

LILIAN ZØLLNER OG ERIK CHRISTIANSEN ■ 2006

Spiseforstyrrelser & Selvmordsrisiko

UNDERSØGELSER AF ÅRSAGER TIL SELVMORDSRISIKO
BLANDT UNGE MED ALVORLIGE SPISEFORSTYRRELSER



SOCIALMINISTERIET



Center for Selvmordsforskning



LILIAN ZÖLLNER OG ERIK CHRISTIANSEN ■ 2006

Spiseforstyrrelser & Selvmordsrisiko



Center for Selvmordsforskning

Spiseforstyrrelser og selvmordsrisiko

© Forfatterne og Center for Selvmordsforskning
Odense, 2006

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra denne
rapport med tydelig kildehenvisning

Udgivet af Center for Selvmordsforskning

Søndergade 17

5000 Odense C

Tel: (+45) 66 13 88 11

Fax: (+45) 65 90 81 74

E-mail: info@selvmordsforskning.dk

Hjemmeside: www.selvmordsforskning.dk

med støtte fra Socialministeriet

1. udgave, 1. oplag, Juli 2006

ISBN: 87-90291-51-4



Forord

Langt de fleste af de unge klarer sig godt gennem barndommen, puberteten og videre i voksenlivet.

Men en lille del af de unge har problemer, som de nødtigt taler med andre om. I stedet forsøger de at skjule for forældre, lærere og kammerater, at de mistrives. De er sårbare og tror, de er de eneste i hele verden, som føler sig mislykkede. De har ingen tiltro til, at nogen kan forstå dem og hjælpe dem.

Sårbarhed og mistrivsel kan komme til udtryk som selvskadende handling, som spiseforstyrrelse, som selvmordsforsøg og som gennemført selvmord. Eller som en kombination af spiseforstyrrelse og selvmordsadfærd. Desværre har vi gennem de seneste ti år set en forøgelse i raterne af selvmordsforsøg blandt de unge piger, og antallet af patienter i sygehussektoren med spiseforstyrrelser er stigende. Såvel spiseforstyrrelser som selvskadende handlinger og selvmordsadfærd skyldes en lang række vidt forskellige forhold, som hver for sig ikke kan forklare udviklingen, men som gensidigt påvirker hinanden og er afhængige af hinanden.

Socialministeriet har anmodet om, at fokus rettes mod denne problematik. Med foreliggende rapport forsøger vi at afdække forhold forud for den dag, diagnosen spiseforstyrrelser gives. Videre forsøger vi at pege på beskyttende og belastende forhold for den spiseforstyrrede i livet efter diagnosen.

Assistent Irene Gadeberg takkes for opsætning. Statistiker cand.scient.ocoen. Erik Christiansen er ansvarlig for arbejdet med datasættet og det statistiske arbejde, og Ph.D. Lilian Zöllner er ansvarlig for projektets gennemførelse samt for rapportens udfærdigelse, som den foreligger.

Juli 2006

Lilian Zöllner
Centerleder, Ph.D.

Indhold

1.	Fokus på unges spiseforstyrrelser og selvmordsadfærd	8
2.	Definitioner	9
3.	Problemets omfang	14
4.	Tidligere forskning, hypotese og mål	17
5.	Teori, metode og data	19
6.	Sociale og sundhedsmæssige forhold forud for diagnosedatoen	26
7.	At skade sig selv	37
8.	Livet efter diagnosen	40
9.	Forebyggelse, behandling, efterværn og anbefalinger	50
	Litteratur	54

1 Fokus på unges spiseforstyrrelser og selvmordsadfærd

Der har inden for de seneste år været fokuseret på unges spiseforstyrrelser, selvskade og selvmordsadfærd. Årsagen til denne fokusering er, at problemerne er øget, hvilket fører til spørgsmål om årsager, forebyggelse, behandling og efterværn.

Såvel spiseforstyrrelser som selvskade og selvmordsadfærd er meget alvorlige sygdomme og fænomener, som beror på yderst komplekse problemer, der sker i samspil mellem biologiske, personlighedsmæssige, sociale og familiemæssige faktorer. Derfor er det meget vanskeligt at pege på enkle årsagsforklaringer og sammenhænge.

Usikkerhed om årsager

Selv om det er muligt at påvise en risikofaktor for udvikling af en spiseforstyrrelse, er det ikke ensbetydende med, at risikofaktoren er årsagen. At en risikofaktor forefindes, viser kun, at sandsynligheden for fejludvikling forøges. Blandt de unge, som udvikler en spiseforstyrrelse, vil der sikkert kunne findes flere, som har været udsat for svigt eller misbrug i barndommen end blandt de unge, som ikke har en spiseforstyrrelse. Men disse forhold er ikke årsagerne – de er faktorer, der indgår som en risiko. På samme måde vil der blandt de unge, som forsøger at begå selvmord eller som tager deres eget liv, kunne findes flere, som har været udsat for svigt eller selvmordsadfærd i nærmeste familie end blandt unge, som ikke har forsøgt at tage livet af sig. Men igen er der kun tale om en risiko for selvmordsadfærd ikke en årsag.

Langt de fleste børn og unge udvikler ikke en spiseforstyrrelse, selvom det kan påvises, at de i deres liv har været udsat for faktorer, som udgør en risiko. Og langt de fleste unge, som har været udsat for omsorgssvigt eller andre risikofaktorer under opvæksten, klarer sig gennem livet uden at forsøge at tage deres eget liv.

At der blandt de spiseforstyrrede kan være en risiko for, at de forsøger at begå selvmord, eller at de begår selvmord, er ikke ensbetydende med, at spiseforstyrrelsen er årsagen til selvmordsadfærden. En lang række andre forhold kan beskytte den unge med en spiseforstyrrelse i at forsøge at tage sit eget liv.

Foreliggende forskning

I det foreliggende forskningsprojekt fremkommer en række resultater, som viser risikofaktorer. Disse resultater er en del af sandheden om udvikling af spiseforstyrrelser eller anden risikoadfærd, uden at vi dermed siger, at de er *hele* sandheden.

Faktorerne indgår som et led i forklaringskæden, og faktorerne kan dække over komplicerede forhold. En alt for bogstavelig fortolkning af faktorerne er ikke at foretrække.

De her fremlagte resultater bringer ny valid viden om risikoadfærd frem. På baggrund af disse nye resultater kan videre forskning bringe os et skridt nærmere i vor søgen efter forklaringer.

2 Definitioner

Definitioner på såvel spiseforstyrrelser, selvskade, selvmordsforsøg og selvmord afhænger af hvilke forklaringer og diagnosesystemer, der anvendes. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har indført et diagnosesystem WHO's International Classification of Diseases, som gør det muligt at sammenligne udvikling af såvel somatiske som psykiatriske sygdomme på tværs af lande. I perioden 1990-1994 blev der i Danmark anvendt ICD-8 diagnosesystem, hvori bulimia nervosa og binge-eating disorder ikke fandtes. I dag anvendes det officielle WHO ICD-10 system, og i den nyeste udgave fra 1992 er diagnosen bulimia nervosa inkluderet. Det er ICD-diagnoser, som indberettes til det centrale register ved Demografisk Institut.

I forskningssammenhænge anvendes i nogen udstrækning et andet system Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). I dette system blev diagnosen bulimia nervosa inkluderet fra 1980.

På trods af, at der er flere systemer og flere versioner af systemerne, er hverken forklaringerne, diagnoserne eller systemerne dækkende for spiseforstyrrelser, selvskade og selvmordsadfærd, idet der er en række kulturelle og tidsmæssige fænomener, som gør, at der må tages forbehold. At være anorektiker eller selvskadende i Danmark må ses i lyset af den aktuelle kulturelle situation, vort sundhedssystem, behandlingstilbud samt normer og værdier.

Den kultur, en person lever i, er afgørende for om spiseforstyrrelser, selvskade og selvmords-

adfærd defineres som en lidelse, der kræver behandling, eller om der i stedet er tale om et fænomen, som er accepteret og tolereret.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er ikke en ny lidelse, men en lidelse, som i den vestlige del af verden har fået større og større opmærksomhed inden for de seneste år. Spiseforstyrrelser er en samlet betegnelse for flere beslægtede tilstande. Spiseforstyrrelser forklares forskelligt, men fælles for forklaringerne er, at tanker og adfærd i forhold til mad og vægt begrænser livsudførelsen og forringer livskvaliteten (Skårderud, 2000). Hvid (1999) peger på, at spiseforstyrrelse er en sygdom uden en sygdom, idet kroppen ikke fejler noget, men kan blive syg, såfremt spiseforstyrrelsen fortsætter. Spiseforstyrrelser er ikke udelukkende ensbetydende med at forholde sig til mad, men er også et udtryk for mistro og manglende evne til at mestre de vilkår og problemer samt de indre og ydre konflikter, der opstår i livet (Spiseforstyrrelser, 1999). Spiseforstyrrelser er ensbetydende med at have psykiske problemer, mistro eller "ondt i livet".

