



VIDENSCENTER OM
SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE

MIDTVEJSEVALUERING AF INDSATS MOD SPISEFORSTYRRELSER

ET BEHANDLINGSTILBUD UNDER LANDSFORENINGEN MOD
SPISEFORSTYRRELSER OG SELVSKADE (LMS)



Midtvejsvaluering af Indsats mod spiseforstyrrelser

Udgivet januar 2021

Publikationen er udgivet af

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS)

Krumtappen 2, 5. sal

2500 Valby

info@vioss.dk

Udarbejdet af

Birgitte Bøgh Normann Gade

Projektleder i ViOSS

For yderligere information

Kontakt info@vioss.dk

Forsidebillede: Colourbox.

Projektet og evalueringen er finansieret af

Sundhedsstyrelsens pulje til *Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade* – delpuljen om kapacitetsudvidelse, satspuljen 2018-2021.

Derudover skyldes en stor tak til deltagerne i evalueringen.

INDHOLD

1.	FORORD	1
2.	HOVEDRESULTATER.....	2
3.	ANBEFALINGER.....	3
4.	METODE OG ANALYSE.....	4
5.	MIDTVEJSRESULTATER.....	5
5.1.	HVEM ER DELTAGERNE?.....	5
5.2.	SPISEFORSTYRRELESSYMPPTOMER.....	7
5.3.	DELTAGERNES TRIVSEL	16
5.4.	FØLELSESREGULERING.....	21
5.5.	VIRKSOMME MEKANISMER	25
5.6.	PÅRØRENDE.....	27
6.	FORBEDRINGSFORSLAG	30
7.	SAMMENFATNING.....	32
8.	REFERENCER.....	34

1. FORORD

Indsats mod spiseforstyrrelser er et behandlingstilbud under LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade. Målgruppen er personer fra 17 år, der har milde til moderate symptomer på anoreksi eller bulimi, men som endnu ikke er behandlingskrævende i psykiatrien. Tilbuddet er desuden målrettet personer, der tidligere har været i behandling for en spiseforstyrrelse og nu har brug for støtte for at undgå tilbagefald. De primære succeskriterier for behandlingen er, at deltagerne reducerer deres spiseforstyrrelsessymptomer og øger deres trivsel. Målet er at behandle spiseforstyrrelsen, før den udvikler sig og (igen) bliver behandlingskrævende i psykiatrisk regi. Forskning viser, at sandsynligheden for at blive rask øges, hvis man får behandling tidligt i sygdomsforløbet¹, hvor motivationen for behandling desuden menes at være størst, da de berørte oplever flere barrierer for behandling, desto mere alvorlige deres symptomer er.²

LMS' behandlingstilbud er finansieret af Sundhedsstyrelsens pulje til *Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade* – delpuljen om kapacitetsudvidelse under satspuljen 2018-2021. Fra august 2018 til december 2021 skal der gennemføres i alt ni behandlingsgrupper, der hver består af otte deltagere og to gruppeledere. Behandlingen tilbydes i København og Aarhus. Forløbet består af 15 sessioner, der afholdes ugentligt. I behandlingen indgår psykoterapi, pårørendeinddragelse, diætistvejledning, mindfulness, registrering af spiseforstyrrelsesadfærd, psykoedukation og vægtnkontrol. Der er et formaliseret samarbejde med eksterne diætister og en psykiatrisk overlæge. Behandlerteamet er tværfagligt sammensat og arbejder ud fra et fællesfagligt psykoterapeutisk grundlag med afsæt i primært de kulturpsykologiske tilgange. LMS følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer for behandling af spiseforstyrrelser.^{3,4}

Midtvejsevalueringen bygger på før- og eftermålinger fra de første fire gruppeforløb, hvor 20 deltagere har udfyldt begge spørgeskemaer. Denne rapport præsenterer de foreløbige behandlingsresultater med fokus på, om projektets primære succeskriterier om reducerede spiseforstyrrelsessymptomer og øget trivsel hos deltagerne er blevet indfriet. Formålet er at dokumentere behandlingsresultaterne og skabe viden, der kan bruges til at udvikle og forbedre indsatsen undervejs i projektperioden. Derfor er rapportens hovedresultater og anbefalinger blevet præsenteret på en fortolkningsworkshop, hvor projektets behandlere har drøftet resultaterne og er kommet med input til, hvordan indsigter og anbefalinger kan omsættes i praksis.

Rapporten indledes med en præsentation af evalueringens hovedresultater (afsnit 2), anbefalinger (afsnit 3) samt metode og analyse (afsnit 4). Dernæst præsenteres midtvejsresultaterne (afsnit 5), forbedringsforslag fra deltagerne (afsnit 6) og en sammenfatning af rapportens resultater (afsnit 7).

2. HOVEDRESULTATER

Karakteristik af deltagerne

I evalueringen indgår besvarelser fra 20 kvinder i alderen 19-34 år med en gennemsnitsalder på 25,3 år. 15 deltagere har været i behandling i København, mens fem har været i behandling i Aarhus. Deltagerne var i gennemsnit 15,65 år gamle, da krop, mad og vægt begyndte at fylde for meget i deres tanker og handlinger. De fleste oplever symptomer på bulimi eller en blanding af anoreksi og bulimi. 40 % har modtaget psykiatrisk behandling for deres spiseforstyrrelse inden gruppeforløbet i LMS. En fjerdedel af deltagerne har andre psykiske lidelser.

Spiseforstyrrelsessymptomer

Midtvejsevalueringen viser, at deltagerne opnår en stor og statistisk signifikant reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet. Den største forbedring ses på restriktion og spisebekymring. Da der ikke er tale om et effektstudie med kontrolgruppe, kan det dog ikke udelukkes, at forhold uden for indsatsen også har påvirket deltagerens situation.

Generel trivsel

Deltagerne opnår en moderat og statistisk signifikant forbedring af deres generelle trivsel i løbet af behandlingsforløbet, hvor deres gennemsnitlige WHO-5 trivselsscore stiger fra 47,4 til 57. Dermed er den gennemsnitlige deltager rykket ud af risikogruppen for depression og stressbelastning (≤ 50) efter endt behandling. Hos 45 % er forbedringen så stor, at den menes at kunne tilskrives indsatsen.

Følelsesregulering

Evalueringen tyder på, at deltagerens evne til følelsesregulering forbedres, men de kvantitative resultater bygger på meget få besvarelser. I fritekstbesvarelser giver mange deltagere dog også udtryk for, at de har fået større indsigt i egne følelser og nye redskaber til at håndtere svære følelser.

Virksomme mekanismer

Deltagerne fremhæver især fire elementer, der har været afgørende for deres positive behandlingsresultater: 1) under bevidningerne kan deltagerne genkende sig i de andres fortællinger, hvilket giver dem større indsigt i egen situation; 2) et trygt terapeutisk rum inviterer til åben dialog om det, der er svært; 3) indsigt i og redskaber til at stå op imod spiseforstyrrelsen; 4) bevaret hverdagsliv gør det muligt at integrere læring fra forløbet i hverdagen.

Pårørende

90 % af deltagerne har pårørende, der har deltaget i pårørendeseminaret. Deltagerne oplever en forbedret relation til deres pårørende. Især føler langt færre deltagere sig alene med deres situation, og langt flere oplever at have pårørende, som er gode til at forstå deres situation.

Forbedringspotentialer

Flere deltagere oplever, at vejningerne er forbundet med stort ubehag, fordi spiseforstyrrelsen melder sig. Derudover føler nogle deltagere sig utrygge ved at stå alene tilbage efter endt behandling.

3. ANBEFALINGER

På baggrund af midtvejsevalueringen præsenteres fire anbefalinger til justering af den nuværende behandlingsindsats.

1

Deltagerne reducerer deres spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet, hvor den største forbedring ses på restriktion og spisebekymring. Overvej, om der kan arbejdes endnu mere målrettet med at reducere deltagernes figur- og vægtbekymring, fx ved at supplere behandlingen med kropsterapi. Anbefalingen understøttes af, at deltagerne oplever vejningerne som det sværeste ved forløbet, idet spiseforstyrrelsen viser sig ved ubehag og negative tanker.

2

Deltagerne oplever en moderat forbedring i deres generelle trivsel, mens deres forventninger til fremtiden er uændrede. Overvej, om det er muligt at give deltagerne mere håb og styrke deres trivsel yderligere uden at gå på kompromis med spiseforstyrrelsesbehandlingen. Der kan fx indføres øget fokus på hverdagslivet i terapien og indhentes løbende feedback fra deltagerne for at sikre, at terapien gør nytte.

3

Deltagerne fremhæver bevidningerne som det mest virksomme ved gruppeterapien, men enkelte deltagere har haft svært ved at genkende sig tilstrækkeligt i de andre gruppemedlemmer. Derudover fremhæves gevinsterne ved et trygt og åbent terapeutisk rum. Disse elementer bør også fremadrettet sikres bedst muligt i sammensætningen og faciliteringen af grupper.

4

Flere deltagere føler sig utrygge ved tanken om at stå alene tilbage efter endt behandling, da de frygter tilbagefald. De savner støtte, fx i form af konkrete hjælperedskaber, steder at henvende sig eller selvorganiserede støttegrupper. Overvej, hvad LMS kan gøre for at forebygge tilbagefald og understøtte, at deltagerne føler sig trygge ved behandlingsafslutning. Her kan LMS' mentorordning med støtte-/kontaktpersoner fx være en henvisningsmulighed.

4. METODE OG ANALYSE

Datagrundlag

Midtvejsevalueringen bygger på en spørgeskemaundersøgelse iblandt deltagerne i behandlingen. Fire gruppeforløb var afsluttet, da analysearbejdet blev indledt i november 2020. I disse grupper har 27 ud af 32 deltagere gennemført hele behandlingsforløbet, hvilket svarer til en gennemførelse på 84 %. En progressionsmåling forudsætter, at der både foreligger en før- og eftermåling på deltagerne. I alt 20 personer har besvaret begge spørgeskemaer og indgår derfor i midtvejsevalueringen. Analyserne bygger således på besvarelser fra relativt få respondenter. Det kan ikke udelukkes, at udbyttet har set anderledes ud for de syv deltagere, som har gennemført behandlingen uden at udfylde begge spørgeskemaer, eller for de fem deltagere, der er faldet fra før tid. Alle data er anonymiseret i rapporten, så ingen deltagere kan genkendes.

Spørgeskemadesign og dataindsamling

Alle deltagere modtager to elektroniske spørgeskemaer fra ViOSS. De bliver bedt om at udfylde et førskema inden behandlingsstart og et efterskema, når gruppen er afsluttet. Et gruppeforløb varer cirka fire måneder. Begge spørgeskemaer indeholder validerede skalaer, der måler spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q), trivsel (WHO-5), livstilfredshed (Cantril-stigen) og følelsesregulering (DERS-16). De validerede skalaer er beskrevet i bilag 1. Med dette evalueringdesign undersøges det, hvordan det går deltagerne over tid på de nævnte parametre. Desuden indgår baggrundsspørgsmål og supplerende spørgsmål om pårørende, selvoplevet udbytte mv.

Statistiske analyser og forbehold

Databearbejdning og statistiske analyser er foretaget i Excel og Stata. Der anvendes en parret t-test til sammenligning af deltagergruppens gennemsnitsscore på de validerede skalaer (EDE-Q, WHO-5 og Cantrill-stigen) før og efter behandling. Testen ledsages af p-værdier, der angiver om ændringen er statistisk signifikant, dvs. at den statistisk set ikke kan være fremkommet ved en tilfældighed. Derudover anføres 95 % konfidensintervaller, som viser det interval, den sande forskel med 95 % sandsynlighed ligger inden for. En forskel kan være statistisk signifikant uden at være klinisk signifikant. Derfor bruges Cohen's *d* til at måle effektstørrelsen, hvor 0,2 = lille effekt, 0,5 = moderat effekt og 0,8 = stor effekt. Det kan dog ikke udelukkes, at deltagernes udvikling også er påvirket af forhold uden for indsatsen, da midtvejsevalueringen er en før- og eftermåling uden kontrolgruppe. En venteliste-kontrolgruppe er fravalgt af etiske grunde: LMS har forsøgt at indkalde til screeninger hurtigst muligt, når potentielle deltagere har udtrykt motivation for behandling, da ønsket om behandling ofte er forbundet med stor ambivalens ved anoreksi og bulimi. Forskning viser da også, at en forkortelse af tiden, fra man opsøger hjælp, til man modtager den, kan føre til forbedrede behandlingsresultater.⁵ Derfor har kun få personer stået på venteliste ad gangen og meget kortvarigt.

Fortolkningsworkshop

I december 2020 blev der afholdt en fortolkningsworkshop, hvor rapportens hovedresultater og anbefalinger blev præsenteret for projektets behandlere. Formålet var at få behandlerne til at drøfte resultaterne og give input til, hvordan anbefalingerne kan omsættes i praksis.

