence in the Nordic Countries: 1994-2016. *Nordic Psychology*, 70(3) 209-227. DOI: 10.1080/19012276.2017.1410071
- Danmarks Statistik (2019) *Spiseforstyrrelser*. Hjemmeside, tilgæet fra: <https://www.dst.dk/da/informationsservice/oss/spisefor>
- Dansk Center for Undervisningsmiljø (2018). *Resultater fra den nationale trivselsmåling 2018* (Rapport). Hentet fra: <https://dcum.dk/media/2576/dcumtrivselsma-lingtabelrapport2018.pdf>
- Det Nationale Forskningcenter for Velfærd (2016). *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016* (Rapport). Hentet fra: <https://www.vive.dk/media/pure/6497/472556>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Rodrigues, T. (2015). Being Bullied and Feeling Ashamed: Implications for Eating Disorder Psychopathology and Depression in Adolescent Girls. *Journal of Adolescence*, 44 259-268. DOI: 10.1016/j.adolescence.2015.08.005

- Duarte, C. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Body Image Flexibility Mediated the Effect of Body Image-Related Victimization Experiences and Shame on Binge Eating and Weight. *Eating Behaviors*, 23 13-18. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.07.005
- 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*. København: Vidensråd for Forebyggelse. Rapport hentet fra: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraadforebyggelse_boern-og-unges-mentale-helbred_digital_01_0.pdf
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2002). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5) 509-528. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Farrow, C. V. & Fox, C. L. (2011). Gender Differences in the Relationship between Bullying at School and Unhealthy Eating and Shape-Related Attitudes and Behaviours. *British Journal of Educational Psychology*, 81(3) 409-420. DOI: 10.1348/000709910X525804
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors Associated with Dropout from Treatment for Eating Disorders: A Comprehensive Literature Review. *BMC Psychiatry*, 9(1) 67-75. DOI: 10.1186/1471-244X-9-67
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th edn.). London: Sage Publications Ltd.
- Finzi-Dottan, R. & Karu, T. (2006). From Emotional Abuse in Childhoods to Psychopathology in Adulthood: A Path Mediated by Immature Defense Mechanisms and Self-Esteem. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 194(8) 616-621. DOI: 10.1097/01.nmd.0000230654.49933.23

- Gerke, C. K., Mazzeo, S. E., & Kliewer, W. (2006). The Role of Depression and Dissociation in the Relationship between Childhood Trauma and Bulimic Symptoms among Ethnically Diverse Female Undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 30(10) 1161-1172. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.03.010
- Glaser, D. (2005). Emotional Abuse and Neglect (Psychological Maltreatment): A Conceptual Framework. *Child Abuse & Neglect*, 27(6-7) 697-714. DOI: 10.1016/s0145-2134(02)00342-3
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, Ph. (2016). Associations Between Adverse Childhood Experiences and Clinical Characteristics of Eating Disorders. *Scientific Reports*, 6(1) 35761-35767. DOI: 10.1038/srep35761
- Gunzler, D., Chen, T., Wu, P., & Zhang, H. (2013). Introduction to Mediation Analysis with Structural Equation Modeling. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(6) 390-394. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.06.009
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., & Brassard, M. R. (1997). Evidence for the Effects of Psychological Maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1) 27-58. DOI: 10.1300/j135v01n01_03
- Hay, P. (2013). A Systematic Review of Evidence for Psychological Treatments in Eating Disorders: 2005-2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5) 462-469. DOI: 10.1002/eat.22103
- Hayes, A. F. & Preacher, K. J. (2013). Statistical Mediation Analysis with a Multicategorical Independent Variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 67(3) 451-470. DOI: 10.1111/bmsp.12028

- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, T., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk Factors Across the Eating Disorders. *Psychiatry Research*, 220(1) 500-506. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.054
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child Neglect: Developmental Issues and Outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26(6-7) 679-695. DOI: 10.1016/s0145-2134(02)00341-1
- Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Fehon, D. C., & Grilo, C. M. (2011). The Mediation Significance of Negative/Depressive Affect in the Relationship of Childhood Maltreatment and Eating Disorder Features in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(1) 9-16. DOI: 10.1007/BF03327515
- Hund, A. R. & Espelage, D. L. (2006). Childhood Emotional Abuse and Disordered Eating Among Undergraduate Females: Mediating Influence of Alexithymia and Distress. *Child Abuse & Neglect*, 30(4) 393-407. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.11.003
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Barr Taylor, C. (2011). Who is Really at Risk? Identifying Risk Factors for Subthreshold and Full Syndrome Eating Disorders in a High-Risk Sample. *Psychological Medicine*, 41(9) 1939-1949. DOI: 10.1017/S0033291710002631
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Stewart Agras, W. (2004). Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1) 19-65. DOI: 10.1037/0033-2909.130.1.19
- Jaeger, S., Steinert, T., Uhlmann, C., Flammer, E., Bichescu-Burian, D., Tschöke, S. (2017). Dissociation in Patients with Borderline Personality Disorder in Acute Inpatient Care – A

Latent Profile Analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 78 67-75. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.07.005

Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between Four Types of Childhood Neglect and Personality Disorder Symptoms during Adolescence and Early Adulthood: Findings of a Community-Based Longitudinal Study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2) 171-187. DOI: 10.1521/pedi.2000.14.2.171

Kent, A., & Waller, G. (1998). The Impact of Childhood Emotional Abuse: An Extension of the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect*, 22(5) 393-399. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00007-6)

Kent, A., Waller., G., & Dagnan, D. (1999). A Greater Role of Emotional than Physical or Sexual Abuse in Predicting Disordered Eating Attitudes: The Role of Mediating Variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2) 159-167. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<159::AID-EAT5>3.0.CO;2-F

Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood Adversity and Adult Psychiatric Disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5)1101-1119. DOI: 10.1017/S0033291797005588

Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, J. D. (2017). What Happens After Treatment? A Systematic Review of Relapse, Remission, and Recovery in Anorexia Nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1) 20-31. DOI: 10.1186/s40337-017-0145-3

Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Boven, A., Gill, S., Dimitropoulos, G., & MacMillan, H. L. (2017). Consequences of Child Emotional Abuse, Emotional Neglect and Exposure to Intimate Partner Violence for Eating Disorders: A Systematic Critical Review. *BMC Psychology*, 5(1) 33-50. DOI: 10.1186/s40359-017-0202-3

Kraemer, H. C. (2010) Moderators and Mediators: The MacArthur Updated View. I Steptow, A., Freedland, K. E., Jennings, J. R., Llabre, M. M., Manuck, S. B., & Susman, E. J. (Eds.), *Handbook of Behavioral Medicine, Methods and Applications* (pp. 869-880). New York: Springer

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade (2019) *Spiseforstyrrelser*. Hjemmeside, tilgået fra: <https://lmsos.dk/spiseforstyrrelser>

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet* (British edition), 377(9759) 74-84. DOI: 10.1016/s0140-6736(10)61422-5

Liberati, A.; Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijinen, J., & Moher, D. (2009). The Prisma Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7). DOI: 10.1371/journal.pmed.1000100

Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. (2019). Is Bullying and Teasing Associated with Eating Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5) 497-514. DOI: 10.1002/eat.23035

Linardon, J. (2018). Rates of Abstinence Following Psychological or Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder: Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8) 785-797. DOI: 10.1002/eat.22897

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. F., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The Empirical Status of the Third-Wave Behaviour Therapies for the Treatment of Eating Disorders: A Systematic Review. *Clinical Psychology Review*, 58 125-140. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.005