Der er tre hovedformer for spiseforstyrrelser

- anorexia nervosa
nervøs spisevægring
- bulimia nervosa
nervøs overspisning
- binge-eating disorder
(BED) overspisning eller tvangsspising

Anorexia Nervosa

Definitionen på anorexia nervosa indgår i WHO's ICD-10 diagnosesystem, og nedestående fem kriterier ligger til grund for diagnosen.

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

Anorexia nervosa udvikler sig typisk hos piger i de ældste klassetrin i folkeskolen (13-16 år). Igangsættende kan være en forestilling om at være alt for tyk og et ønske om at slanke sig nogle få kilo. Når målet nås, sættes et nyt mål for væggtab, og langsomt opstår en fokusering på mad og måltider. Den unge isolerer sig under spisning og søger at opnå øget væggtab ved overdreven motion, fysisk aktivitet, vanddrivende medicin, misbrug af afføringsmidler eller opkastninger.

Samværet med andre omkring måltider mindskes, og den unge isolerer sig mere og mere i

takt med, at der bruges tid på kontrol af mad og vægt. Isolation, sult og fokusering på kalorieindtag kan medføre depressive tanker og overvejelser om at begå selvmord. Den unge kan have svært ved at se muligheder for at blive rask igen.

Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa kaldes til tider nervøs spiseanfaldstilbøjelighed og har tidligere været beskrevet som en variant af anorexia nervosa, men er i de nye klassifikationssystemer en selvstændig sygdom. De diagnostiske kriterier for bulimia nervosa indgår i WHO's ICD-10 system.

- Vedvarende optagethed af spisning med uimodståelige spiseimpulser, hvor der i løbet af begrænset tid (minutter til timer) indtages store mængder af mad
- Modvirker fedme ved selvfremkaldende opkastning, misbrug af afføringsmidler, perioder med total faste, brug af appetitnedsættende midler
- Forstyrret legemsopfattelse og frygt for fedme. Patienten pålægger sig selv en præcis vægtgrænse, som ligger klart under, hvad en læge ville kalde optimal.

Bulimia nervosa kan udvikle sig fra teenagealderen ud fra forestillinger om at være for tyk. Indledningsvis begynder den unge at tabe sig i vægt ved at faste eller ved at indlede slankekur. Når sulten bliver for overvældende, mister de kontrollen og spiser for meget, hvorefter de kaster op.

Binge-Eating Disorder

Den tredje spiseforstyrrelse, tvangsmæssig overspisning, bliver også kaldt "Binge-Eating Disorder", ofte forkortet BED (binge: gilde, fest, orgie). Diagnosen BED findes ikke i WHO's diagnosesystem ICD-10, som bruges i Danmark.

Sundhedsstyrelsen anvender betegnelsen Binge-Eating Disorder om overspisning *uden* regelmæssige vægtregulerende tiltag (Spiseforstyrrelser, 2005). Personer med nervøs tvangspisning er som regel overvægtige, men har i forhold til andre overvægtige spiseanfald, de ikke er i stand til at kontrollere. Under disse spiseanfald overskrider de mæthedsgrænsen og føler sig efterfølgende ulækre og skyldige. Anfaldene af overspisning dæmper psykisk uro og stress, men da personerne ofte forsøger at skjule overvægten og spiseanfaldene, behandles denne form for spiseforstyrrelse kun i mindre udstrækning og ofte uden fokus på de psykiske problemer, der er forbundet med nervøs tvangspisning.

Psykiske problemer, somatiske skader

Spiseforstyrrelserne kan give flere forskellige psykosociale følger og somatiske skader. Følgerne kan fx være: depression, isolation, koncentrationsbesvær og sygefravær. De somatiske skader kan fx være: tandskader og spytkirtelhævelse, menstruationsforstyrrelser, potensproblemer og fertilitetsproblemer.

Spiseforstyrrelser kan føre til, at personen dør af de følgesygdomme, som kan opstå, eller dør grundet undervægt. Men en spiseforstyrrelse kan også føre til tanker om selvmord eller til selvmordsadfærd. Blandt spiseforstyrrede kan ligeledes ses anden form for selvskadende adfærd udover de skader, som spiseforstyrrelsen forårsager.

Selvordstanker

Selvordstanker defineres ifølge Sundhedsstyrelsen (1998) som

- et ret bredt spektrum spændende fra en kortvarig strejfende tanke til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser.

Retterstøl et. al. (2002) påpeger, at begrebet omfatter den adfærd, hvor vedkommende selv beretter, at han går med tanker om at afslutte livet. Selvmordstanker omfatter både de tanker, der meddeles spontant, eller som bliver bekræftet gennem spørgsmål til vedkommende, og de tanker, som ikke meddeles andre.

Selvskade

Begrebet selvskade, som findes i Landspatientregisteret, omfatter såvel selvmord og selvmordsforsøg som andre former for selvtilføjet skade (kontaktårsagskode E4). I registreringsvejledningen til Landspatientregisteret hedder E4 selvmord/selvordsforsøg med en bemærkning som følgende: Selvtilføjet skade. Selvmutilation/villet egenskade. Dvs. der indgår altså alle former for selvskadende adfærd inklusiv selvmutilation.

Selvordsforsøg

Definitionen på selvordsforsøg er ifølge WHO

- En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis ikke andre griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser.

Om WHO's definition er der for det første at sige, at den er tilstræbt værdineutral, således at den kan accepteres på tværs af kulturer, religioner og ideologier.

For det andet er der i definitionen lagt vægt på, at handlingen er begået med vilje, dvs. at der ikke er tale om et hændeligt uheld, men i stedet om en bevidst handling.

For det tredje skal adfærden være ikke-vanemæssig, hvilket betyder, at vanemæssige forgiftninger med alkohol eller medicin kan frasorteres, således at disse ikke defineres som selvmordsforsøg.

For det fjerde skal selve handlingen være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind. Det kræves dog ikke, at der skal være en nærmere defineret grad af skade eller farlighed, som gør, at personen dør, såfremt andre ikke griber ind. Personen kan fx have spist en overdosis piller, som vedkommende troede ville fremkalde voldsom skade eller ville medføre døden. I stedet fremkalder handlingen måske mindre eller ingen skade. Ifølge definitionen skal handlingen være skadevoldende, dvs. hvis pillerne ikke er skadevoldende, og personen tror, at de er skadevoldende, så er det ikke et selvmordsforsøg og ej heller selvska-

I praksis er det ikke et krav, at andre skal have grebet ind. Som et eksempel kan nævnes et forsøg på at begå selvmord ved hængning, hvor handlingen ikke fører til skade eller dødens indtræden grundet omstændighederne eller manglende viden om brug af metoden.

For det femte skal adfærden have en hensigt, nemlig at handlingens forventede konsekvenser kan fremme personens ønskede forandringer. Der er ikke i definitionen lagt op til omfanget eller graden af forandringer (fx at dø som følge af handlingen). Intentionen om at tage livet af sig, at begå mord på sig selv eller at dø nævnes slet ikke.

I Danmark findes Register for Selvmordsforsøg. Da man på baggrund af kontaktårsagen E4 alene ikke kan skelne mellem selvmordsforsøg og anden selvska-

de, vurderes om selvska-

den er et selvmordsforsøg som defineret af WHO, og kun disse indgår i Register for Selvmordsforsøg.

Selvmord

Selvmord er ifølge WHO's definition følgende:

- En handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer.

WHO anvender en definition af begrebet selvmord, som i sig ikke rummer en etisk stillingtagen til, om handlingen er rigtig eller forkert, god eller ond. Der er snarere tale om en værdineutral forklaring på, hvori handlingen består, hvilken effekt handlingen har samt formålet med handlingen. Som ved definitionen af selvmordsforsøg er der tale om en værdineutral definition, som skal kunne accepteres på tværs af kulturer, religioner og ideologier.

WHO's definition forudsætter ikke, at afdøde forud for sin handling havde et ønske om at dø, men kun at den afdøde skal have ønsket forandringer. Begrundelsen herfor er, at det kan være meget vanskeligt at fastslå, hvad den afdøde klart havde forestillet sig, konsekvensen af handlingen ville være. Derfor anvendes både begreberne viden og forventning. Personen kan have haft viden om, at handlingen ville medføre dødens indtrædelse. En anden person kan have haft forventning om, at en bestemt metode ville resultere i en dødelig udgang (fx indtagelse af overdosis af medicin) kombineret med tid og sted.