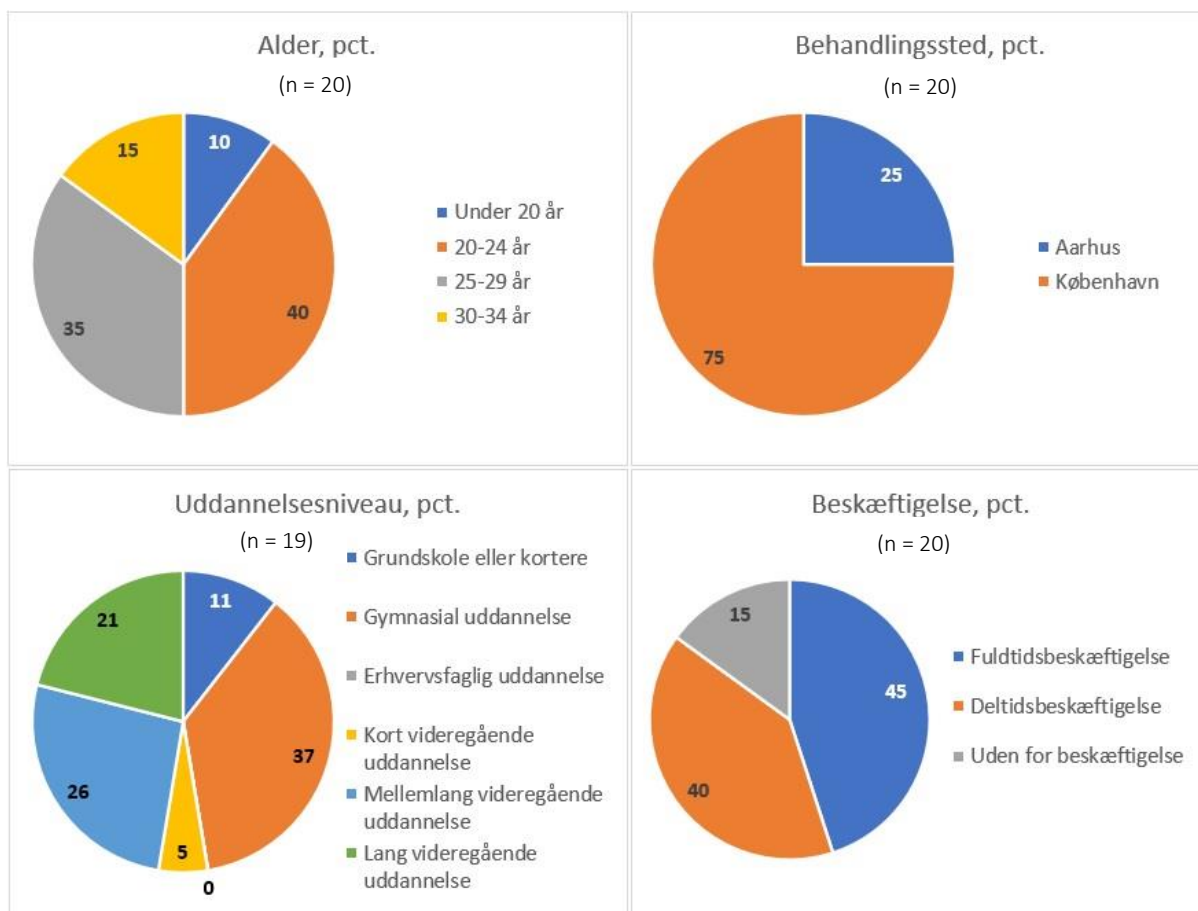
5. MIDTVEJSRESULTATER

I de følgende afsnit præsenteres midtvejsresultaterne. Først beskrives deltagerne og deres baggrund for at deltage i behandlingen (afsnit 5.1). Dernæst beskrives behandlingsresultaterne med fokus på deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer (afsnit 5.2), generelle trivsel (afsnit 5.3) og evne til følelsesregulering (5.4). Efterfølgende beskrives de virksomme mekanismer i behandlingen (afsnit 5.5) og deltagernes relation til deres pårørende (5.6). Endelig præsenteres deltagernes forbedringsforslag til behandlingsforløbet (afsnit 6) og en sammenfatning (afsnit 7).

5.1. HVEM ER DELTAGERNE?

20 kvinder har deltaget i evalueringen, hvoraf 15 har været i behandling i København, mens fem har været i behandling i Aarhus. Deltagerne er mellem 19-34 år med en gennemsnitsalder på 25,3 år. Det ses i figur 1, at langt de fleste er i 20erne. 37 % har en gymnasial uddannelse, mens 53 % har en videregående uddannelse. De øvrige deltagere har en grundskoleuddannelse. 45 % er i fuldtidsbeskæftigelse (arbejde eller studie), 40 % er deltidsbeskæftigede, mens 15 % er uden for beskæftigelse.

Figur 1: Baggrundskarakteristika



Debutalder og type af spiseforstyrrelse

Deltagerne var mellem 6-25 år gamle (i gennemsnit 15,65 år), da krop, mad og vægt begyndte at fylde for meget i deres tanker og handlinger. I førmålingen rapporterer 35 % af deltagerne symptomer på bulimi, 15 % har symptomer på anoreksi, mens 35 % har symptomer på begge lidelser. 15 % har symptomer på anoreksi eller bulimi kombineret med BED eller ortoreksi (jfr. tabel A-B, bilag 2).

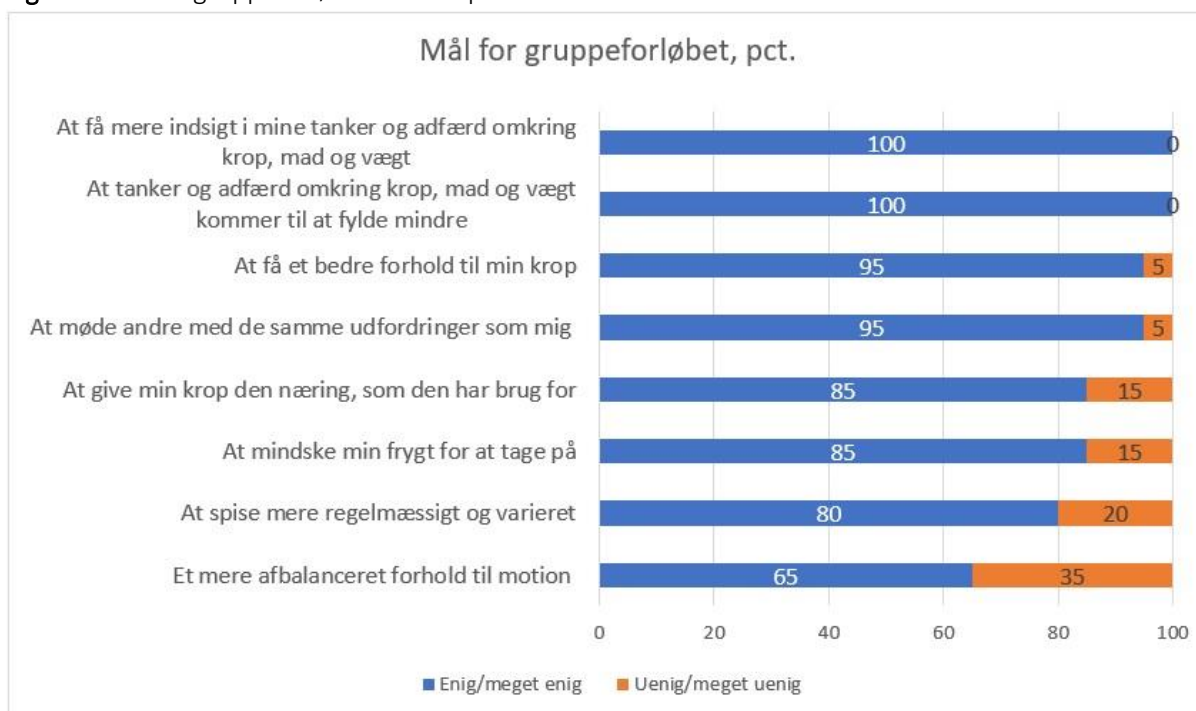
Anden behandling og psykiske lidelser

45 % af deltagerne har været i behandling for deres spiseforstyrrelse inden gruppeforløbet i LMS, hvoraf 56 % afsluttede behandlingen for mindst 3 år siden (jfr. tabel C-D, bilag 2). 40 % af deltagerne har modtaget psykiatrisk behandling for deres spiseforstyrrelse. I alt 25 % har andre psykiske lidelser foruden spiseforstyrrelse. Disse omfatter angst, depression, bipolar lidelse, selvskade og selvmordstanker (jfr. tabel E-G, bilag 2).

Motivation og ønsket udbytte

I førskemaet er deltagerne blevet spurgt, hvorfor de har valgt at deltage i gruppeforløbet (jfr. tabel H, bilag 2). De hyppigste svar er, at de har svært ved at håndtere spiseforstyrrelsen på egen hånd (100 %); at de er bekymrede for, at symptomerne udvikler sig og bliver værre (100 %); og at krop, mad og vægt fylder for meget i deres tanker og/eller handlinger til daglig (95 %). Deltagerne er desuden blevet bedt om at angive deres mål for gruppeforløbet. Det ses i figur 2, at deltagerne især håber, at tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt kommer til at fylde mindre (100 %); at få mere indsigt i egne tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt (100 %) og at få et bedre forhold til deres krop (95 %).

Figur 2: Mål for gruppeforløbet inden opstart



Note: n = 20.

5.2. SPISEFORSTYRRELESSYMTOMER

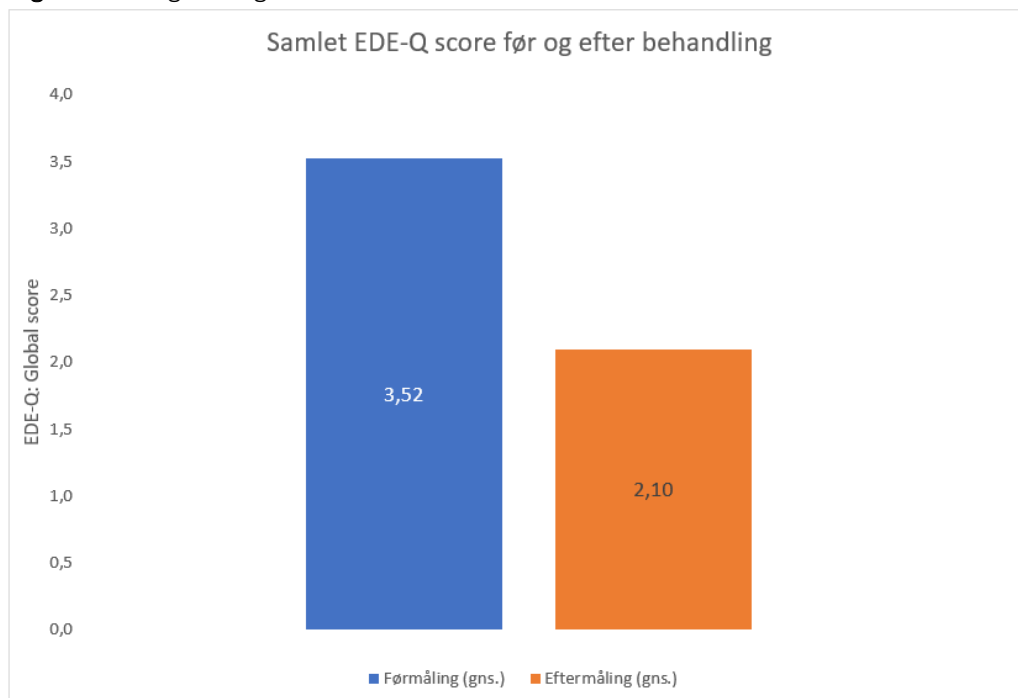
Dette afsnit beskriver udviklingen i deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer fra før- til eftermålingen. Symptomerne er målt med *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), der består af en global skala og fire underskalaer, som indfanger forskellige aspekter ved psykopatologien for spiseforstyrrelser: *restriktion*, *spisebekymring*, *figurbekymring* og *vægtbekymring*. Respondenter opnår en gennemsnitsscore mellem 0-6 på hver skala. Jo højere score, desto mere alvorlige er symptomerne.

Tabel 1 viser deltagernes gennemsnitlige før- og efterscore på den globale EDE-Q skala og de fire underskalaer. Der ses en statistisk signifikant reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer og stor behandlingseffekt på samtlige skalaer. Den største forbedring ses på restriktion og spisebekymring, mens figur- og særligt vægtbekymring reduceres mindre. Dette beskrives nærmere i det følgende.

Deltagernes globale EDE-Q score

Inden behandling var deltagernes gennemsnitsscore på den globale EDE-Q skala 3,52. Efter behandling var denne faldet til 2,10 (se figur 3). Dette er et fald på 41 %. En parret t-test viser, at forskellen er statistisk signifikant ($t = 6,3860$ og $p < 0,001$). For at vurdere, om forbedringen også er klinisk relevant, er Cohen's d blevet brugt til at udregne en effektstørrelse på 1,30. Dette indikerer en stor behandlingseffekt.

Figur 3: Deltagernes globale EDE-Q score



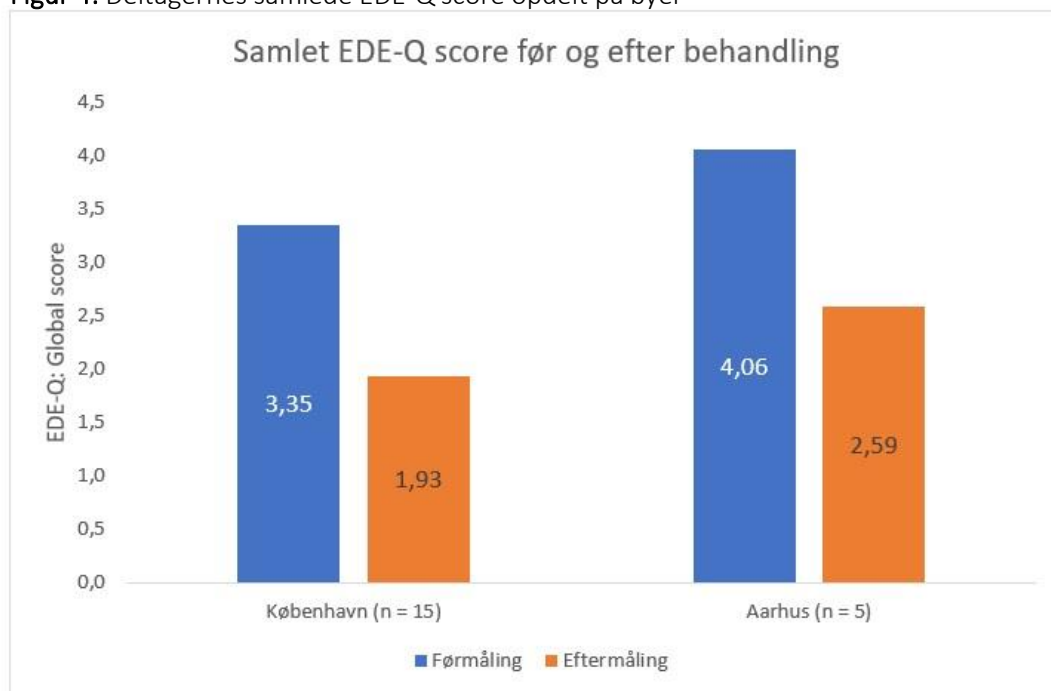
Note: $n = 20$. Forskel $-1,43$. $t = 6,3860$ og $p < 0,001$

Et norsk studie finder en gennemsnitlig global EDE-Q score på henholdsvis 4,00 hos patienter og på 1,25 hos en rask kontrolgruppe. De fastsætter en optimal grænseværdi på 2,50 til at skelne imellem syge og raske personer (varierende fra 2,09 ved anoreksi til 2,62 ved bulimi.).⁶ På baggrund af denne grænseværdi fremgår det, at deltagerne i gennemsnit var "syge" ved behandlingsopstart (3,5 > 2,5) og "raske" efter endt forløb (2,1 < 2,5). De udviser dog stadig flere spiseforstyrrelsessymptomer end gennemsnittet hos en rask kontrolgruppe.