- Linardon, J. & Wade, T. D. (2017). How Many Individuals Achieve Symptom Abstinence Following Psychological Treatments for Bulimia Nervosa? A Meta-Analytic Review. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4) 287-294. DOI: 10.1002/eat.22838
- Linardon, J., Wade, T. D., Garcia, X. P., & Brennan, L. (2017). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 85(11) 1080-1094. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000245>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Mahon, J. (2000). Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues? *European Eating Disorder Review*, 8(3) 198-216. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3
- Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A., & Katulski, K. (2013). Long Term Consequences of Anorexia Nervosa. *Maturitas*, 75(3) 215-220. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.04.014
- Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia Nervosa – Medical Complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1). DOI: 10.1186/s40337-015-0040-8
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2014). Emotional Maltreatment and Disordered Eating in Adolescents: Testing the Mediating Role of Emotion Regulation. *Child Abuse and Neglect*, 39 156-166. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.05.011
- Minnich, A. M., Gordon, K. H., Kwan, M. Y., & Troop-Gordon, W. (2017). Examining the Mediating Role of Alexithymia in the Association Between Childhood Neglect and Disordered Eating Behaviors in Men and Women. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(4) 414-421. DOI: 10.1037/men0000060
- Mitchell, J. E. (2016). Medical Comorbidity and Medical Complications Associated with Binge-Eating Disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(3) 319-323. DOI: 10.1002/eat.22452

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7). DOI: doi:10.1371/ journal.pmed.1000097

Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood Maltreatment and Eating Disorder Pathology: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Psychological Medicine* 47(8) 1402-1416. DOI: 10.1017/S0033291716003561

Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood Trauma and Eating Psychopathology: A Mediating Role for Dissociation and Emotion Dysregulation? *Child Abuse and Neglect*, 39(1) 167-174. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.07.003

Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S., & Egede, L. E. (2019). Assessing the Relationship between Adverse Childhood Experiences and Life Satisfaction, Psychological Well-Being, and Social Well-Being: United States Longitudinal Cohort 1995-2014. *Quality of Life Research*, 28(4) 907-914. DOI: 10.1007/s11136-018-2054-6

Munksgaard (1998). *WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier* (1. udgave, 7. oplag). København: Munksgaard, i samarbejde med WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Psykiatrisk Hospital ved Århus.

Muris, P. & Meesters, C. (2009). Reactive and Regulative Temperament in Youths: Psychometric Evaluation of the Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(1) 7-19. DOI: 10.1007/s10862-008-9089-x

Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2019). Treatment Outcomes for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychological Medicine*, 49 535-544. DOI: 10.1017/S0033291718002088

National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment* (rapport nummer NG69). Hentet fra:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349

O'Brien, A. M. & Mc Guckin, C. (2016). The Systematic Literature Review Method: Trials and Tribulations of Electronic Database Searching at Doctoral Level. *SAGE Research Methods Cases*. DOI: 10.4135/978144627305015595381

Olweus, D. (1994). Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7) 1171-1190. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x

Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life Adverse Experiences in Relation with Obesity and Binge Eating Disorder: A Systematic Review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1) 11-31. DOI: 10.1556/2006.5.2016.018

Peat, C. M., Berkman, N. D., Lohr, K. N., Brownley, K. A., Bann, C. M., Cullen, K., Quattlebaum, M. J., & Bulik, C. M. (2017). Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*, 25(5) 317-328. DOI: 10.1002/erv.2517

Pennesi, J.-L. & Wade, T. D. (2016) A Systematic Review of the Existing Models of Disordered Eating: Do They Inform the Development of Effective Interventions? *Clinical Psychology Review*, 43 175-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.12.004

Pignatelli, A. M., Wampers, M., Lorieo, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood Neglect in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1) 100-115. DOI: 10.1080/15299732.2016.1198951

Pike, K. M. & Dunne, P. E. (2015). The Rise of Eating Disorders in Asia: A Review. *Journal of Eating Disorders*, 3(1) 33-47. DOI: 10.1186/s40337-015-0070-2

Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS Procedures for Estimating Indirect Effects in Simple Mediation Models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4) 717-731.