Selvmordsadfærd

Selvmordsadfærd er et begreb, som dækker en adfærd, hvorved en person verbalt, skriftligt

eller på anden måde fremsætter trusler om at ville begå selvmord, forsøger at begå selvmord eller gennemfører selvmord.

Der er ingen opdateret forskningsbaseret viden om, hvor stor del af befolkningen, der har selvmordstanker, eller som har forsøgt at begå selvmord. Endvidere er det usikkert, hvor mange af de mennesker, der har forsøgt at begå selvmord, der havde forventet eller ønsket at dø. Og det er usikkert, hvor mange af de mennesker, der har begået selvmord, blot har haft intention om en forandring, men i stedet er død som en konsekvens af handlingen.

Selvmordstruet

Begrebet selvmordstruet anvendes om den gruppe mennesker, som udviser selvmordsadfærd eller som har alvorlige selvmordstanker.

Selvmutilation

I forskellige kulturer og forsknings-sammenhænge anvendes forskellige definitioner for selvmutilering, men overordnet er der tale om en ikke livstruende, ikke suicidal selvpåført kropslig skade, som ikke er socialt accepteret.

Selvmutilerende adfærd kan fx dreje sig om at skære sig, snitte sig, hindre sår i at hele eller kradse sig til dybe sår. Selvmutilerende adfærd adskiller sig fra selvmordsforsøg ved, at handlingen gentages igen og igen som en ritualiseret adfærd med den hensigt at dæmpe ubehageligt psykologisk pres. Hver ny selvmutilation er en forstærkning af adfærd, som giver lystbetonet frihed fra smerte.

3 Problemets omfang

Det er forbundet med megen usikkerhed at sige noget om hvor mange, der har en spiseforstyrrelse.

For det første er der en del unge, som ikke søger hjælp hos forældre eller andre voksne i familien.

For det andet er der en del, som ikke søger eller får hjælp i socialsektoren, behandlingssektoren eller i undervisningssektoren.

For det tredje indeholder registre i sundhedsvæsenet kun oplysninger om de patienter, der har søgt behandling, og som opfylder de diagnostiske kriterier. De tal, som indeholdes i registrene, omfatter ikke kroniske eller afsluttede patienter (Sundhedsstyrelsen 2005).

For det fjerde viser forskellige undersøgelser forskellige tal, hvilket skyldes, at der anvendes forskellige definitioner i de enkelte studier.

Spiseforstyrrelser – problemets omfang

Hvor stort problemet er, bygger på et skøn. Sundhedsstyrelsen (2005) anslår, at der er 3.150 personer med anorexia nervosa, 21.000 med bulimia nervosa og 31.500 med Binge Eating Disorder i Danmark. Der ses 300-400 nye tilfælde af anorexia nervosa og 200-300 nye tilfælde af bulimia nervosa i Danmark hvert år, vurderet ud fra de patienter, som første gang registreres i forbindelse med, at de søger hjælp i behandlingssystemet for en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen 2005).

Jørgensen (2000) påpeger, at der er mange faktorer at tage hensyn til, når man søger at fastslå, om hyppigheden af spiseforstyrrelser stiger (befolkningens ændrede sammensætning, ændrede diagnosekriterier, øget opmærksomhed, øgede behandlingsmuligheder osv.). Men antallet af patienter med anorexia nervosa i sygehussektoren er stigende, hvilket betyder øget fokus på forebyggelse, behandling og efterværn.

Spiseforstyrrelser ses især hos de unge piger, og Waadegaard (2002) peger på, at 11% af alle danske kvinder har en adfærd, som udgør en risiko for at udvikle spiseforstyrrelser. Den meget kritiske holdning til kroppen mindskes dog allerede ved 20-års alderen.

Af undersøgelsen Unge livsstil og dagligdag 2002 – aldersforskelle i sundhedsvaner og trivsel. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen (2004) fremgår det, at 17% af drengene og 14% af pigerne er overvægtige eller svært overvægtige, og 5% af drengene og 12% af pigerne er undervægtige. Det er blandt de 16-årige den største andel af undervægtige findes.

Tallene siger dog ikke noget om, hvorvidt de unge er i risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse, eller om der er tale om, at de unge er i en alder, hvor de vokser hurtigt i højden.

Selvmondsadfærd – problemets omfang

Blandt de unge piger ses en markant stigning i antallet af selvmondsforsøg.

Registeroplysninger fra Center for Selvmordsforskning viser, at raten for selvmordsforsøg for de 15-19-årige unge mænd har været præget af fald og stigning fra 1990-2003. For de unge kvinders vedkommende gælder det, at der er en generel stigning i raten over en tiårig periode fra 1990 til 2003 på 322%. (tabel 3.1).

For kvinder i aldersgruppen 20-29 år viser Register for Selvmordsforsøg, at niveauet i perioden efter 2001 er 50% højere end niveauet op gennem 90'erne. En hypotese vedr. denne stigning kunne være, at selvmordsforsøgsadfærden er en adfærd, som fastholdes i det tidlige voksenliv. For kvinder i de øvrige aldersgrupper er der ikke tale om stigning.

De registrerede antal forsøg er udtryk for et absolut minimum. Tallene dækker udelukkende de unge, som i forbindelse med selvmordsforsøg har været i kontakt med et hospital. De unge, der har forsøgt selvmord, og som er blevet fundet af familie, venner eller andre, og som ikke er blevet indlagt eller har været på skadestue, indgår ikke i registeret.

Få unge tager deres eget liv. Som det fremgår af tabel 3.2, er raten for selvmord højere for de unge mænd end for de unge kvinder. Der er med andre ord tale om et modsatrettet forhold: Flere unge kvinder end mænd forsøger at tage livet af sig, men flere unge mænd end kvinder tager deres eget liv.

Spiseforstyrrelser og selvmordsrisiko

Relationen mellem spiseforstyrrelser og selvmordsadfærd er ikke enkel. For det første fordi det kun er de færreste med selvskade, selvmordsadfærd og spiseforstyrrelser, som kommer i kontakt med læge eller sygehus, (Zøllner, u.å., Petersson, 2001). For det andet er relationen vanskelig at dokumentere, fordi der findes gråzoner indenfor såvel selvskade, selvmordsadfærd som spiseforstyrrelser, hvor det kan være svært at indkredse, afgrænse og definere problemet. Desuden er såvel spiseforstyrrelser som selvskade og selvmordsadfærd multidisciplinære og multifaktorielle lidelser og bør ansues ud fra en række forskellige vinkler.

Tabel 3.1

Selvmordsforsøg blandt de 15-19-årige i Fyns Amt Antal hændelser pr. 100.000 fordelt på år og køn														
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mænd	129	96	93	178	91	137	72	104	131	72	129	150	85	143
Kvinder	153	231	182	218	357	370	317	380	464	387	553	482	595	646

Kilde: Register for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

Tabel 3.2

Selvmord blandt de 15-19-årige i Danmark Antal hændelser pr. 100.000 fordelt på år og køn														
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mænd	7,4	6,0	5,6	6,9	6,5	9,3	8,3	12,5	10,9	9,1	8,4	10,4		
Kvinder	2,2	2,8	2,4	1,8	2,5	1,3	2,7	5,5	2,8	0,7	5,1	1,4		

Kilde: Register for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning

3 Problemets omfang

Det er vigtigt at pointere, at selvom der kan findes sammenhænge mellem spiseforstyrrelser og risikofaktorer som fx tab, vold, misbrug, omsorgssvigt, seksuelle eller fysiske overgreb, kan disse ikke reduceres til at være årsagen. Ikke alle personer, som i deres barndom eller ungdom har været udsat for risikofaktorer, udvikler spiseforstyrrelser eller forsøger at begå selvmord.

En række indikatorer peger på nødvendigheden af øget bevågenhed rettet mod unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd. Spiseforstyrrelser er en af vore mest dødelige psykiske sygdomme. Blandt europæiske teenagepiger er anorexia nervosa den tredjestørste dødsårsag efter ulykker og kræft (Skårderud, 2001).

Når det gælder selvskade og selvmordsadfærd ses en udvikling, som viser, at ca. 10% af de unge i folkeskolens ældste klassetrin har skadet sig selv ved fx at tage en overdosis eller snitte sig i hånden (Zøllner, 2002). Der ses en stigning blandt de unge piger i raten af gennemførte selvmordsforsøg (Register for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning), og fra 1990 og frem til 2001 har antallet af selvmord blandt unge kun varieret svagt for begge køn.