Deltagernes samlede gennemsnitsscore dækker over individuelle forskelle. Figur 5 viser, at 19 deltagere (95 %) har reduceret deres spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet, mens en enkelt deltager (nr. 16) har oplevet en forværring i symptomer. 18 deltagere (90 %) falder i kategorien "syge" (global EDE-Q \geq 2,5) inden behandling, hvilket kun gælder 6 deltagere (30 %) efter endt behandling, hvor 14 deltagere (70 %) altså falder i kategorien "raske".

Der er geografiske forskelle i sværhedsgraden af deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer. Det ses i figur 4, at deltagerne i Aarhus har en højere global EDE-Q score i førmålingen og eftermålingen, end deltagerne i København. Deltagernes symptomreduktion er dog næsten identisk på tværs af byerne (hhv. -1,47 i Aarhus og -1,41 i København). Dette tyder på, at behandlerne formår at arbejde effektivt med symptomreduktion hos deltagere med forskellige udgangspunkter.

Figur 4: Deltagernes samlede EDE-Q score opdelt på byer



Note: n = 20. Vær opmærksom på, at gennemsnitsscore bygger på meget få deltagere i Aarhus.

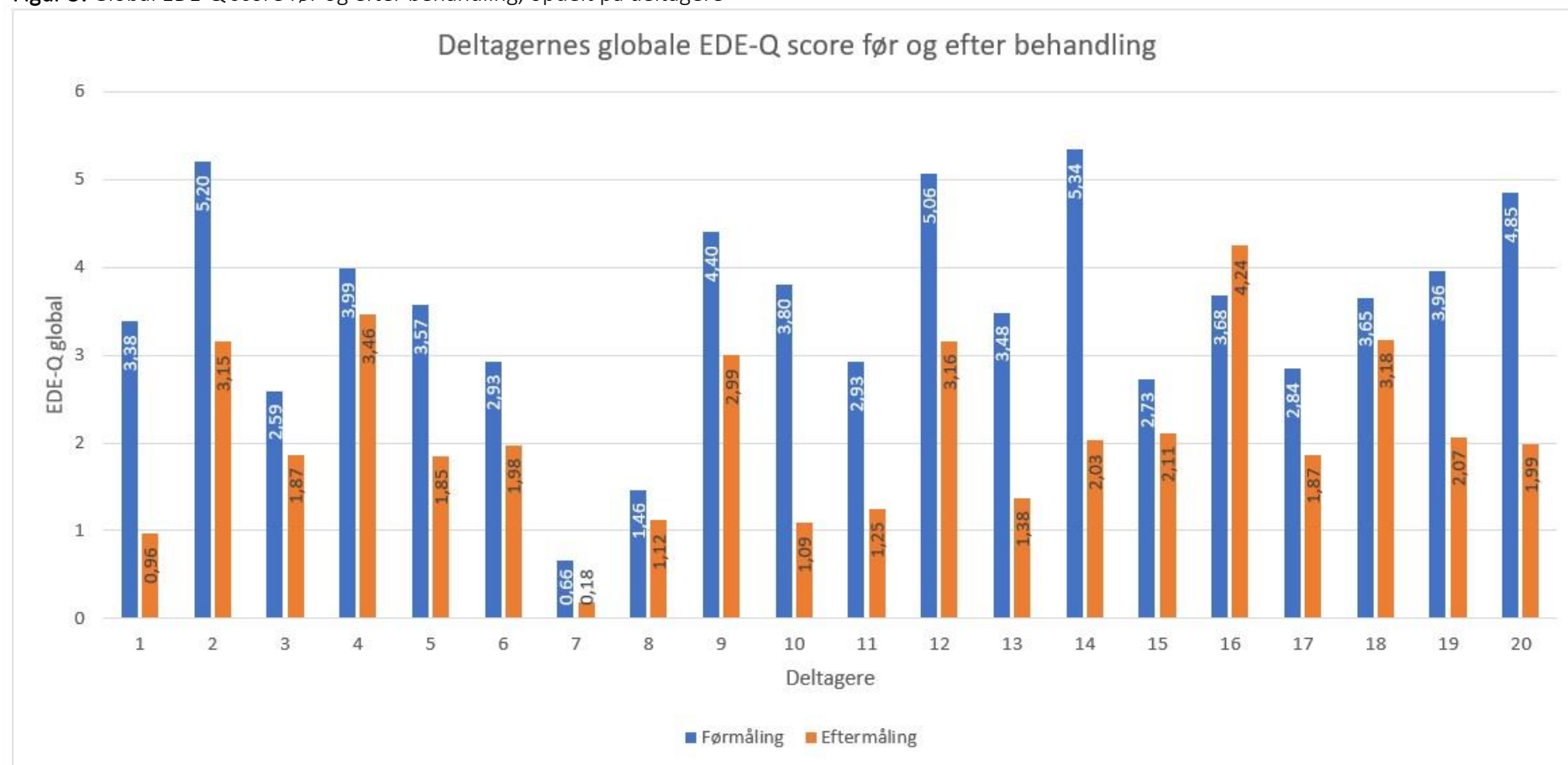
Det kan konkluderes, at der samlet set er sket en stor reduktion i deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet. I det følgende beskrives symptomreduktionen nærmere, idet resultaterne på de fire EDE-Q underskalaer præsenteres.

Tabel 1: Deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer før og efter behandling

	Førmåling			Eftermåling			Forskel			Parret t-test
	Gns.	SD	95%	Gns.	SD	95%	Gns.	SD	95%	p-værdi
EDE-Q global	3,524	1,185	2,970-4,079	2,096	1,001	1,627-2,564	1,428	1,000	0,960-1,897	t = 6,3860 p < 0,001
Restriktion	3,230	1,363	2,592-3,868	1,470	1,156	0,929-2,011	1,760	1,409	1,101-2,419	t = 5,5856 p < 0,001
Spisebekymring	3,010	1,469	2,323-3,697	1,610	1,100	1,095-2,125	1,400	1,250	0,815-1,985	t = 5,0094 p < 0,001
Figurbekymring	4,038	1,247	3,454-4,621	2,694	1,302	2,084-3,303	1,344	1,085	0,836-1,852	t = 5,5382 p < 0,001
Vægtbekymring	3,820	1,436	3,148-4,492	2,610	1,305	1,999-3,221	1,210	1,100	0,695-1,725	t = 4,9185 p < 0,001

Note: n = 20.

Figur 5: Global EDE-Q score før og efter behandling, opdelt på deltagere

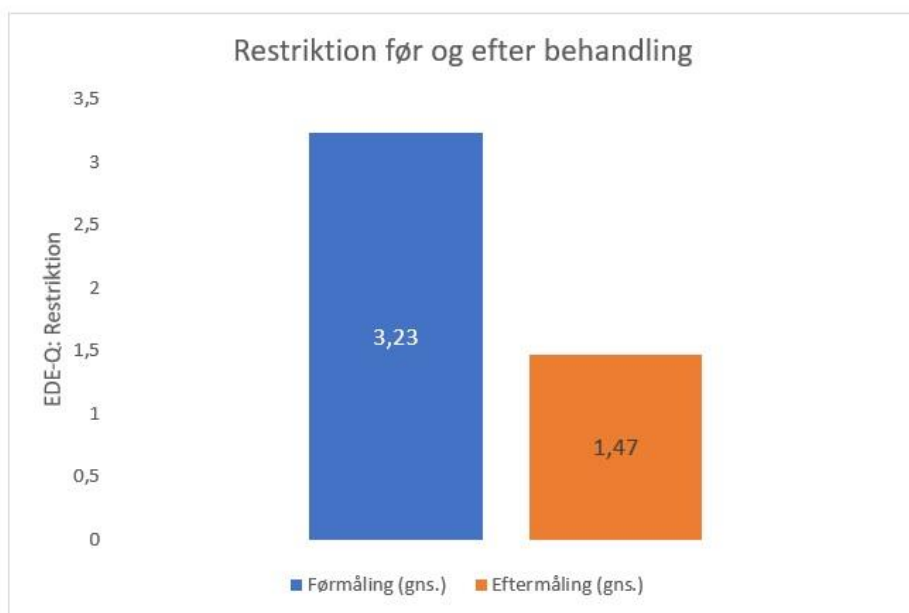


Note: n = 20.

Restriktion

Den største symptomreduktion ses på underskalaen *restriktion*, der overordnet måler, i hvilken grad en person begrænser sin spising. Det ses i figur 6, at deltagernes gennemsnitsscore var 3,23 ved førmålingen og 1,47 ved eftermålingen. Det er et fald på 54 %. Forskellen er statistisk signifikant ($t = 5,5856$, $p < 0,001$), og effekten er stor (Cohen's $d = 1,39$).

Figur 6: Restriktion før og efter behandling



”Jeg spiser kulhydrater og andre madvarer, som før har været no-go, fordi de triggede noget i mig. Jeg spiser mere mekanisk og har oplevet, hvordan det også hjælper til at afbalancere mit følelsesliv.”

Note: $n = 20$. Forskel $-1,76$. $t = 5,5856$, $p < 0,001$. Cohens $d = 1,39$.

Figur A i bilag 2 viser, at 18 deltagere (90 %) er mindre restriktive efter behandling. To deltagere (10 %) har oplevet en forværring, men hos den ene er ændringen meget lille. Flere giver udtryk for, at de er blevet mindre restriktive som følge af behandlingen, bl.a. tillader de sig at spise fødevarer, som før var ”forbudte”. De begrundes især forandringen med, at de har fået redskaber til mere hensigtsmæssige måder at håndtere svære følelser og situationer.

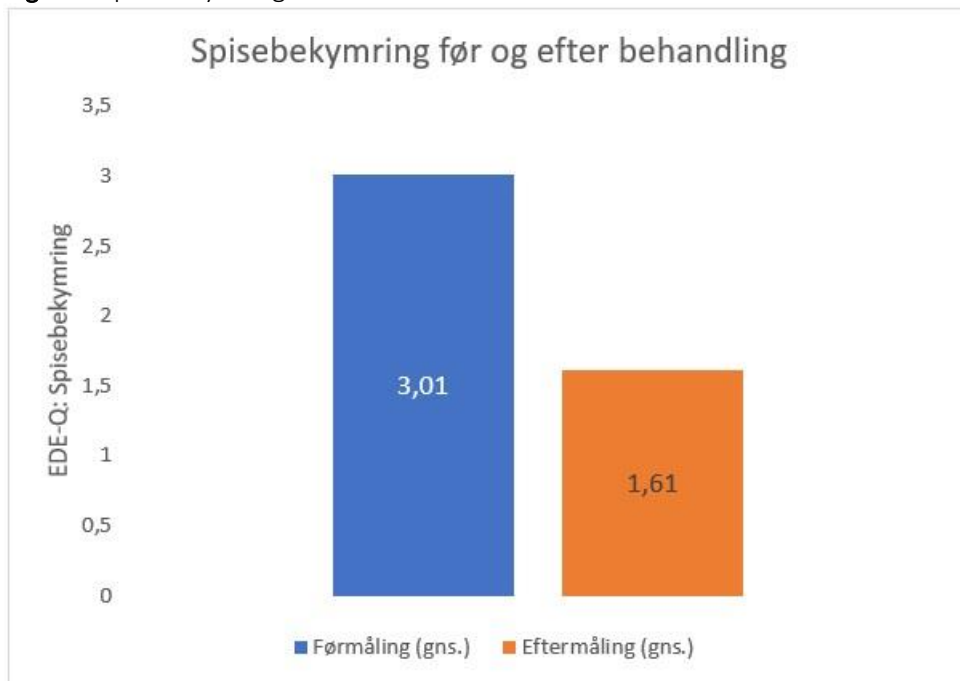
”Jeg har fået andre værktøjer til at håndtere svære følelser end overspisning/opkast, lange faste eller meget træning.”

”Jeg har fået redskaber til at skabe rammer for mit liv, der ikke tillader restriktiv spising eller overtræning, og jeg har fået hjælp til at forstå, at jeg må leve under de rammer de næste mange år – og det er helt okay. Det har været sidste skub for mig til at leve uden den spiseforstyrrelse, jeg ellers har levet med hele mit ungdoms- og voksenliv.”

Spisebekymring

Underskalaen *spisebekymring* vurderer en persons ubehag ved at spise. Inden behandling var deltagerenes gennemsnitsscore på *spisebekymring* 3,01. Efter behandling var denne faldet til 1,61 (jfr. figur 7). Dette er et fald på 47 %. Forskellen er statistisk signifikant ($t = 5,0094$, $p < 0,001$), og effekten er stor (Cohen's $d = 1,08$).