Preacher, K. J., Rucker, D. D., & Hayes, A. F. (2007). Addressing Moderated Mediation Hypotheses: Theory, Methods, and Prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, 42(1) 185-227. DOI: 10.1080/00273170701341316

Psykiatrifonden (2019a) *Bulimi*. Hjemmeside, tilgået fra: <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spiseforstyrrelser/bulimi.aspx>

Psykiatrifonden (2019b). *Tvangsoverspisning – binge eating disorder (BED)*. Hjemmeside, tilgået fra: <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spiseforstyrrelser/binge-eating-disorder-bed.aspx>

Psykiatrifonden (2020) *Anoreksi*. Hjemmeside, tilgået fra: <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/spiseforstyrrelser/anoreksi.aspx>

Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B., & Pedersen, G. (2013). Eating Disorders in a Large Clinical Sample of Men and Women with Personality Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8) 801-809. DOI: 10.1002/eat.22176

Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood Sexual, Physical, and Psychological Abuse and Their Relationship to Comorbid Psychopathology in Bulimia Nervosa. *International*

Journal of Eating Disorders, 16(4) 317-334. DOI: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<317::AID-EAT2260160402>3.0.CO;2-J

Sachs, K., & Philip, S. (2015). Medical Complications of Bulimia Nervosa and Their Treatments.

Eating and Weight Disorders, 21(1) 13-18. DOI: 10.1007/s40519-015-0201-4

Selby, C. L. B. (2019). *The Psychology of Eating Disorders* (1th edn.). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

Sheikh, M. A., Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2016). Differential Recall Bias, Intermediate Confounding, and Mediation Analysis in Life Course Epidemiology: An Analytic Framework with Empirical Example. *Frontiers in Psychology*, 7. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01828

Sobel, M. (1982). Asymptotic Confidence Intervals for Indirect Effects in Structural Equation Models. *Sociological Methodology*, 13 290-312. DOI: 10.2307/270723

Socialstyrelsen (2020). *Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser. Viden til gavn* (Rapport nummer 1). Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/borgere-med-svaere-spiseforstyrrelser>

Steinhausen, H.-C. (2008). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1) 225-242. DOI: 10.1016/j.chc.2008.07.013

Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130(2) 206-227. DOI: 10.1037/0033-2909.130.2.206

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2012). The Neglect of Child Neglect: A Meta-Analytic Review of the Prevalence of Neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3) 345-355. DOI: 10.1007/s00127-012-0549-y

Suiman, J. L., Slane, J. D., Burt, A., & Klump, K. L. (2008). Negative Affect as a Mediator of the Relationship Between Weight-Based Teasing and Binge Eating in Adolescent Girls. *Eating Behaviors*, 9(4) 493-496. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2008.04.001

Sundhedsstyrelsen (2005). *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling – udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen* (Rapport nummer 1.0). Hentet fra:

<https://www.sst.dk/>

[/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx](https://www.sst.dk/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx)

Sweetingham, R. & Waller, G. (2008). Childhood Experiences of Being Bullied and Teased in the Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5) 401-407. DOI: <https://doi-org.proxy1-bib.sdu.dk/10.1002/erv.839>

Tomba, E., Tecuta, L., Crocetti, E., Squarcio, F., & Tomei, G. (2019). Residual Eating Disorder Symptoms and Clinical Features in Remitted and Recovered Eating Disorder Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(7) 759-776. DOI: 10.1002/eat.23095

Trottier, K. & MacDonald, D. E. (2017). Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of Research and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 19(8) 1-9. DOI: 10.1007/s11920-017-0806-6

Trottier, K., Wonderlich, S. A., Monson, C. M., Crosby, R. D., & Olmsted, M. P. (2016). Investigating Posttraumatic Stress Disorder as a Psychological Maintaining Factor of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5) 455-457. DOI: 10.1002/eat.22516

Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The Application of Dialectical Behavior Therapy to the Treatment of Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2) 131-138. DOI: 10.1016/s1077-7229(03)80021-4

Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-Term Effects of Bullying. *Archives of Disease in Childhood*,
100(9) 879-885. DOI: 10.1136/archdischild-2014-306667

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:
Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Hentet fra:
<https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>

Yu, J., Stewart Agras, W., Bryson, S. (2013). Defining Recovery in Adult Bulimia Nervosa. *Eating
Disorders*, 21(5) 379-392. DOI: 10.1080/10640266.2013.827536