4 Tidligere forskning, hypotese og mål

En række danske og udenlandske studier peger på en sammenhæng mellem spiseforstyrrelser, selvmord og dødelighed.

Jørgensen (2000) har gennemgået en række danske og udenlandske studier fra 1979 til 1997, hvor sammenhængen mellem dødelighed og anorexia nervosa er undersøgt. Jørgensen peger på, at forløb og prognose afhænger af, om den gruppe, der undersøges, er veldefineret, men konkluderer, at der blandt anorektikere er en øget risiko for for tidlig død.

Nielsen et al (1998) har gennemgået 10 danske og udenlandske undersøgelser, som har anvendt forskellige kriterier, hvilket vanskeliggør en direkte sammenligning studierne imellem. Dog konkluderer Nielsen et al, at der er sammenhæng i otte ud af de ti studier mellem spiseforstyrrelser og dødelighed.

Charlotte Emborg (1997) har gennemført en dansk registerundersøgelse omfattende i alt 2763 spiseforstyrrede patienter (2490 kvinder og 273 mænd). Studiet bygger på data fra 1977 til 1993 fra Psykiatriregisteret, Dødsårsagsregisteret og Patientregisteret. Emborg fulgte patienterne i en periode på max 23 år og fandt, at der blandt de spiseforstyrrede var en risiko for tidlig død. Den mest anvendte metode blandt dem, som begik selvmord, var overdosis fulgt af hængning, alkohol og drukning.

Mette Waadegaard (1996) har undersøgt den adfærd, som kan føre frem til en spiseforstyrrelse. Waadegaard benytter i en undersøgelse blandt skole- og gymnasieelever mellem 14 og 21 år begrebet risikoadfærd om spiseforstyrrelser blandt kvinder. Følgende fire elementer skal være til stede:

- Vægtkontrol med hyppige slankekure og fx tvangspræget motion.
- Tiltagende uregelmæssige spisevaner, hvor måltidet ofte springes over, og der i stedet udvikles overspisninger.
- Negativ kropsoplevelse, hvor man ikke kan lide sin krop, føler sig fed uanset om man er normal eller slank.
- Negativt og usikkert selvværd. Afhængighed af bekræftelse fra andre.

Waadegaards efterfølgende befolkningsundersøgelse (2002) blandt 3820 danskere i alderen 16-59 år viser, at 25,7% af de unge kvinder under 20 år har en risikoadfærd for spiseforstyrrelser, og at der blandt de unge kvinder med risikoadfærd ses dårligt helbred og mistrivsel.

Hvorvidt de genetiske faktorer har indflydelse på udvikling af spiseforstyrrelser, er der blevet fokuseret på af Kortegaard (2000). Hun konkluderer, at flere undersøgelser tyder på en sammenhæng mellem genetisk betingede risikofaktorer og udvikling af anorexia nervosa og bulimia nervosa, uden det er muligt nøjere at beskrive de grundlæggende årsager.

Hypotese

Hypotesen er, at selvmordsrisikoen for mennesker med spiseforstyrrelser er markant højere

end for andre mennesker. Men der mangler yderligere dokumentation for denne hypotese.

Formål

På denne baggrund er formålet med undersøgelsen at få afdækket og belyst

- mulige årsager til udvikling af en spiseforstyrrelse
- beskyttende faktorer, herunder betydning af socialt netværk, mestringsstrategier o.l.
- selvmordsrisiko for mennesker med spiseforstyrrelser

med henblik på, at den forebyggende indsats kan målrettes bedre og dermed få en hurtigere og bedre effekt.

Desuden er det formålet at fremkomme med operationelle forslag til forebyggelse af udvikling af spiseforstyrrelser samt forslag til elementer i efterværn/rehabilitering.

5 Teori, metode og data

Indledning

Det er forbundet med megen usikkerhed at fremkomme med svar på, hvorfor nogle personer udvikler en spiseforstyrrelse, og hvorfor nogle forsøger at begå selvmord.

Forskningen inden for såvel spiseforstyrrelser som selvmordsadfærd har primært fokuseret på at afdække risikofaktorer. Vi er dog nødt til at forholde os til, at vi mangler viden om beskyttende faktorer. Hvad beskytter en person med en spiseforstyrrelse mod at handle, hvis personen har alvorlige selvmordstanker?

Teori

Traditionelt er spiseforstyrrelser blevet forstået, forklaret og fortolket som en sygdom, der er opstået i og vedligeholdt af familien. Imidlertid er der nyere studier, som peger på, at der ikke isoleret kan tales om en sygdom, der opstår grundet belastende forhold, som giver psykiske lidelser. Genetiske forhold kan måske bidrage til, at sygdommen udvikles (Kortegaard, 2000).

Sammenhænge mellem belastende omstændigheder i barndommen, udvikling af spiseforstyrrelser og selvmordsadfærd er vanskeligt at undersøge, idet årsager og belastninger virker bredt. Rutter (1988) peger på, at belastende erfaringer i barndommen kan føre til en bred vifte af forskellige former for dårlig tilpasning. Imidlertid kan forhold i barndommen og under opvæksten kun forklare en mindre del af det videre udviklingsmønster. Den sociale arv kan medføre robusthed og mestring af livsforhold, som efterfølgende betyder, at hovedparten af

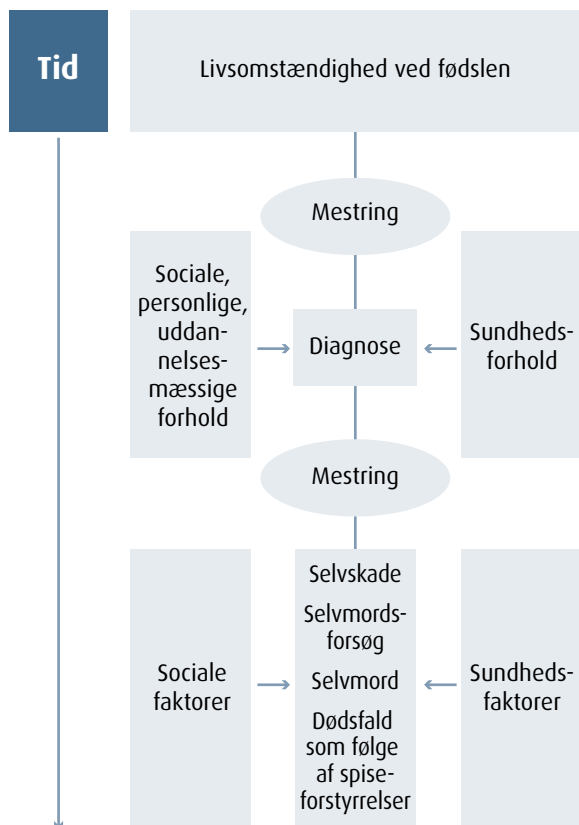
børn med vanskelige livsvilkår klarer sig både absolut og relativt bedre end deres forældre (Social arv, 1999:9).

Når det gælder spiseforstyrrelser og selvmordsadfærd, er der desuden grund til at påpege, at sygdom og selvskadende adfærd ikke kan isoleres fra det samfund, lidelserne opstår i og udspiller sig i. Forskning inden for spiseforstyrrelser og inden for selvskadende adfærd og selvmordsadfærd viser, at det er meget vanskeligt at fremkomme med forudsigelser, idet der er tale om adfærd, som må anskues og forklares såvel multifaktorielt som multidisciplinært. Sårbare børn og unge, som vokser op under vanskelige forhold, kan vise sig at mestre skole- og fritidsliv samt have sund livsstil og sundhedsvaner og et godt socialt netværk (Zøllner, u.å).

Edwin Shneidman (1994) påpeger, at selvmordet ikke er en tilfældig eller formålsløs handling, men i stedet en handling, hvor målet er, at den lidelsesfulde tilstand, vedkommende er i, bringes til ophør. Verden opleves meget begrænset af den selvmordstruede, og han/hun er præget af ”kikkertsyn”, hvor mulighederne for at handle anderledes forekommer at være stærkt indskrænkede. Selvmordet ses som den ultimative udvej ud af den situation, vedkommende befinder sig i. Selvmordet skal derfor ikke forstås eller karakteriseres som en psykiatrisk diagnose, psykose, neurose eller karakterafvigelse, men i stedet som en handling foretaget under indflydelse af stærkt begrænsede forståelses- og handlemuligheder.

Den model, der danner grundlag for det foreliggende arbejde, fremgår af figur 5.1.