Figur 7: Spisebekymring



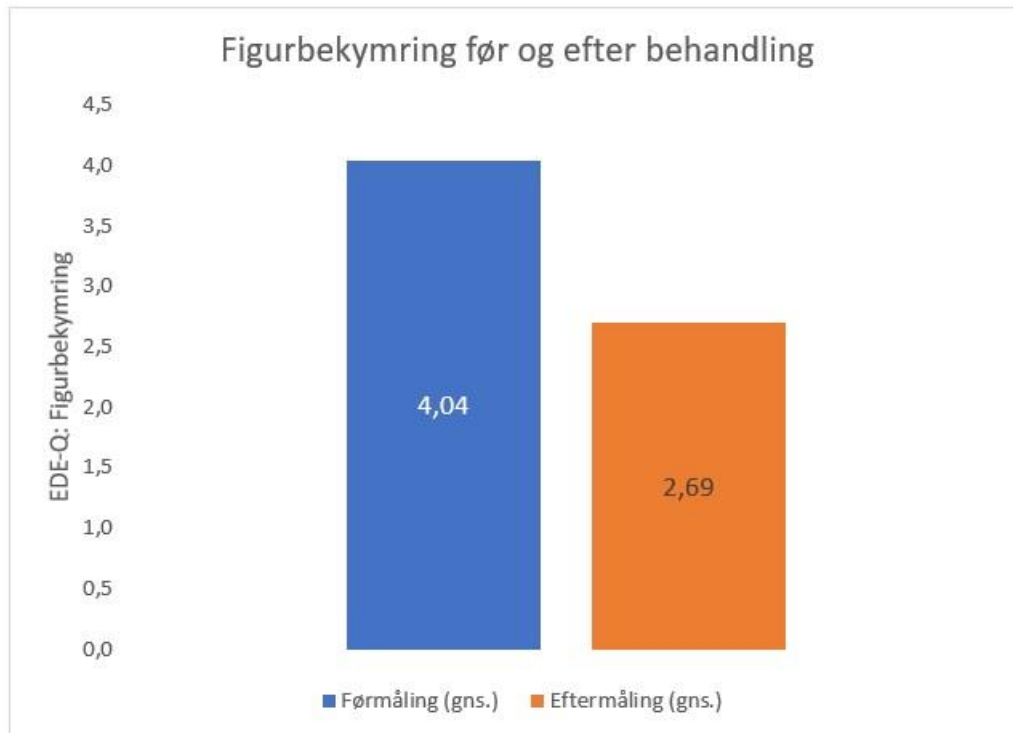
Note: $n = 20$. Forskel -1,40, $t = 5,0094$, $p < 0,001$.

Det fremgår af figur B i bilag 2, at 16 deltagere (80 %) har reduceret deres spisebekymring under behandlingsforløbet, to oplever uændret spisebekymring, mens to har oplevet en mindre forværring.

Figurbekymring

Underskalaen *figurbekymring* undersøger en persons optagethed af og utilfredshed med egen krop. Figur 8 viser, at deltagernes gennemsnitsscore er faldet fra 4,04 ved førmålingen til 2,69 ved eftermålingen. Dette er et fald på 33 %. Forskellen er statistisk signifikant ($t = 5,5382$, $p < 0,001$), og effekten er stor (Cohen's $d = 1,05$).

Figur 8: Deltagernes figurbekymring



Note: $n = 20$. Forskel $-1,34$, $t = 5,5382$, $p < 0,001$.

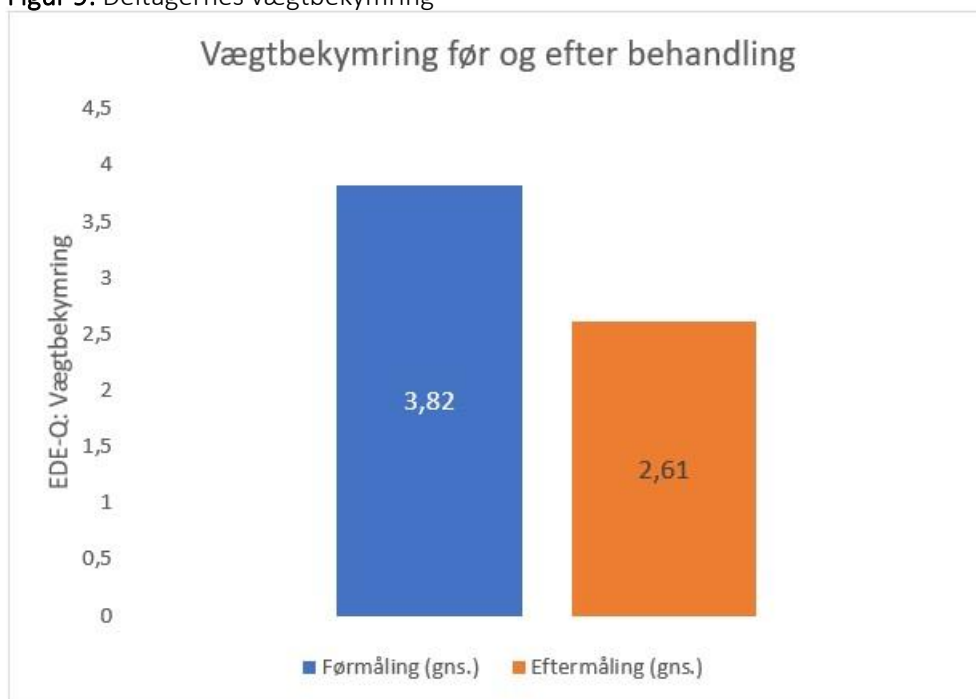
Figur C i bilag 2 viser, at 19 deltagere (95 %) har reduceret deres figurbekymring under behandlingsforløbet, hvilket kan afspejle en større kroppsaccept. En enkelt deltager har oplevet en forværring.

”Jeg øver mig i at være blød og feminin i stedet for kun at være stærk og fighter. Jeg snakker sødt og pænt til min bløde mave, min hage, mine vinger på ryggen og mine lår.”

Vægtbekymring

Underskalaen *vægtbekymring* måler en persons utilfredshed med og optagethed af vægt. Figur 9 viser, at deltageres gennemsnitsscore på *vægtbekymring* er faldet fra 3,82 ved førmålingen til 2,61 ved eftermålingen. Dette er et fald på 32 %. Forskellen er statistisk signifikant ($t = 4,9185$, $p < 0,001$), og der er tale om en stor effekt (Cohen's $d = 0,88$). Sammenlignes resultaterne på de fire subskalaer i EDE-Q, opnås mindre symptomreduktion på vægtbekymring (-1,21 point) og figurbekymring (-1,34) end på spisebekymring (-1,40) og restriktion (-1,76). Figur D i bilag 2 viser, at 18 deltagere oplever mindre vægtbekymring efter behandling, mens to deltagere har oplevet en forværring.

Figur 9: Deltageres vægtbekymring



"Min frygt for kulhydrater er blevet mindre, og mit fokus er ændret fra, at alting handler om at tabe mig, til at handle om at holde mit blodsukker stabilt, så jeg ikke får overspisninger."

Note: $n = 20$. Forskel: -1,21, $t = 4,9185$, $p < 0,001$.

Det er formentlig deltageres reducerede vægtbekymring, der kommer til udtryk i deres ønskevægt før og efter behandling. Tabel 2 viser, at deres gennemsnitlige ønskevægt er steget på fornuftsplan og særligt på følelsesplan, hvilket tyder på en øget kropstilfredshed. Deres gennemsnitlige BMI er stort set uændret fra førmålingen (22,07) til eftermålingen (22,35) og kan ikke forklare den reducerede vægtbekymring. I førmålingen varierede deltageres BMI fra 18,16-31,02 (80 % var normalvægtige, 10 % var undervægtige, mens 10 % var overvægtige). Ved afslutning var deres BMI mellem 18,01-32,00 (75 % var normalvægtige, mens 15 % var undervægtige og 10 % var overvægtige), jfr. figur I i bilag 2.

Tabel 2: Deltageres ønskevægt baseret på fornuft og følelser

Ønskevægt i kilo	Fornuftsmæssig		Følelsesmæssig	
	Gennemsnit	Min-max	Gennemsnit	Min-max
Førmåling	60,99	45 ; 81	56,31	45 ; 72
Eftermåling	62,65	49 ; 82	59,25	49 ; 74

Note: $n = 20$.

Selvoplevet udbytte

Figur 10 viser deltageres selvoplevede udbytte af gruppeforløbet. Det ses, at deltagerne på samtlige parametre oplever en forbedring i forhold til deres spiseforstyrrelse. Deltagerne oplever især, at de har mødt andre med de samme udfordringer (100 %), og at de har fået mere indsigt i deres tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt (100 %). Sidstnævnte lå i top tre over deltageres mål for gruppeforløbet inden opstart (figur 2, afsnit 5.1).

Derudover tyder resultaterne på, at deltagerne har profiteret af mekanisk spisning i behandlingen, da de spiser mere regelmæssigt og varieret (90 %) samt giver deres krop den nødvendige næring (95 %). I fortolkningen af disse resultater er det dog vigtigt at huske, at de bygger på deltageres egne vurderinger. Størstedelen oplever også, at tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt fylder mindre for dem (85 %), samt at de har fået et bedre forhold til deres krop (80 %). Disse lå også i top tre over deltageres mål for gruppeforløbet inden opstart.

En stor del har desuden fået et mere afbalanceret forhold til motion (75 %), men kun 65 % havde dette som et mål for gruppeforløbet inden opstart (figur 2, afsnit 5.1). En mulig forklaring kan være, at ikke alle med en spiseforstyrrelse udøver tvangsmotion. Det ses i figur 10, at færrest erklærer sig enige i, at de er blevet mindre bange for at tage på (60 %). Dette stemmer godt overens med, at den mindste forbedring målt med EDE-Q ses på underskalaen vægtbekymring.

Figur 10: Selvoplevet udbytte



Note: n = 20. Figuren viser procentdelen, der har svaret 'enig' eller 'meget enig'.

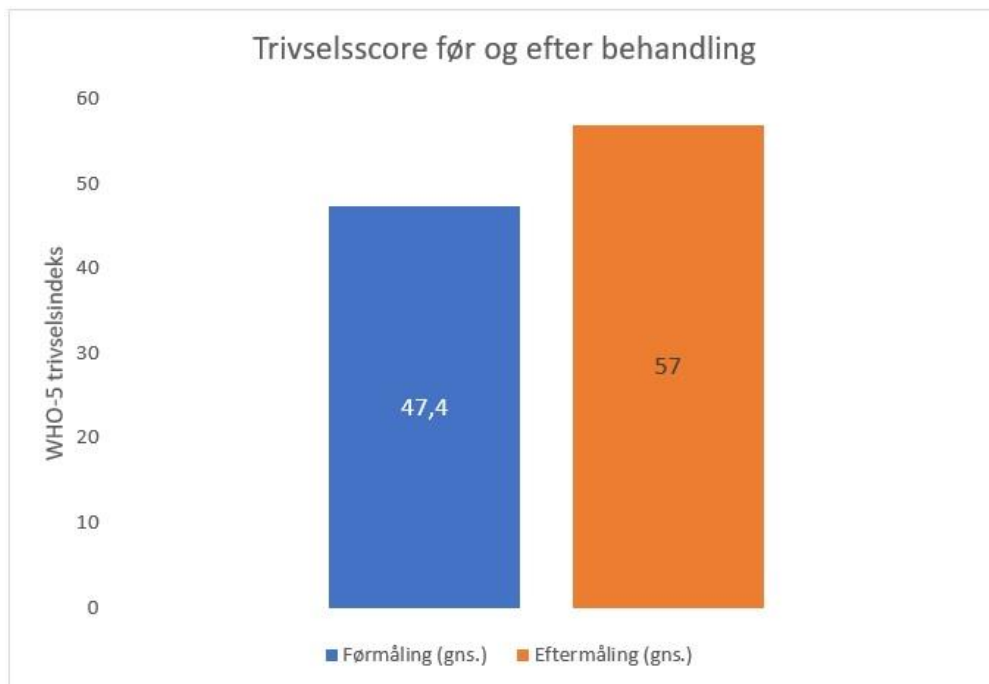
5.3. DELTAGERNES TRIVSEL

Dette afsnit beskriver udviklingen i deltagernes trivsel fra førmålingen til eftermålingen. Trivsel måles ved brug af WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen. På begge skalaer indikerer en højere score større trivsel.

WHO-5 trivselsindeks

Deltagernes individuelle scores på WHO-5 trivselsindeks varierer fra 8-76 ved førmålingen og fra 20-80 ved eftermålingen. Både nedre og øvre grænse er således hævet. Figur 11 viser deltagernes globale gennemsnitscore på WHO-5 trivselsindeks. Det ses, at deltagernes trivselsscore er steget fra 47,4 ved førmålingen til 57 ved eftermålingen, hvilket er en forbedring på 20 %. Dette betyder, at den gennemsnitlige deltager går fra at befinde sig i risikogruppen for depression og stressbelastning til at ligge over grænseværdien på 50, hvor der ikke længere vurderes at være en risiko. Forskellen er statistisk signifikant ($t = -3,0532$, $p < 0,01$), og effekten er moderat (Cohen's $d = -0,52$). Gennemsnittet for deltagernes trivsel er dog fortsat lavere end for befolkningen som helhed, hvor kvinder scorer 67 pointtal i gennemsnit.⁷

Figur 11: Deltagernes trivsel før og efter behandling

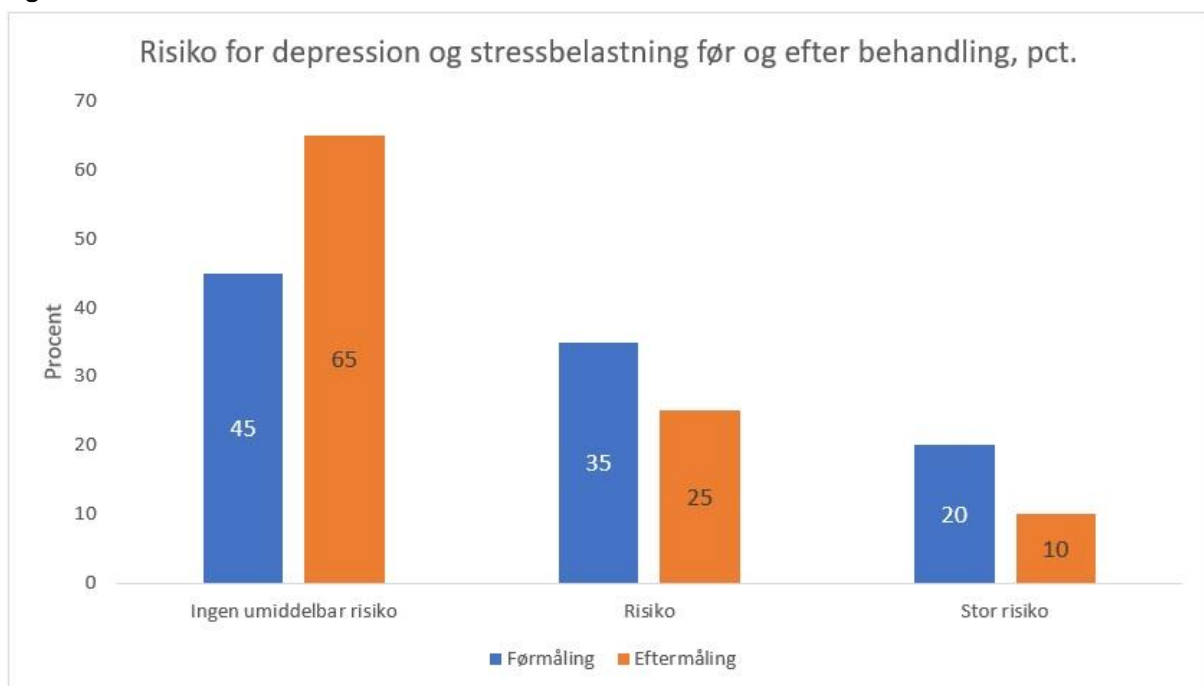


Note: $n = 20$. Forskel: 9,6. $t = -3,0532$, $p < 0,01$. Cohen's $d = -0,52$.

I kliniske indsatser anses en forøgelse eller forringelse på 10 pointtal for at være så stor en forskel, at den kan tilskrives indsatsen.⁸ Deltagerne i evalueringen har i gennemsnit oplevet en stigning på 9,6 pointtal (jfr. figur 11). Dette dækker dog over store individuelle forskelle. Det fremgår af figur 13, at ni deltagere har opnået en forøgelse ≥ 10 pointtal, mens én deltager har opnået en forringelse ≥ 10 pointtal. Dermed har næsten halvdelen af deltagerne opnået en forbedring i trivsel, der er så stor, at den forventes at kunne tilskrives indsatsen. Forskellen varierer fra -12 point (nr. 14) til +48 point (nr. 11). Det ses i figur 12, at 55 % af deltagerne var i risiko for depression og stressbelastning ved førmålingen, mens 35 % befinder sig i risikogruppen efter endt behandling.

”Jeg er blevet mødt og taget seriøst og er blevet meget bedre til at forstå spiseforstyrrelsen, og hvordan jeg kan handle imod den. Det har hjulpet på mange plan og har hjulpet mig med at komme videre i mit liv.”

Figur 12: WHO-5 trivselsintervaller



Note: n = 20. Risikoen for depression og stressbelastning er målt med WHO-5 trivselsindeks. *Stor risiko:* 0-35 point. *Risiko:* 36-50. *Ingen umiddelbar risiko:* 51-100 point.

Tabel 3 viser, at den største forbedring er opnået på udsagnet "... har jeg følt mig rolig og afslappet." Dette harmonerer godt med resultaterne i afsnit 5.4 om følelsesregulering, hvor flere deltagere beskriver, at behandlingsforløbet har givet dem større indsigt i egne følelser og mere ro.

Tabel 3: Deltagernes gennemsnitscore på WHO-5 trivselsindeks

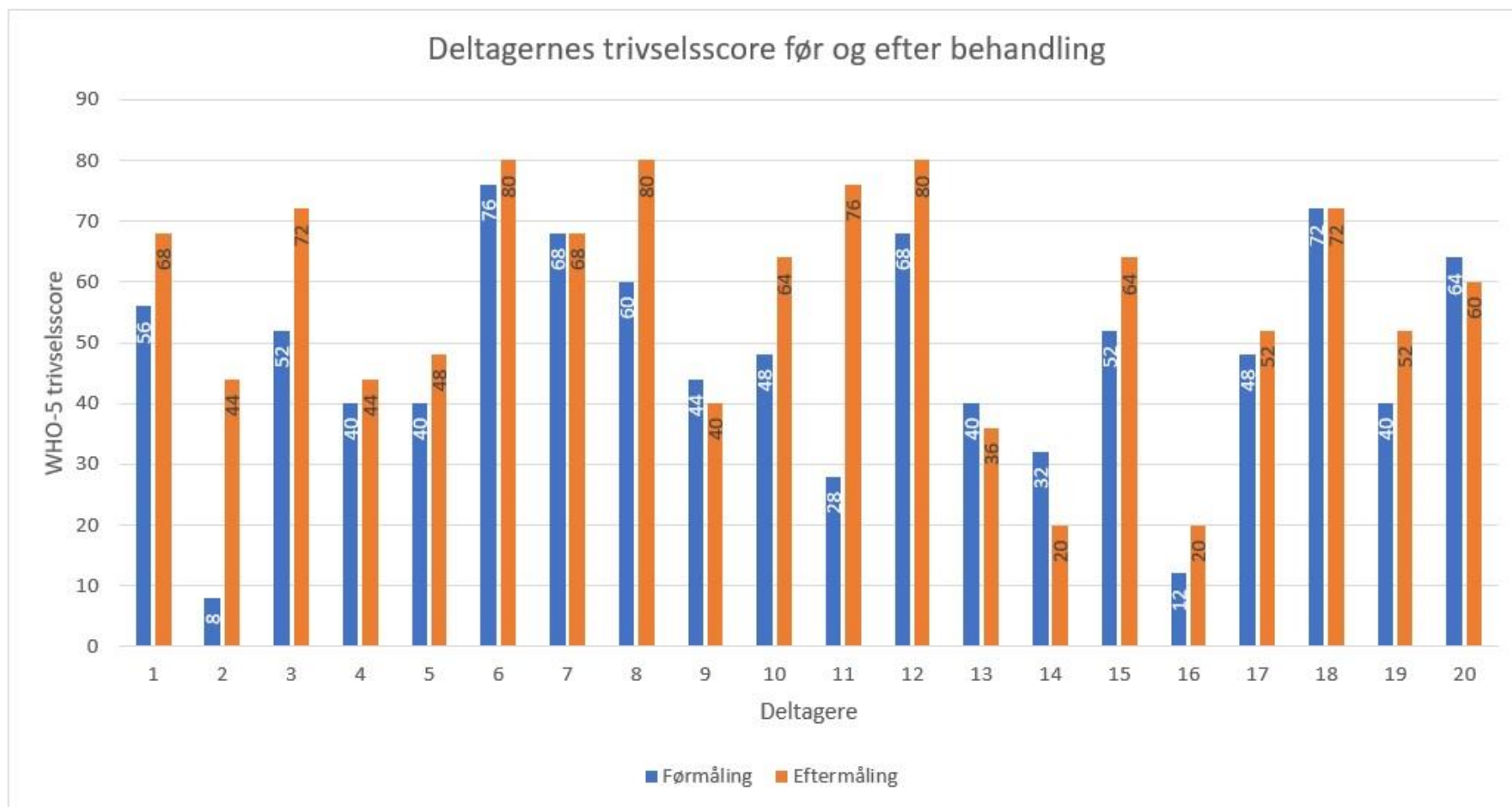
I de sidste to uger...	Førmåling	Eftermåling	Stigning i procent
... har jeg været glad og i godt humør	2,55	3,1	22
... har jeg følt mig rolig og afslappet	1,9	2,55	34
... har jeg følt mig aktiv og energisk	2,6	2,9	12
... er jeg vågnet frisk og udhvilet	1,95	2,4	23
... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	2,85	3,3	16
Global score	47,4	57	20

Note: n = 20.

Flere deltagere giver udtryk for, at de har fået redskaber til at håndtere og kæmpe imod spiseforstyrrelsen i hverdagen, hvilket kan resultere i større trivsel og livskvalitet.

"Gruppeforløbet har været afgørende for, at min hverdag hænger sammen, som den gør nu. Jeg har fået en større ro omkring spiseforstyrrelsen. Jeg ved, at den er der af en grund, og at den ikke behøver at blive ved med at være der. Det har gjort det lettere at få den på afstand og kæmpe imod. Det har jeg også fået værktøjer til, og det er rart at have noget at gribe til, når det bliver svært."

Figur 13: WHO-5 trivselsscore



Note: n = 20.

Cantril-stigen

Udviklingen i trivsel er også blevet målt med Cantril-stigen, idet deltagerne har vurderet deres *aktuelle* livssituation samt deres forventede livssituation *om fem år* på en skala fra 0 (det værste mulige liv) til 10 (det bedst mulige liv). Tabel 4 viser, at deres gennemsnit på den aktuelle stige er steget fra 4,7 ved førmålingen til 6,15 ved eftermålingen, hvilket er en statistisk signifikant forskel ($t = -3,2222$, $p < 0,01$) og stor effekt (Cohen's $d = -0,81$). 14 deltagere vurderer deres aktuelle livssituation mere positivt efter endt behandling (jfr. figur E, bilag 2). På den fremtidige stige er ændringen statistisk insignifikant.

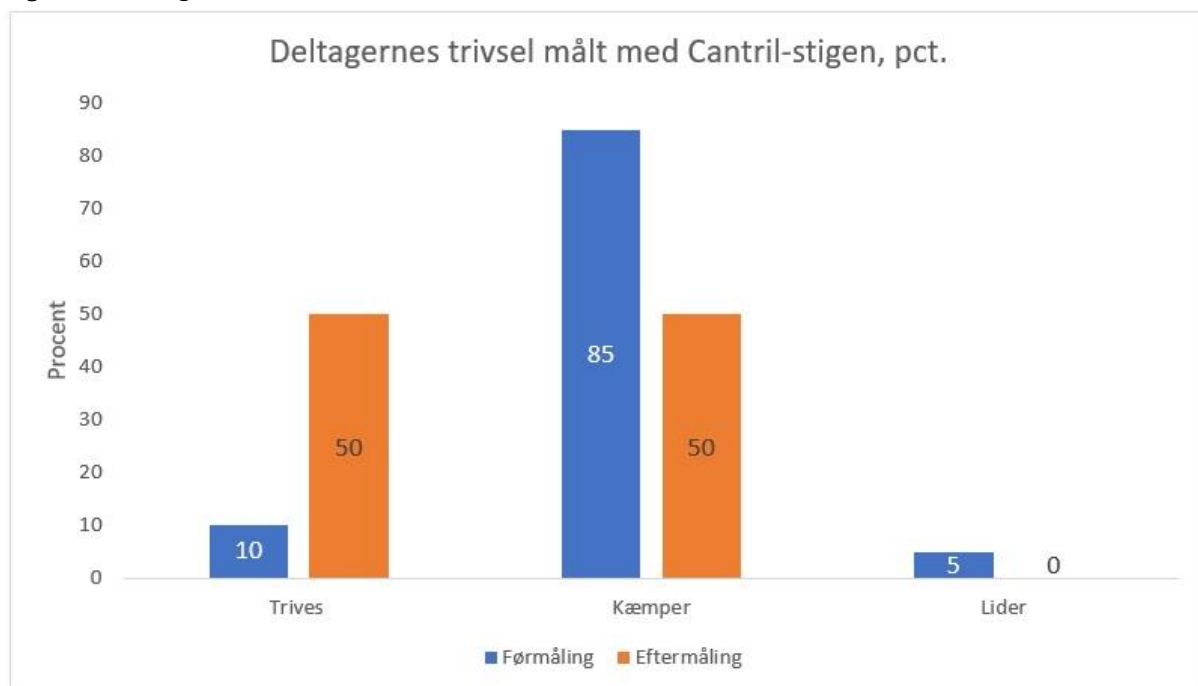
Tabel 4: Vurdering af livssituation før og efter behandling, gns.

Cantril-stigen	Førmåling	Eftermåling	Stigning i procent
Vurdering af aktuel livssituation	4,7	6,15	31
Forventet livssituation om fem år	7,95	8,4	6

Note: $n = 20$. Aktuel stige: $t = -3,2222$, $p < 0,01$. Fremtidig stige: $t = -1,0721$, $p =$ insignifikant.

Figur 14 kategoriserer deltagerne ud fra en samlet vurdering på begge Cantril-stiger. I førmålingen kæmper 85 %, mens 10 % trives og 5 % lider. Efter behandlingen trives 50 %, mens resten kæmper.

Figur 14: Deltagernes trivsel



Note: $n = 20$. Deltagernes pointscores på Cantril-stigerne vurderes efter følgende fortolkningsnøgle: *Trives*: Aktuel livssituation vurderes mellem 7-10, fremtidig livssituation 8-10. *Kæmper*: Respondenterne hverken trives eller lider. *Lider*: Både aktuel og fremtidig livssituation vurderes mellem 0-4.