Figur 5.1



- socio-kulturelle forhold (fx boligforhold, vold, kriminalitet, arbejdsløshed, sproglig og kulturel integration)
- familieforhold (fx skilsmisse, omsorgssvigt, overgreb, mishandling, incest, sygdom, dødsfald, placering uden for hjemmet)
- uddannelsesforhold (fx dårlige boglige kundskaber, fravær, manglende social integration, mobning)
- sundhedsforhold (fx rygning, kostvaner, alkohol, stoffer, fysisk aktivitet)

En skilsmisse kan være såvel beskyttende som belastende for et barn. Afgørende er det, hvilke omstændigheder og forhold, der har bidraget til forældrenes beslutning. Er skilsmissen en reaktion på alkoholmisbrug, vold og social isolation, kan skilsmissen i sig selv medvirke til at beskytte barnet og fremme en god udvikling. Omvendt kan en skilsmisse være belastende for barnet afhængig af de forudgående forhold og det videre livsperspektiv. På samme måde kan samspillet af andre faktorer under opvæksten belaste og beskytte.

Livsomstændigheder

Modellen tager afsæt i nogle af de grundlæggende livsomstændigheder, der er for den pågældende person ved fødslen. Det drejer sig om omstændigheder, der ikke kan ændres eller påvirkes af personen selv (fx fødselstidspunkt og fødselsvægt).

Faktorer under opvækst

Det enkelte barn kan være født og vokse op under forhold, som henholdsvis kan være beskyttende og belastende for udviklingen. Det drejer sig om

Mestring inden diagnose

En række beskyttende og belastende forhold i den unges liv og dagligdag kombineret med den unges personlighed kan være afgørende for, hvordan den unge mestrer livsomstændigheder og livshændelser (Antovnovsky, 1996). Første led er motivation til mestring. Andet led er en forudsætning for mestring – dvs. at den unge forstår det eller de problemer, vedkommende står over for, og tredje led er, hvorvidt ressourcerne er til stede for at løse problemet (i hjemmet, i uddannelsesinstitutionen, blandt venner osv.).

Michael Rutter (2000) peger i sin forskning på resilience som en proces, der bevirker, at udviklingen gennem barndom og ungdom når et tilfredsstillende resultat til trods for, at barnet gennem opvæksten har erfaringer med situationer, der indebærer en relativ høj risiko for at udvikle problemer for afvigelse. Der er tale om, at den unge er i stand til trods alvorlige risikofaktorer at genoprette, opretholde og muligvis forbedre sin adfærd og psykologiske funktion (Borge 2003).

Diagnose

Nogle unge har en risikoadfærd, som fører til diagnosen anorexia nervosa eller bulimia nervosa og evt. til indlæggelse på somatisk eller psykiatrisk afdeling. Antallet af personer, som søger psykiatrisk lægehjælp for deres spiseforstyrrelse, har gennem de seneste år været stigende, uden at det er klarlagt, om stigningen skyldes øget opmærksomhed overfor problemet, eller om problemet reelt er stigende (Nielsen, 2001; Munk-Jørgensen et al. 1995). I tiden op til diagnosen bliver stillet (fx ved indlæggelse på somatisk eller psykiatrisk afdeling), kan der være en række sociale og sundhedsmæssige livsomstændigheder eller forhold (fx kriminalitet, sygdom, brud eller dødsfald i familien), som kan have afgørende betydning for udviklingen mod en diagnosticeret sygdom som anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

Mestring efter diagnose

De personer, som er blevet diagnosticeret, kan efter lægelig behandling, indlæggelse, ambulatorisk behandling eller anden form for behandling være i stand til at mestre at leve med sygdommen og langsomt bevæge sig mod fuldstændig helbredelse. Andre kan mestre at leve med sygdommen uden gentagne tilbagefald, indlæggelser og behandling. Afgørende er det, hvilke beskyttende og belastende forhold, der påvirker udviklingen.

En spiseforstyrrelse kan være en sådan belastning, at den kombineret med en række prædisponerende forhold, livsomstændigheder, livshændelser og individuelle karakteristika og adfærd fører til selvskade, selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord. Omvendt kan en række beskyttende faktorer og positive omstændigheder minimere risikoen for selvmord væsentligt (Mathisen og Petersson, 2001; Zöllner, u.å).

Selvskade, selvmordsforsøg, selvmord og dødsfald

Risikoen for, at personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse dør, kan anskues ud fra flere vinkler.

- En person med bulimia nervosa, som indbringes til sygehus som følge af en selvskadende handling fx snit i håndled, indtagelse af overdosis af piller eller lignende (kontaktårsag E4), kan ved indlæggelsen begrundede handlingen med et ønske om at tage sit eget liv i fortvivlelse over ikke at kunne modstå trangen til at spise (Apter, 2000).
- Selvmordsforsøget kan medføre, at døden indtræder, selv om dette ikke var hensigten. En person kan gennemføre et selvmordsforsøg hjemme som et råb om hjælp, men ved ankomsten til sygehus er døden indtrådt (selvmord).
- En person med anorexia nervosa kan dø som følge af væggtab, dvs. at der ikke er tale om en enkeltstående dateret handling, men i stedet om et forløb, som resulterer i dødsfald (et langsomt selvmord).
- En person med en spiseforstyrrelse kan dø som følge af følgesygdomme, andre lidelser eller ulykker.

Metode (forud for diagnose)

Med det formål at pege på sociale, sundhedsmæssige, personlige og uddannelsesmæssige forhold, *der ligger forud for en diagnosticeret spiseforstyrrelse*, anvendes

- Registerbaseret undersøgelse
- Kvalitative data fra en spørgeskemaundersøgelse
- Kvalitative data fra unges skriftlige udsagn i form af stil

Datagrundlag for registerundersøgelser

Undersøgelsens data består af i alt 2.179 personer (129 mænd og 2.050 kvinder) i aldersgruppen 11-36 år, der har været indlagt med eller er død af en spiseforstyrrelse i perioden 1990-2000. De spiseforstyrrede er identificeret fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DCP), Landspatientregisteret (LPR) samt fra Dødsårsagsregisteret.

Til de spiseforstyrrede (cases) er dannet en kontrolgruppe matchet på køn og alder i forhold 1:9. Kontrolgruppen (i alt 19.611 personer) er karakteriseret ved at være i live på diagnosedatoen, have samme køn og alder som de spiseforstyrrede og ved ikke at være diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i tiden op til casens diagnosedato.¹

Hvert individs diagnosedato er den dato personen første gang behandles på somatisk eller psykiatrisk afdeling og får diagnosen spiseforstyrrelse eller dør som følge af en spiseforstyrrelse (dødsårsag) i perioden 1990 til 2000 begge inkl. I teorien kan en person være diagnosticeret

med en spiseforstyrrelse i tiden før 1990. Dette ignoreres, da det er nødvendigt for at afgrænse analyseperioden.

Biologiske/juridiske forældre samt søskende identificeres via fertilitetsdatabasen. Endvidere identificeres medlemmer i C- familie. En C- familie defineres som en gruppe af mennesker, der med stor sandsynlighed udgør en familie. Familien sammensættes af Danmarks Statistik efter nogle retningslinier. Der skal være tale om én eller to voksne med hvert sit køn, som ikke har familieskab, er over 16 år, har en aldersforskel på under 15 år, med eller uden fælles/egne børn, som er under 18 år. Er børnene under 18 år, indgår de også i C-familien. Hjemmeboende børn over 18 år udgør deres egen C-familie². Der trækkes oplysninger om populationen fra Lægemiddeldatabasen, Landspatientregisteret, Kriminalregisteret, Den Demografiske Database, Befolkningsregisteret og IDA. Data bruges til at efterprøve de opstillede hypoteser.

Risikofaktorer for diagnosticering med spiseforstyrrelse analyseres ved hjælp af betinget logistisk regression. Den betingede logistiske regression gør os i stand til at vurdere om tilstedeværelsen af en faktor placerer individet i henholdsvis forhøjet eller formindsket risiko for at blive diagnosticeret med spiseforstyrrelse. Den betingede logistiske regression knytter et odds ratio (OR) til hver faktor. Odds ratio angiver, hvor mange gange større eller mindre sandsynligheden for at blive diagnosticeret med en spiseforstyrrelse er for individer, hvor faktoren er til stede set i forhold til individer, hvor faktoren ikke er til stede. Som et eksempel

1) En kontrol til en spiseforstyrret kan selv udvikle en spiseforstyrrelse i tiden efter diagnosedatoen. Dette er studiemæssigt legalt.