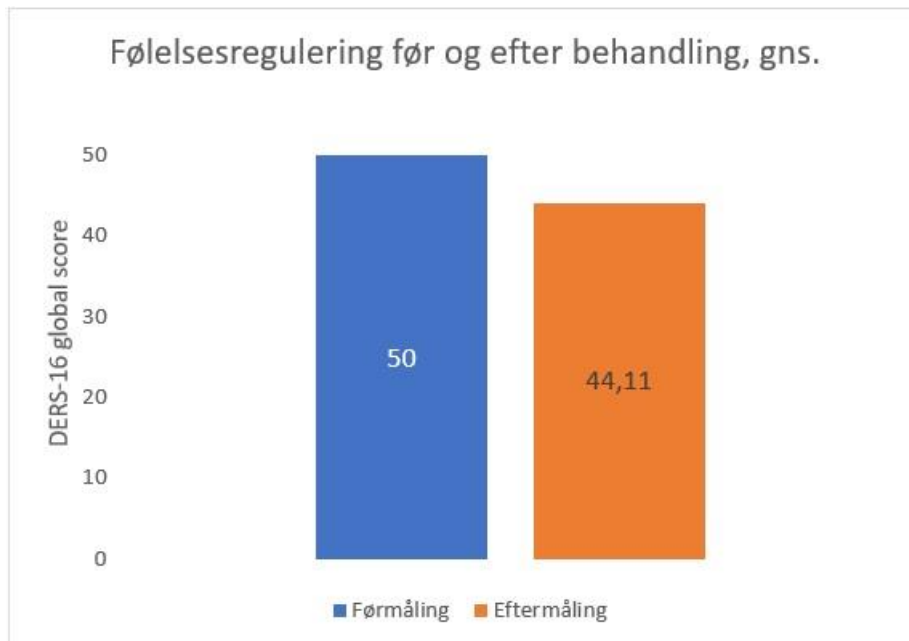
5.4. FØLELSESRREGULERING

Følelsesregulering kan forstås som bevidsthed om, forståelse for og accept af egne følelser, evnen til at undgå uhensigtsmæssig opførsel ved følelsesmæssig ophidselse, samt evnen til at bruge fleksible tilpasningsstrategier for at nå sine mål.⁹ Anoreksi og bulimi kan være mestringsstrategier til at håndtere svære følelser. Derfor bruges *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-16) til at belyse, om behandlingen påvirker deltagernes evne til følelsesregulering. Resultaterne kan kun give forsigtige og foreløbige indikationer, da datagrundlaget aktuelt er meget småt (n = 9). Det skyldes, at DERS-16 først blev tilføjet i før- og efterskemaet, da de første to gruppeforløb var godt i gang.

Samlet evne til følelsesregulering

Den globale score på DERS-16 kan variere fra 16 til 80, hvor højere pointscore afspejler større vanskeligheder ved følelsesregulering. Det ses i figur 15, at deltagernes gennemsnitlige score på DERS-16 er 50 ved førmålingen og 44,11 ved eftermålingen. I gennemsnit har deltagerne således opnået en forbedring på 5,89 pointtal. Det fremgår af figur 17, at syv ud af ni deltagere har reduceret deres vanskeligheder ved følelsesregulering, mens scoren er uændret for én og steget for en anden.

Figur 15: Vanskeligheder ved følelsesregulering før og efter behandling



Note: n = 9.

Forskning viser, at personer med spiseforstyrrelser rapporterer større vanskeligheder ved følelsesregulering end en rask kontrolgruppe.¹⁰ Målt med DERS-36 finder et studie en gennemsnitlig global score på 69,68 i kontrolgruppen, mens gruppen med spiseforstyrrelser har en global score på hhv. 108,97 (anorektisk restriktiv-type), 119,18 (anorektisk binge-type) samt 116,62 (bulimi).¹¹ Her er det vigtigt at have for øje, at den samlede pointscore i DERS-36 går fra 36-180 point, mens pointscoren kun går fra 16-80 i DERS-16, der anvendes i denne evaluering.

Fem dimensioner af følelsesregulering

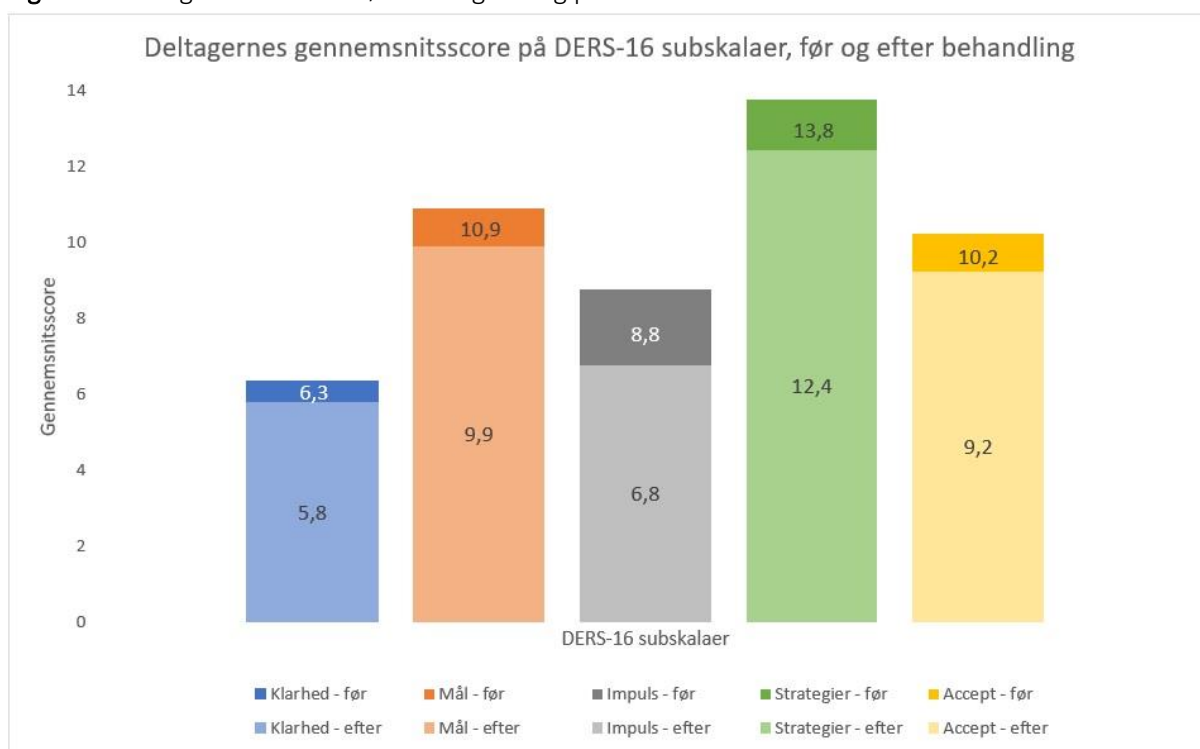
DERS-16 indeholder fem underskalaer, som indfanger vanskeligheder ved følelsesregulering på forskellige dimensioner: *klarhed*, *mål*, *impuls*, *strategier* og *manglende accept*. Alle skalaer er scoret således, at højere pointtal afspejler større vanskeligheder ved følelsesregulering. Figur 16 viser, at deltageres gennemsnitlige efterscore er lavere end deres gennemsnitlige førscore på alle fem dimensioner, hvilket indikerer færre udfordringer med følelsesregulering.

Den største forbedring ses på skalaen, der måler

impulskontrol. Der er dog generelt tale om relativt små forskelle og et meget begrænset datagrundlag, hvorfor der ikke er foretaget yderligere statistiske analyser.

”Jeg har fået andre værktøjer til at håndtere svære følelser end overspisning/opkast, lange faste eller meget træning. I stedet får jeg sagt fra i mine relationer, jeg er blevet bedre til at tale om mine følelser, og mit private jeg er ikke så forskelligt fra mit offentlige jeg.”

Figur 16: Deltageres evne til følelsesregulering på fem dimensioner



Note: n = 9.

I fritekstbesvarelserne giver mange deltagere udtryk for, at de som følge af behandlingsforløbet er kommet mere i kontakt med deres egne følelser og har opnået en større selvindsigt. Derfor oplever deltagerne blandt andet en større ro og balance. Flere deltagere beskriver også, at de i kraft af den større selvindsigt og kontakt til egne følelser er blevet bedre til at sige fra, sætte grænser og stå ved sig selv i samvær med andre.

"Jeg er blevet god til at sige fra, og jeg har lært mig selv bedre at kende. Jeg er kommet bedre i kontakt med mit følelsesregister, og jeg er generelt blevet mere rolig, både i tanker og handling."

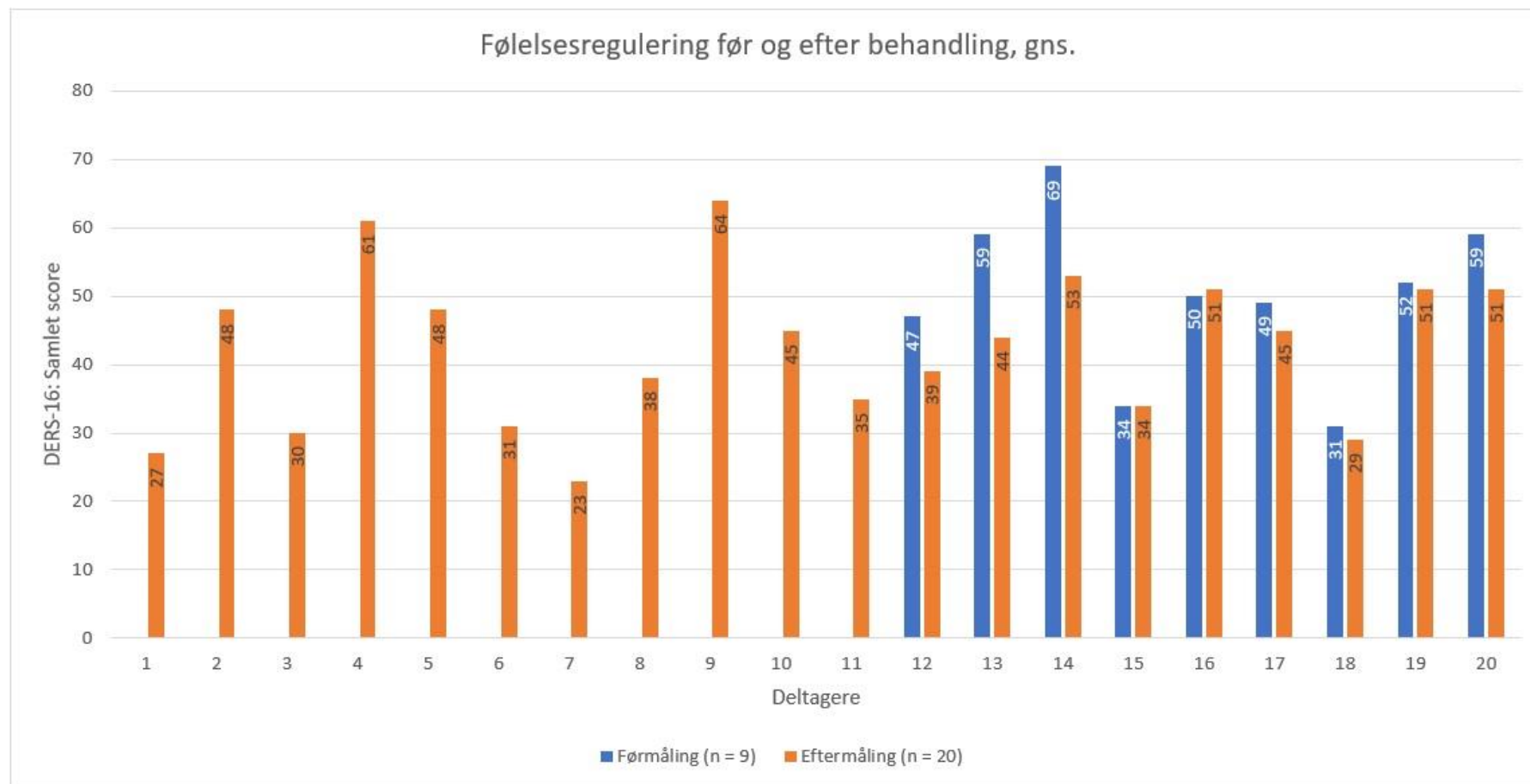
"Jeg føler, at mit kendskab til mig selv og mine følelser er styrket. Jeg har en følelse af, at jeg er blevet en stærkere person med min egen stemme, som er lige så meget værd som andres!"

Mange udtrykker en erkendelse af, at spiseforstyrrelsen hidtil har hjulpet dem med at håndtere svære følelser. De beskriver, at de igennem behandlingen er blevet bedre til at acceptere, rumme og håndtere svære følelser hos sig selv. Deltagerne giver udtryk for, at de kan bruge den øgede selvindsigt til at stå op imod spiseforstyrrelsen. Derudover giver flere udtryk for, at behandlingen både har styrket deres tillid og mod, når det handler om at rumme svære følelser, men også ved vise sårbarhed og lade andre komme tæt på.

"Jeg har fået en meget bedre forståelse af mine følelser, og hvorfor netop en spiseforstyrrelse har givet mening for mig til at håndtere disse. Jeg har også fået større kendskab til, hvordan man ellers kan håndtere følelser, og at det også er vigtigt at anerkende, at de er der. Det er rigtig godt at kunne se en sammenhæng mellem de ting, der gør en ked af det."

"Jeg har øvet mig i at være sårbar og lukke de andre gruppe-medlemmer ind i min sorg. Jeg har desuden lært at turde gå mere ind i min sorg og rumme den, når den kommer, i stedet for at kæmpe imod den og andre ubehagelige følelser."

Figur 17: Følelsesregulering før og efter behandling



5.5. VIRKSOMME MEKANISMER

Som beskrevet i afsnit 5.2 oplever deltagerne en reduktion i spiseforstyrrelsessymptomer under forløbet. Dette afsnit belyser, hvad der ifølge deltagerne får behandlingen til at virke.

Genkendelse under bevidninger

Mange deltagere fremhæver, at gruppefællesskabet har været afgørende for deres udbytte af behandlingen.

Flere tilføjer, at de aldrig ville være nået så langt på egen hånd eller med individuel terapi. De virksomme mekanismer synes især at være den genkendelse og selvindsigt, der opnås igennem bevidningerne. Igennem de andres fortællinger får deltagerne en bedre

forståelse af sig selv og egen situation. Flere deltagere beskriver, at dette har bidraget til større selvaccept og mindre selvhad, fordi de i højere grad møder sig selv med samme empati og tilgivelse, som de møder andre mennesker med. For flere har det også stor betydning at møde andre i samme situation, fordi de føler sig forstået og mindre alene i deres kamp mod spiseforstyrrelsen. I den forstand udgør gruppen et støttende netværk af ligesindede. Når deltagerne udveksler tanker og erfaringer, får de nye perspektiver på tingene, som blandt andet kan indgyde håb.

"Jeg har fået indsigt i mange ting om mit liv og min adfærd (...). Det at gå i gruppen har hjulpet mig igennem en svær tid og har givet mig forståelse for nogle af de mekanismer, der er i min spiseforstyrrelse igennem de andres fortællinger."

"Jeg har mødt stor genkendelse i de andre gruppemedlemmer, hvilket har været befriende og har medført, at jeg ser med mildere øjne på mig selv, fordi jeg ser med milde øjne på de andres situationer/historier (...). Jeg er blevet mere accepterende over for min egen situation og slår ikke mig selv nær så meget i hovedet længere."

Et trygt terapeutisk rum

Flere deltagere beskriver, at trygheden i gruppen har været afgørende for deres udbytte af forløbet. Når alle i gruppen tør give noget af sig selv og være sårbare og ærlige, bidrager det til et åbent og trygt rum, hvor det er muligt at arbejde med det, der er svært. Trygheden hænger uløseligt sammen med, hvordan deltagerne bliver mødt af behandlerne og de øvrige gruppemedlemmer, når de deler deres oplevelser og tanker.

Flere giver udtryk for, at de har delt smertefulde og i nogle tilfælde traumatiske oplevelser med gruppen, hvor de er blevet mødt med omsorg og forståelse. Dette kan bl.a. bidrage til at udfordre følelser som skyld og skam og indgyde deltagerne tillid og større mod på at vise sårbarhed i sociale relationer. Derudover fremhæver flere deltagere, at behandlerne har mødt dem med oprigtig interesse og stor faglig kompetence.

"Jeg har oplevet stor omsorg og støtte fra min gruppe og gruppelederne, hvilket virkelig har givet mig mod til at undersøge nogle meget hårde og smertefulde ting i forbindelse med min spiseforstyrrelse. Det har været en kæmpe hjælp og har givet mig meget mere mod!"

"I gruppen har pigerne været meget generøse og ærlige, hvilket har givet mig mod på selv at være sårbar og ærlig, ikke mindst over for mig selv. Jeg oplevede en stor samhørighed og en "tribe"-følelse i gruppen; at jeg var beskyttet og accepteret. Det gav mig motivation for at udvikle mig og blive stærk i livet uden at gøre spiseforstyrrelse. Jeg har prøvet alle former for terapi, været på de fleste afdelinger for spiseforstyrrelser, og intet har virket så stærkt på mig som dette behandlingsforløb."

Indsigt og redskaber i kampen mod spiseforstyrrelsen

Flere deltagere skriver, at gruppeforløbet har givet dem større indsigt og nye redskaber i kampen mod spiseforstyrrelsen. De har blandt andet fået indsigt i, hvornår og hvordan spiseforstyrrelsen er opstået, hvilken funktion den tjener, hvilke udtryk den har, hvordan de kan adskille sig fra den og på anden måde stå op imod den. Denne indsigt i egne reaktionsmønstre og spiseforstyrrelsens mange ansigter og leveveje skaber en øget opmærksomhed, der gør det muligt for deltagerne at reagere, når spiseforstyrrelsen melder sig. Nogle deltagere skriver, at de ikke længere har spiseforstyrrelsessymptomer, mens andre giver udtryk for, at de er nået langt i kampen for at blive fri af spiseforstyrrelsen. Fælles for dem er oplevelsen af, at de har fået redskaber til at blive eller forblive symptomfri i fremtiden. Her nævnes blandt andet mekanisk spising og grænsesætning som værdifulde redskaber. Flere deltager udtrykker en ny forståelse og omsorg for sig selv.

”Jeg er blevet bevidst om forskellen mellem mig og spiseforstyrrelsen. Især det her med, hvad den fylder i min hverdag, og hvor den særligt viser sig og til dels også hersker. Derudover er jeg blevet klog på, hvornår spiseforstyrrelsen er opstået, og hvilke situationer, jeg skal være ekstra forsigtig i.”

”Jeg har erkendt, at jeg har en spiseforstyrrelse og er nået rigtig langt med at finde ud af, hvorfor den er hos mig, hvad den kan, og hvordan jeg tackler dette. Jeg har fået virkelig gode redskaber til at ”blive rask” og er nået langt i arbejdet ud af spiseforstyrrelsen.”

Parathed og bevaret hverdagsliv

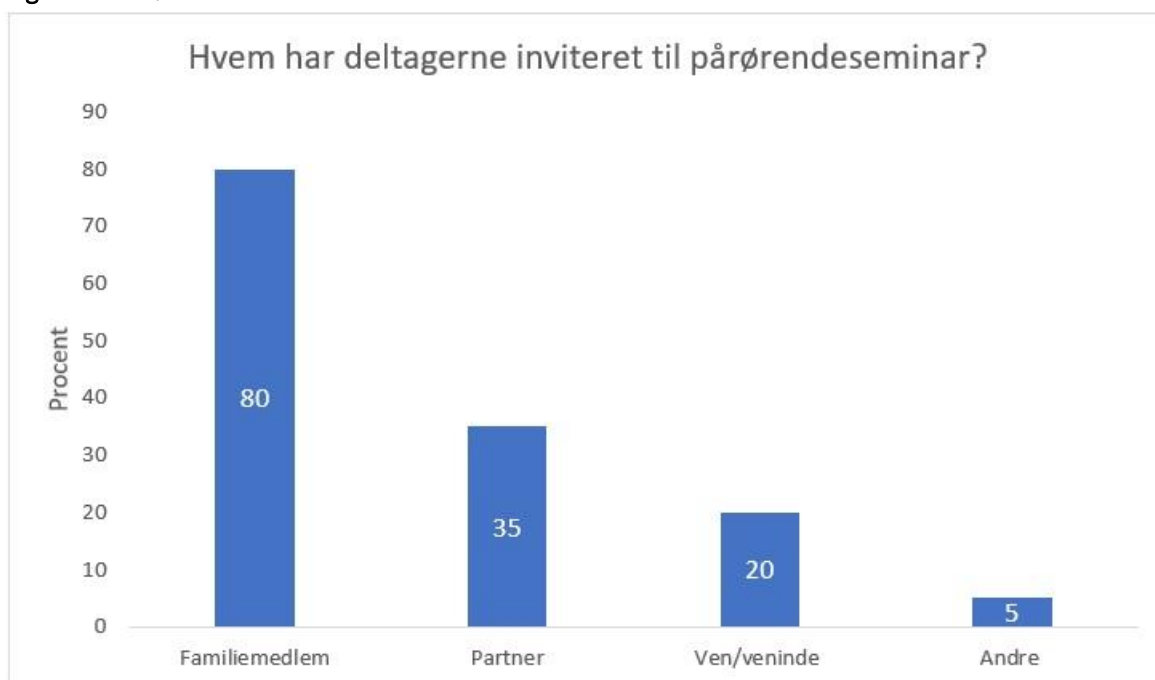
Nogle deltagere nævner, at motivation og parathed er forudsætninger for et positivt udbytte, ligesom behandlernes faglige kompetencer og oprigtige interesse for deltagerne fremhæves. Derudover peger en deltager på, at det har været afgørende, at hun kunne fastholde sin normale hverdag under behandlingsforløbet. Det har gjort det muligt løbende at afprøve og integrere læring fra forløbet i hverdagen.

”[Gruppeforløbet] har givet mig de største gaver i og med, at jeg har måtte passe min hverdag imens. Så har det været nemmere at integrere de indsigter, jeg fik undervejs i gruppen, i min hverdag. Der har derfor været en betydelig forbedring i form af mekanisk spising, grænsesætning, selvpleje og selvstøtte i form af sunde vaner og livspraksis. Det er lang tid siden, jeg har været så stærk, som jeg er nu. Det har til dels været, fordi jeg har været klar, men også fordi kompetencen er stor i LMS’ gruppeforløb.”

5.6. PÅRØRENDE

Der gennemføres pårørendeseminarer sideløbende med gruppebehandlingen. Deltagerne er blevet opfordret til at invitere en eller flere pårørende med til forløbet, da det øger sandsynligheden for et positivt behandlingsresultat.¹² I sidste ende har det dog været deltagerens egen beslutning. 90 % af deltagerne tilkendegiver, at deres pårørende har deltaget i pårørendeseminarret. I figur 18 angiver 80 %, at et eller flere familiemedlemmer har deltaget i seminarret, 35 % har inviteret deres partner, mens 20 % har inviteret en ven eller veninde.

Figur 18: Pårørendeseminar

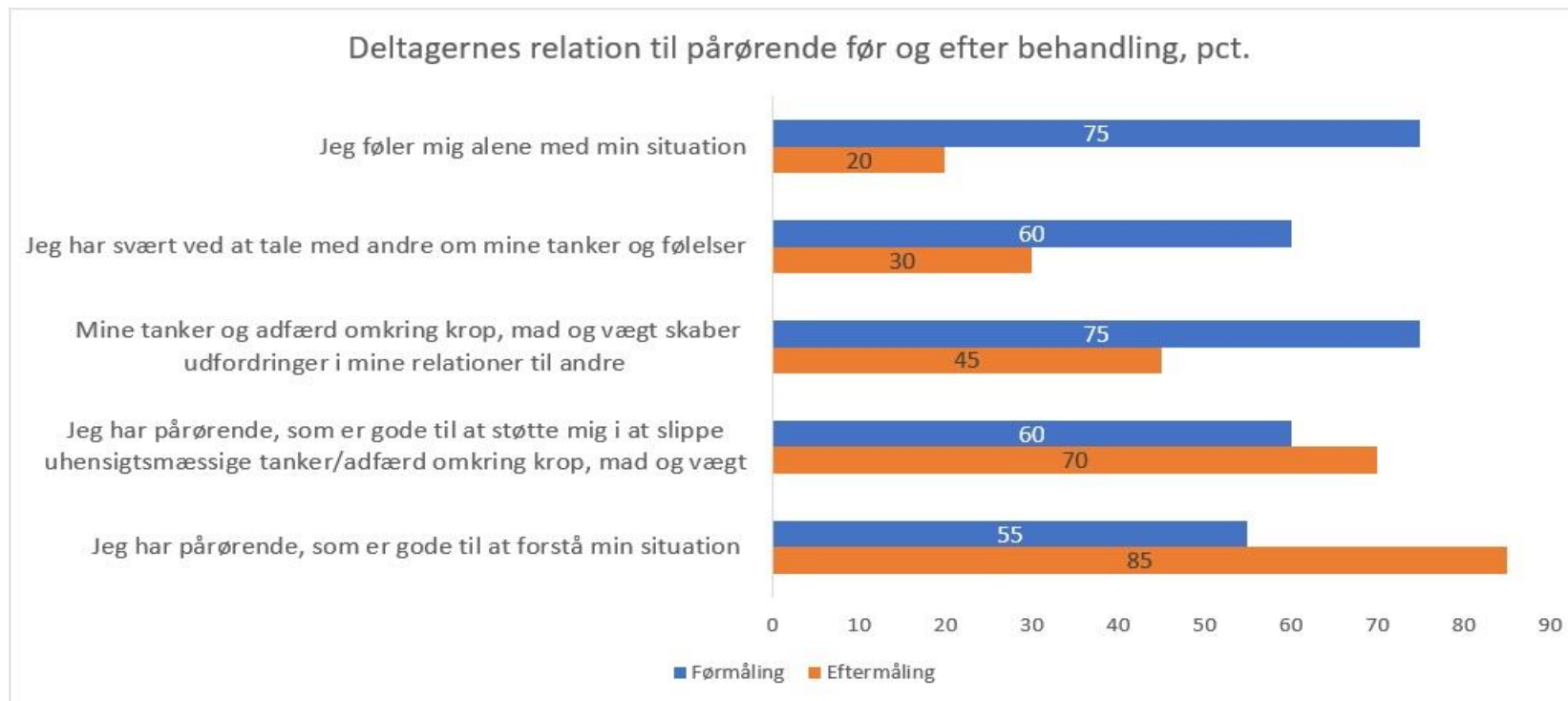


Note: n = 20. Procenterne summerer til mere end 100, da deltagerne kan invitere flere pårørende.

Figur 19 viser, hvordan deltagerne på en række parametre oplever relationen til deres pårørende. Der ses en forbedring på samtlige områder fra før- til eftermålingen. Især føler langt færre deltagere sig alene med deres situation (-73 %). Dette hænger godt sammen med, at langt flere deltagere oplever at have pårørende, som er gode til at forstå deres situation (+55 %). Nogle deltagere giver i fritekstbesvarelser udtryk for, at de har fået et tættere forhold til deres pårørende. Den positive udvikling kan skyldes, at de pårørende har fået mere viden om spiseforstyrrelser og nye redskaber til at støtte de berørte. Derudover har deltagerne udviklet sig under gruppeforløbet, hvor de bl.a. har øvet sig i at sætte grænser, dele svære tanker og følelser med andre mv.

"Jeg får sagt mere fra i mine relationer, jeg er blevet bedre til at tale om mine følelser (...). Derudover er mine nærmeste også blevet bedre til at støtte mig, da de også har fået mere viden om det at have en spiseforstyrrelse samt nogle værktøjer til ikke at ryge i de typiske faldgruber."

Figur 19: Relation til pårørende



Note: n = 20. Ændring i procent: "Jeg føler mig alene med min situation" (-73 %), "Jeg har pårørende, som er gode til at forstå min situation" (+55 %), "Jeg har svært ved at tale med andre om mine tanker og følelser" (-50 %), "Mine tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt skaber udfordringer i mine relationer til andre" (-40 %), "Jeg har pårørende, som er gode til at støtte mig i at slippe uhensigtsmæssige tanker/adfærd omkring krop, mad og vægt" (+17 %).