2) C-familie-begrebet er udviklet fra Danmarks Statistik og bruges i deres daglige statistiske arbejde. Formålet med C-familie-begrebet er, at man på en simpel måde kan definere en mængde personer, som med stor sandsynlighed udgør en familie.

kan nævnes, at et OR på 2 angiver, at individer, hvor faktoren er til stede, har dobbelt sandsynlighed for at blive diagnosticeret med en spiseforstyrrelse set i forhold til individer, hvor faktoren ikke er til stede.

Der er til alle odds ratio knyttet en p-værdi. P-værdien angiver sandsynligheden for at finde odds ratio med en værdi, som er lige så høj/lav som den værdi, den betingede logistiske regression returnerer, hvis den sande odds ratios værdi er 1,00. Hvis p-værdien er tæt på 0, så ved vi, at odds ratioets sande værdi ikke er 1,00, og derfor må der være sammenhæng faktoren og spiseforstyrrelsen imellem. Hvis p-værdien er tæt på 0, så benævnes sammenhængen som værende en signifikant sammenhæng. Er p-værdien på 5% eller mindre, så slutter vi, at p-værdien er tæt nok på 0 til, at vi vil kalde sammenhængen signifikant. Der er i tabellerne angivet, om sammenhængen er signifikant på et 10%-niveau.

Den betingede logistiske regression giver mulighed for multipel regressionsanalyse, hvor flere faktorer kan være i modellen på samme tid. Fordelen herved er, at modellen tager højde for faktorernes samvarians samt evt. konfounder-effekter³. Dette sikrer en mere korrekt analyse og efterfølgende fortolkning af resultatet. Der er i tabellerne anført OR på crude niveau og på adjusted niveau. Crude niveau angiver OR for den pågældende faktor, når den står alene i modellen, og adjusted niveau angiver OR for den pågældende faktor, som indgår i modellen, der indeholder alle signifikante faktorer. I sidstnævnte analyse er der altså taget højde for faktorernes samvarians samt konfounder-effekter.

OR kan i det foreliggende fortolkes som en relativ risiko (RR).

Ved indbringelse til sygehus sker en registrering, men denne kan variere i systematik. Hvid og Wang (2005) har i en undersøgelse fundet, at registreringspraksis ved henvendelse til somatisk skadestue, akut medicinsk modtagerafdeling eller psykiatrisk skadestuesygehus er usystematisk. Brug af EUN4 kode (kontaktårsagsskade for selvmord/selvmondsforsøg = selvtilføjet skade, selvmutation/villet egenskab) og koderne X60-X84 (bidiagnoserne for tilsigtet selvbeskadigelser) er kønsrelateret, hvilket tyder på, at behandlerne tolker selvskadende adfærd forskelligt for de to køn. Den manglende systematiske registrering ved henvendelse eller henvisning til sygehus skal tages i betragtning ved anvendelse af metoden i den foreliggende undersøgelse.

Datagrundlag for spørgeskemaundersøgelser

Undersøgelsesnes data stammer fra

- spørgeskemaundersøgelsen "Unge (mis)trivsel"
- kvalitativ undersøgelse "Unge livsstil"

Unge (mis)trivsel er en spørgeskemaundersøgelse, som er gennemført tilsvarende i syv europæiske lande som led i Child and Adolescent Self-harm in Europe (the Case-Study) (Zöllner, 2002; Zöllner, u.å.). Kriteriet for udvælgelsen af unge var, at de skulle være mellem 14 og 16 år og modtage undervisning i enten folke- eller friskole. Af de 129 skoler, som i 2001/2002 blev kontaktet, gav 87 skoler (67%) tilsagn om at deltage. I alt besvarede 5227 (86,7%) unge fra 326 klasser spørgeskemaet.

3) En konfounder er en faktor, som kan forklare tilstedeværelsen af andre faktorer samt spiseforstyrrelsen. Derved kan man fejlagtigt komme til at tilskrive en faktor større betydning, end den faktisk har.

Besvarelsene er næsten ligeligt fordelt på køn med 51% drenge og 49% piger. Hovedparten af de unge (63%) er 15 år gamle, hovedparten bor sammen med begge forældre (68,7%), og hovedparten har dansk etnisk baggrund (88%). Frafaldet hos elevgruppen skyldes fx sygdom, fridag, lægebesøg osv. den pågældende dag, dataindsamlingen fandt sted.

Spørgeskemaet indeholder spørgsmål om sårbarhed (behov for professionel hjælp), tanker om selvskade samt om episoder, hvor selvskade har fundet sted. Desuden indeholder spørgeskemaet spørgsmål, som belyser demografi (køn, alder, bopæl). Spørgeskemaet rummer spørgsmål om sund spisning og giver mulighed for, at den unge med egne ord kan beskrive livshændelser, selvskadende adfærd samt overvejelser om forebyggelse af mistrivsel og selvskade.

10,3% af de unge svarer, at de har skadet sig selv, og blandt disse er der en signifikant overvægt af piger i forhold til drenge. Procentvis er der 3,5 gange så mange piger, som skader sig selv i forhold til drenge. Besvarelser fra unge, som angiver at have skadet sig selv, er blevet gennemlæst og analyseret nærmere med henblik på oplysninger om spiseforstyrrelser.

Undersøgelsen Unges livsstil (Zøllner, 2002) omfatter 628 unge i folke- og friskoler i Lemvig kommune (en besvarelsesprocent på 98,9). Undersøgelsen er bygget op om et spørgeskema samt stile. I spørgeskemaet indgår prioritering af værdier – herunder sundhed. I oplægget til stilen er de unge bl.a. blevet bedt om at skrive, hvad de selv anser for at være det største problem, og hvem de evt. har spurgt om hjælp. Desuden er de blevet spurgt om, hvordan de gerne vil have hjælp fremover. Besvarelsene er gennemlæst og analyseret med henblik på oplysning om spiseforstyrrelser.

Metode (efter diagnose)

Med det formål at pege på sociale, sundhedsmæssige, personlige og uddannelsesmæssige forhold, *der ligger efter en diagnosticeret spiseforstyrrelse*, anvendes registerbaseret follow-up undersøgelse.

Datagrundlag

Follow-up undersøgelsens data er de samme som i den registerbaserede undersøgelse forud for en diagnose. Personerne følges i en fireårig periode, *efter* de har fået diagnosen. Af de i alt 2.179 personer har 1408 (85 mænd og 1.323 kvinder) fået diagnosen i perioden 1.-1-1990 til 31.-12-1997 og danner herved datagrundlag i follow-up undersøgelsen. Kontrollerne til de 1408 spiseforstyrrede udvælges ligeledes og analyseres, hvorved det er muligt at sammenligne de spiseforstyrredes follow-up periode med kontrolgruppens periode.

Follow-up perioden analyseres vha. overlevelsesanalyse. Det er i analysen af follow-up perioden nødvendigt at tage højde for, at individer udgår af studiet pga. immigration, dødsfald ol., med andre ord individerne censureres ud. Vi har valgt at bruge LIFETEST proceduren fra SAS til at bestemme det ikke-parametriske estimat af overlevelseskurve (overlevelsesfordelingen). Proceduren tager højde for censurering og gør os i stand til at sammenligne grupper med hensyn til overlevelse samt præsentere overlevelseskurverne i et grafisk format.

Begrebet overlevelse skal ikke forstås alt for ordret, da overlevelsesanalyse ikke kun anvendes til at analysere overlevelse. Metoden kan anvendes til at analysere tiden op til en begivenhed indtræffer, f.eks. tiden fra diagnosedatoen op til et selvmordsforsøg, hvor forsøget har en ikke-dødelig udgang.

Det er muligt at analysere sammenhængen mellem en faktor og overlevelsestiden. Man kan forstille sig, at tilstedeværelsen af en bestemt faktor udsætter/fremskynder tidspunktet, hvor begivenheden indtræffer. Et eksempel herpå kan være, at tilstedeværelsen af små børn i en kvindes liv, udskyder et selvmord. Et andet eksempel kan være, at en depression fremskynder et selvmord eller selvmordsforsøg. Vi har valgt at anvende PHREG proceduren fra SAS til at foretage regressionsanalyse af overlevelsedata. Proceduren er baseret på Cox's proportionale hazards model. Proceduren gør det muligt at analysere sammenhængen mellem en faktor og overlevelsestiden. Proceduren knytter på samme måde som den betingede logistiske regression et hazards ratio og en p-værdi til resultatet (kan fortolkes som relativ risiko). Fortolkningen af disse værdier er den samme som under den betingede logistiske regression.