"Jeg har fået et helt fantastisk udbytte af gruppeforløbet. Jeg har fået et andet sprog til at snakke om mine følelser med min omgangskreds og langt tættere relationer til mine kære."

"Jeg har øvet mig i at åbne op og stå ved mine udfordringer og tale om dem med mine pårørende."

Flere deltagere beskriver desuden, at de har fået udvidet og styrket deres netværk som følge af forløbet. Det giver dem bl.a. et sted at søge støtte, når det er svært, hvilket kan medvirke til at forebygge tilbagefald. Hertil kommer, at flere deltagere føler sig bedre klædt på til at søge hjælp, hvis behovet opstår. Endelig oplever en deltager, at støtten til de pårørende har fjernet en byrde fra hendes skuldre.

”Det var også en stor tryghed, at mine pårørende også kunne få noget hjælp, og at det ikke var noget, jeg skulle tage stilling til, men noget de bare kunne gøre alene.”

”Jeg har fundet ud af, hvorfor jeg fastholder en spiseforstyrrelse, og hvordan jeg fremadrettet kan arbejde på egen hånd (og ved hjælp af mit netværk) med at komme ud af sygdommen. Ydermere har jeg fået et netværk af piger, som jeg kan mødes med og snakke om tingene. Jeg er også blevet tilknyttet LMS, som jeg fremadrettet kan bruge, hvis behovet opstår for en samtale eller sparring.”

6. FORBEDRINGSFORSLAG

I dette afsnit opsummeres deltageres tilbagemeldinger på, hvad har været det værste ved forløbet.

Vejning og vægtøgning

Deltagerne bliver vejret som led i behandlingen for at understøtte vægtstabilisering og hjælpe deltagerne med at få et naturligt forhold til deres vægt, bl.a. ved at arbejde med deres vægtbekymring. Flere fremhæver vejningerne som det værste ved forløbet, da de er forbundet med ubehag og negative tanker, men ingen giver direkte udtryk for, at vejningerne bør udelades. Derimod giver nogle deltagere udtryk for, at de kan se formålet med vejningerne trods ubehaget. En deltager skriver, at vejninger har gjort det lettere at spise uden frygt for vægtøgning, men at hun samtidig frygter at blive afhængig af den kontrol over vægten, som vejningerne giver hende. Enkelte deltagere nævner også kostdagbogen iblandt det værste ved forløbet, mens andre omtaler det som et hjælpsomt redskab. Derudover skriver en deltager, at hun har oplevet vægtøgning under forløbet og har savnet mere dialog om det for bedre at kunne håndtere det.

”Selvom jeg havde frygtet at blive vejret, fordi vægten engang har haft en farlig rolle for mig, endte det faktisk med at blive godt. Det beviste, at selvom jeg spiste mekanisk, og hvad jeg følte, var meget, havde jeg ikke taget på. Jeg er dog lidt bange for, at det kommer til at blive en ting, jeg vil bruge som en tryghed fremover, og at jeg ikke tror på, at jeg ikke har taget på, medmindre jeg har set det på vægten.”

Manglende opfølgning

Mange deltagere oplever, at de har fået redskaber til at arbejde videre med spiseforstyrrelsen, både på egen hånd og ved at søge støtte hos andre. Samtidig er der dog også flere deltagere, som savner støtte til tiden efter endt behandlingsforløb, da det kan føles utrygt at stå tilbage uden fællesskabet i gruppen. Her efterlyser deltagerne både konkrete hjælpemidler, steder at henvende sig eller en opfordring fra LMS til at danne egne støttegrupper.

”Det er jo klart, at der skal være en slutning, og det er et fantastisk langt forløb, LMS tilbyder. Men det føles ensomt at stå tilbage, og jeg oplever det som overvældende at skulle fortsætte alene, selvom det logisk set selvfølgelig nok skal gå.”

”[Der har manglet] nogle hjælpemidler eller steder at henvende sig (fx opfordring til at lave egne uafhængige støttegrupper), når forløbet afsluttes, så man ikke føler, at man bliver sluppet, før man er helt klar.”

Manglende genkendelse

Enkelte deltagere giver udtryk for, at de ikke har kunnet genkende sig tilstrækkeligt i de andre gruppemedlemmer. Hvis deltagerne føler sig anderledes og forkerte, kan det reducere udbyttet af gruppeterapien. Den manglende genkendelse bunder i at være stærkt underrepræsenteret med sin spiseforstyrrelse (fx at være den eneste i gruppen med anoreksi), eller i at have færre symptomer end de øvrige deltagere. I værste fald kan disse deltagere føle, at deres spiseforstyrrelsessymptomer er utilstrækkelige, dvs. at de ikke er syge nok.

"I starten følte jeg nærmest, at jeg ikke var god nok til at have en spiseforstyrrelse, fordi de andre måske var mere dramatiske eller konsekvente i deres forhold til mad og krop. Hvis spiseforstyrrelsen havde fået mere lov til at handle på den følelse, havde det været problematisk."

Mindre udbredte ønsker og ideer

De ovennævnte forbedringsforslag går igen hos flere deltagere. Andre ønsker udtrykkes af enkelte deltagere og omfatter bl.a. mere individuel taletid og mere diætistvejledning. Derudover nævnes, at fysiske møder er et foretrække, men at video var et positivt alternativ under Corona-nedlukningen, samt vanskeligheder ved at tage det terapeutiske sprog alvorligt.

"Jeg kunne godt have brugt en gang ekstra med diætist, fx til at få lavet en kostplan over 'normal' spisning. Under forløbet har det frustreret mig, at jeg ikke rigtig kunne finde et svar på, hvilke madvarer der er 'normale' at spise, og hvilken mængde det er 'normalt' at spise."

7. SAMMENFATNING

Deltagerne og deres spiseforstyrrelse

I midtvejsevalueringen indgår besvarelser fra 20 kvinder i alderen 19-34 år, med en gennemsnitsalder på 25,3 år. 15 deltagere har været i behandling i København, mens fem har været i behandling i Aarhus. Inden behandlingsopstart oplever syv kvinder symptomer på bulimi, tre har symptomer på anoreksi, mens syv oplever en blanding af de to. De sidste tre oplever anorektiske eller bulimiske symptomer i kombination med tvangsoverspisning eller ortoreksi. Deltagerne var i gennemsnit 15,65 år gamle, da krop, mad og vægt begyndte at fylde for meget i deres tanker og handlinger. 40 % har modtaget psykiatrisk behandling for deres spiseforstyrrelse inden gruppeforløbet i LMS. Blandt deltagerne har 25 % andre psykiske lidelser foruden spiseforstyrrelse.

Reducerede spiseforstyrrelsessymptomer

Deltagerne oplever en statistisk signifikant reduktion i deres spiseforstyrrelsessymptomer fra førmålingen til eftermålingen, idet deres gennemsnitlige globale EDE-Q score falder fra 3,5 til 2,1. Det betyder, at deltagerne i gennemsnit har flyttet sig fra kategorien "syge" (EDE-Q global $\geq 2,5$) til kategorien "raske" i løbet af behandlingsforløbet. Det kan ikke udelukkes, at deltagernes udvikling også er påvirket af forhold uden for indsatsen, da der mangler en kontrolgruppe, men resultaterne tyder på, at behandlingen har haft en stor effekt på deltagernes symptomer. Den største symptomreduktion ses på underskalaerne *restriktion* og *spisebekymring*.

Forbedret trivsel

I løbet af behandlingsforløbet er deltagernes gennemsnitlige trivselsscore forbedret fra 47,4 til 57 målt med WHO-5 trivselsindeks. Det betyder, at den gennemsnitlige deltager er rykket ud af risikogruppen for depression og stressbelastning efter endt behandling (grænseværdi: 50). Der er tale om en moderat og statistisk signifikant effekt. Næsten halvdelen af deltagerne har opnået en forbedring i trivsel, der er så stor, at den forventes at kunne tilskrives indsatsen (forøgelse ≥ 10 pointtal). Inden behandling var 55 % i risikogruppen for depression og stressbelastning, mens det samme gælder 35 % efter endt behandling. Målt med Cantril-stigen var kun 10 % af deltagerne i trivsel ved førmålingen, mens 50 % trives ved eftermålingen.

Forbedret følelsesregulering

Midtvejsevalueringen tyder på, at deltagerne forbedrer deres evne til følelsesregulering i løbet af behandlingsforløbet, målt med DERS-16. Det er dog for tidligt at konkludere på resultaterne for DERS-16, da de bygger på besvarelser fra meget få respondenter. I fritekstbesvarelserne giver mange deltagere dog også udtryk for, at gruppeforløbet har givet dem større indsigt i egne følelser og redskaber til at rumme og håndtere svære følelser på mere hensigtsmæssige måder end fx restriktiv spisning.

Virksomme mekanismer

I fritekstbesvarelsenerne sætter mange deltagere ord på, hvad der har været afgørende for, at de er lykkedes med at reducere deres spiseforstyrrelsessymptomer. Her går særligt fire elementer fra behandlingsforløbet igen: 1) under bevidningerne kan deltagerne genkende sig i de andre gruppemedlemmers fortællinger, hvilket betyder, at de får større indsigt i egen situation og ser med mildere øjne på sig selv; 2) et trygt terapeutisk rum muliggør sårbarhed og inviterer til åben dialog om det, der er svært; 3) indsigt i og redskaber til at forstå og stå op imod spiseforstyrrelsen; 4) bevaret hverdagsliv under forløbet gør det muligt at integrere læring fra behandlingen i dagligdagen.

Pårørende

90 % af deltagerne tilkendegiver, at deres pårørende har deltaget i pårørendeseminaret. Heriblandt angiver 80 %, at de har inviteret et eller flere familiemedlemmer. Midtvejsevalueringen viser, at deltagerne oplever en forbedret relation til deres pårørende på de målte parametre. Især føler langt færre deltagere sig alene med deres situation, og langt flere oplever at have pårørende, som er gode til at forstå deres situation. Den positive udvikling kan skyldes, at de pårørende har fået mere viden om spiseforstyrrelser og nye redskaber til at støtte de berørte. Derudover har deltagerne øvet sig i at sætte grænser og i at dele svære tanker og følelser med andre under gruppeforløbet. Flere deltagere skriver, at de har fået udvidet og styrket deres netværk som følge af forløbet, hvilket bl.a. giver dem et sted at søge støtte, når det er svært.

Forbedringspotentialer ifølge deltagerne

Flere deltagere omtaler vejningerne som det værste ved forløbet. Det kan tyde på, at de oplever et større behov for støtte til at håndtere ubehaget og undgå, at spiseforstyrrelsen tager magten i forbindelse med vejninger. Derudover føler nogle deltagere sig utrygge ved tanken om at stå alene tilbage efter endt behandling. De savner fx støtte i form af konkrete hjælperedskaber, steder at henvende sig eller selvorganiserede støttegrupper. Det bør overvejes, hvad LMS kan gøre for at forebygge tilbagefald og understøtte, at deltagerne føler sig trygge ved behandlingsafslutning. Enkelte deltagere har haft svært ved at genkende sig i de andre gruppemedlemmer, hvilket kan udfordre behandlingsudbyttet. Disse elementer bør sikres bedst muligt i sammensætningen og faciliteringen af grupper.

”Det har virkelig været en opdagelsesrejse ind i mig selv, hvor jeg har fundet ud af, at maden kun var symptomer. Jeg har stadig udfordringer, men jeg føler virkelig, at jeg har fået mange redskaber med, som jeg kan bruge i kampen mod min spiseforstyrrelse.”

”Jeg kan virkelig anbefale dette gruppeforløb til andre unge med en spiseforstyrrelse.”

8. REFERENCER

¹ Clausen, Loa (2010): "Opfølgingsstudier: Hvordan går det patienter med spiseforstyrrelser" i *Frås og faste - spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*. Lunn, S., Rokkedal, K. & Rosenbaum, B. (red.). København: Dansk Psykologisk Forlag, s. 433-452.

² Griffiths S., Rossell SL., Mitchison D., Murray SB. and Mond JM. (2018): "Pathways into Treatment for Eating Disorders: A Quantitative Examination of Treatment Barriers and Treatment Attitudes." *Eat Disord.* 26(6): 556-574.

³ Sundhedsstyrelsen 2016: "National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa": https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-anorexia-nervosa/NKRanoreksi_final.ashx?la=da&hash=6B504732A93A9665A806330C51C68D4F13B03A24

⁴ Sundhedsstyrelsen (2005): "Spiseforstyrrelser: Anbefalinger for organisation og behandling": <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx?la=da&hash=428825A44968E2AD48BC011E3C4325F26B423680>

⁵ Austin et al. (2019). "Duration of Untreated Eating Disorder and Relationship Outcomes: a Systematic Review of the Literature". *European Eating Disorder Review*, s. 1-17.

⁶ Øyvind Rø, Deborah L. Reas & Kristin Stedal (2015): "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients". *Eur. Eat. Disorders Rev.* 23, 408–412.

⁷ Sundhedsstyrelsen: "Guide til trivselsindekset: WHO-5": <https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Materialer/PublishingImages/WHO5%20skema.pdf> (sidst set: 21-12-2020).

⁸ Ibid.

⁹ Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004): "Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

¹⁰ Line Nordgren, Elin Monell, Andreas Birgegård, Johan Bjureberg & Hugo Hesser (2020): "Factor Structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale in Treatment Seeking Adults with Eating Disorders". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42: 111–126.

¹¹ Timo Brockmeyer, Mandy Skundea, Mudan Wua, Esther Bressleina, Gottfried Rudofskyb, Wolfgang Herzoga, Hans-Christoph Friedericha (2014): "Difficulties in Emotion Regulation Across the Spectrum of Eating Disorders". *Comprehensive Psychiatry* 55: 565-571.

¹² Stiles-Shields, Colleen, Renee Rienecke Hoste, Peter M. Doyle & Daniel Le Grange (2012). "A review of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders". *Reviews on Recent Clinical Trials*, 7(2).