6 Sociale og sundhedsmæssige forhold forud for diagnosedatoen

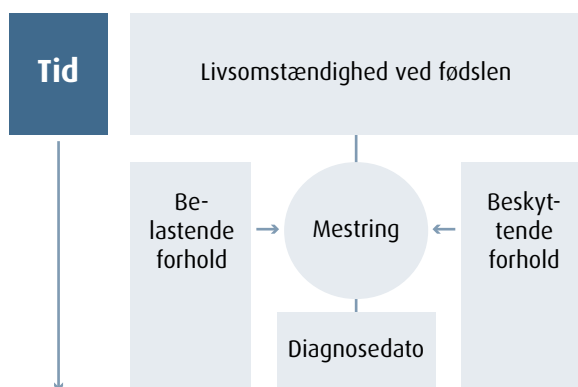
Indledning

Nogle børn fødes i familier med svære belastninger, som danner udgangspunkt for deres videre liv, og langt de fleste børn vil i løbet af opvæksten møde udfordringer og problemer, de skal forholde sig til. Hovedparten af unge er i stand til at mestre de vanskeligheder og udfordringer, de konfronteres med og kommer igennem puberteten uden større problemer, men en mindre del må betegnes som sårbare unge, der er i risiko for at skade sig selv (Zøllner, u.å.). Nogle unge begynder meget tidligt at tabe sig og fokusere på deres vægt, uden at der er tale om, at de derved skader sig selv. Andre unge udvikler tidligt i ungdommen anorexia nervosa eller bulimia nervosa eller en anden form for spiseforstyrrelse og indlægges til behandling.

Forhold forud for diagnosedatoen

I det følgende vil der blive fokuseret på de belastende og beskyttende livsomstændigheder eller forhold, som ligger forud for den dato, hvor en person får diagnosen anorexia nervosa eller bulimia nervosa (diagnosedatoen).

Figur 6.1



De livsomstændigheder, som indledningsvis undersøges, er personens

- fødselstidspunkt
- fødselsvægt
- forældrenes alder
- forældrenes aldersforskel

Endvidere undersøges nedenstående forhold i familien i *årene* før diagnosedatoen

- udvikling af spiseforstyrrelse hos søskende
- domfældelse af forældrene
- anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder eller andre spiseforstyrrelser hos forældre
- forældres dødelighed

Derefter undersøges nedenstående forhold i familien i *året* før diagnosedatoen.

- forældrenes indkomst
- forældrenes uddannelsesniveau

Til sidst undersøges følgende forhold i familien *på diagnosedatoen*

- forældrenes alder
- forældrenes C-familierelation
- familie på diagnosedatoen

Som tidligere nævnt er udvikling af spiseforstyrrelser et meget komplekst samspil af biologiske, personlighedsmæssige, sociale og familiemæssige

faktorer. Dette samspil foregår på en lang række forskellige niveauer og kan henholdsvis beskytte og belaste individet. I første omgang vil ovennævnte forhold blive analyseret enkeltvis, og efterfølgende vil der blive foretaget en analyse, hvor flere udvalgte faktorer indgår.

Deltageres køn og alder

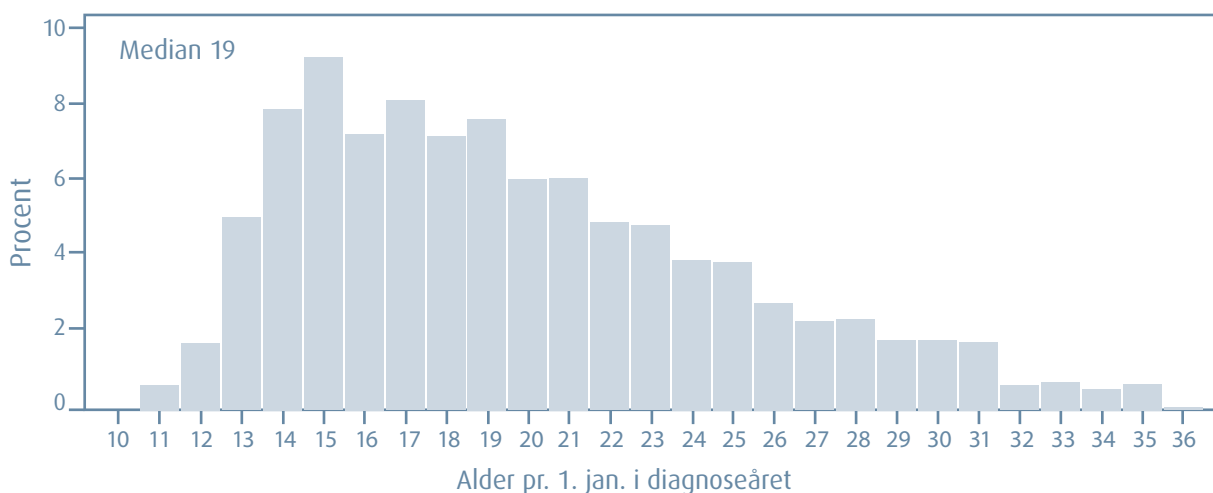
Studiet omfatter i alt 2179 personer, som er diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i forbindelse med en indlæggelse på et sygehus i perioden 1/1 1990 til 31/12 2000, samt en kontrolgruppe på 19.611 personer.

Aldersfordelingen for de spiseforstyrrede ses i figur 6.2.

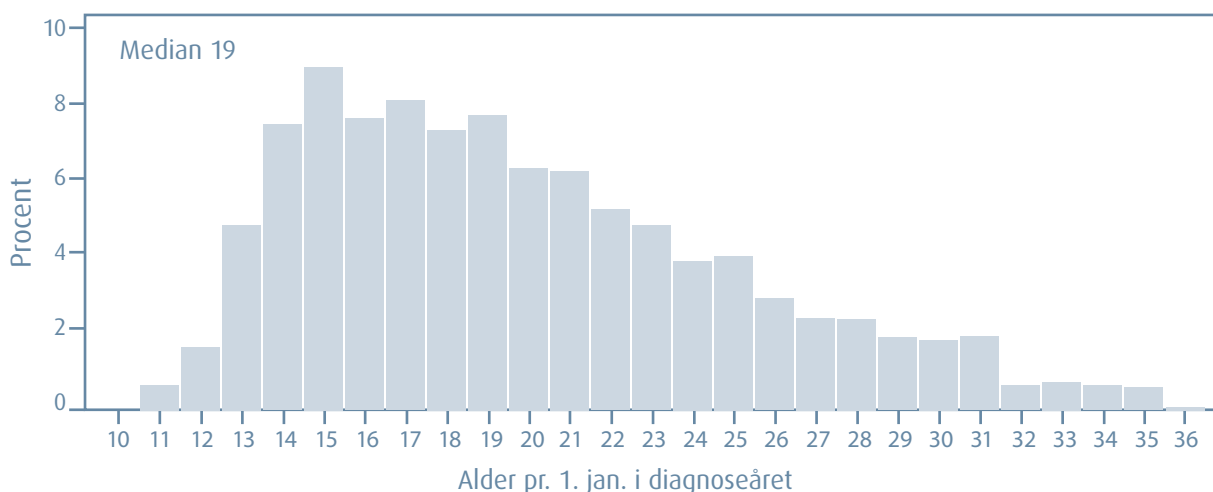
Halvdelen af kvinderne er 19 år eller derunder, mens halvdelen af mændene er 17 år eller derunder. Aldersfordelingen viser, at der er tale om unge i teenagealderen, og at kvinderne tilsyneladende er ældre, når de bliver diagnosticeret end mændene (Figur 6.3 og 6.4).

Denne forskel kan bero på valg af metode ved dataudtræk, men kan også skyldes, at pigerne kan skjule en spiseforstyrrelse i længere tid end drengene. Såfremt pigernes fritidsinteresser (fx dans og modelarbejde) associerer til en lav kropsvægt, kan de voksne, som omgiver den unge i dagligdagen, have vanskeligt ved se signaler på et stadigt vægttab.

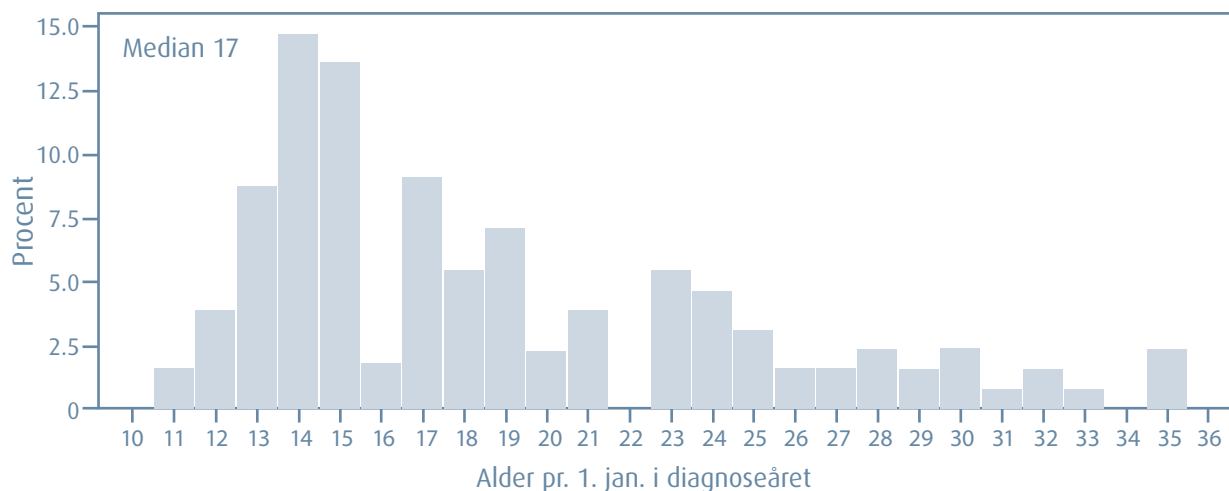
Figur 6.2 Aldersfordeling (alle)



Figur 6.3 Aldersfordeling efter køn (kvinder)



Figur 6.4 Aldersfordeling efter køn (mænd)



Livsforhold på fødselstidspunktet

Der har i en række undersøgelser været fokuseret på svangerskab, fødsel og moderskab blandt de spiseforstyrrede, idet disse forhold indebærer grundlæggende ændringer og udfordringer for kvinden. Seksualiteten, intimiteten, selvstændigheden, nærheden, adskillelse og selvværdet er knyttet til identitetsfølelsen, og graviditet og fødsel kan få afgørende indflydelse på udvikling af en spiseforstyrrelse. Moszkowicz (2000) peger i sin litteraturgennemgang af de gennemførte studier på, at hovedparten af kvinderne udvikler en spiseforstyrrelse inden de bliver gravide, og at der ses både uændrede, forværrede og ændrede symptomer under graviditeten. Ældre danske undersøgelser (Brinch et al, 1985, 1988) viser, at anorektiske mødre i signifikant større udstrækning føder børn med en fødselsvægt på under 2500 gram end mødre uden en spiseforstyrrelse, og at der er en dobbelt så stor risiko for, at børn af spiseforstyrrede fødes for tidligt. Stein et al, (1994 og 1996) finder i deres studie, at spædbørn, hvis mødre lider af en spiseforstyrrelse, har lavere vægt end børn, hvis mødre ikke har en spiseforstyrrelse.

Kortegaard (2000) konkluderer efter gennemgang af studier, at undersøgelserne tilsammen tyder på, at der er et familiært eller genetisk betinget bidrag for at udvikle anorexia nervosa, og at en lav vægt i sig selv er en genetisk betinget risikofaktor. Sundhedsstyrelsen (2005) påpeger i Spiseforstyrrelser ligeledes, at der ser ud til at være en rent biologisk sårbarhed over for vægttab, og at det genetiske aspekt har en mindre indflydelse ved bulimia nervosa.

Den spiseforstyrredes vægt og fødselstidspunkt

På baggrund af hidtil gennemførte studier er der grund til at undersøge, om fødselstidspunktet og vægten har betydning for udvikling af spiseforstyrrelser. Udgør en for tidlig fødsel en risikofaktor for, at barnet senere i livet udvikler en spiseforstyrrelse? Er en lav fødselsvægt en faktor, der bør have større opmærksomhed i forebyggelsen af udvikling af spiseforstyrrelser?

Et svangerskab varer normalt mellem 39 og 40 uger. Et barn født til tiden er i den foreliggende undersøgelse defineret som født 38-42 uger efter undfangelsen. Børn født mellem 35 og

37 uger efter undfangelsen er definerede som lidt for tidligt fødte, og børn født før 35 ugers svangerskab er definerede for tidligt fødte. De børn, som er født efter uge 42, defineres som for sent fødte.

Af de 2179 personer med spiseforstyrrelser var der 1413, hvis fødselstidspunkt var ukendt. Blandt de spiseforstyrrede er der en signifikant ($p < 0,05$) overvægt af personer, som er født lidt for tidligt (mellem 35. og 37. svangerskabsuge) i forhold til personer, som er født til tiden. Risikoen for, at piger udvikler en spiseforstyrrelse, er 80% højere for de lidt for tidligt fødte, end for de piger, som fødes til tiden. For drenge er der en usikkerhed om risikofaktoren. Denne usikkerhed kan dels skyldes, at analyserne bygger på et lille antal unge mænd og dels skyldes andre forhold.

Et nyfødt barn vejer normalt mellem 2500 og 3999 gram. En lidt for lav fødselsvægt er mellem 1500 og 2499 gram, og en lav fødselsvægt ligger under 1500 gram. En lidt forhøjet fødselsvægt er mellem 4000 og 4999, og en forhøjet fødselsvægt er over 5000 gram.

For 1439 af de spiseforstyrrede er der ikke angivet fødselsvægt, hvilket bl.a. skyldes, at angivelse af vægt ikke forekommer i Landspatientregisteret før efter 1979, og vægt på børn født i udlandet indgår heller ikke i registeret.

Blandt de spiseforstyrrede er der en signifikant ($p < 0,05$) overvægt af piger, hvis fødselsvægt er lidt for lav. Hvis man som pige fødes med en lidt for lav vægt (1500-2499 gram), er risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse 64% højere, end hvis fødselsvægten er i normalområdet (mellem 2500 og 3900 gram). Der er usikkerhed om, hvorvidt denne risiko også gælder for drenge. De tal, analyserne bygger på, er for lave

til at kunne konkludere, at det forholder sig ens for både drenge og piger. Der er for få drenge med spiseforstyrrelser.

Sagt med andre ord er det en beskyttende faktor for udvikling af en spiseforstyrrelse at blive født til tiden og blive født med en normalvægt. Det er ikke en signifikant beskyttende faktor, at barnet er overvægtigt ved fødslen, idet det ikke kan påvises, at piger født med en vægt på over 4000 gram i mindre udstrækning får diagnosen spiseforstyrrelser end piger født med normalvægt. Det kan heller ikke påvises, at et senere fødselstidspunkt end det normale er beskyttende for udvikling af en diagnosticeret spiseforstyrrelse hos kvinder. Ingen af de nævnte forhold kan med sikkerhed siges at være beskyttende for drenge - muligvis begrundet af det lille antal mandlige personer i undersøgelsen.

Det bør igen pointeres, at fødselsvægt og fødselstidspunkt i sig selv ikke kan fremme eller hæmme udvikling af en spiseforstyrrelse, men skal vurderes i samspil med andre faktorer.

Forældres alder og aldersforskel

Den foreliggende undersøgelse viser, at forældrenes alder og aldersforskel ved barnets fødsel ingen betydning har for risikoen for udvikling af en spiseforstyrrelse. Dette forhold gælder, uanset om faderen eller moderen er under 18 år, og uanset om der er tale om en aldersforskel på de biologiske forældre på over 10 år.

Livsforhold og livsbegivenheder i tiden op til diagnosedatoen

De psykosociale forhold, barnet vokser op under, kan have en afgørende indflydelse på barnets psykiske og fysiske trivsel. Moszkowicz (2000) peger i sin gennemgang af studier på, at amning, moderens tilfredshed med egen krop,

forældrenes adfærd omkring spisning, mor-barn relationen ved spisesituationerne samt barnets egen adfærd under måltiderne kan have en afgørende indflydelse på, om barnet langsomt udvikler en spiseforstyrrelse eller ej. Ligeledes kan det være af betydning, hvorvidt der i familien er personer med diagnostiseret spiseforstyrrelse. Kortegaard (2000) har i sin gennemgang af tvillingestudier peget på, at en del undersøgelser viser en tendens til, at slægtninge (forældre, søskende og børn) til personer med en spiseforstyrrelse selv udvikler sygdommen. Imidlertid er der ud fra de gennemgæede studier grund til at drage meget forsigtige konklusioner, idet studierne er vidt forskellige, og udvælgelsen af deltagere er meget varierende.

Forældres spiseforstyrrelse

Den her foreliggende undersøgelse viser en signifikant sammenhæng ($<0,05$) mellem forældres og børns spiseforstyrrelse. Såfremt én eller begge forældre er diagnostiseret anorektiker i psykiatrien eller i somatikken, er der fire gange så stor risiko for, at døtrene eller sønnerne udvikler en spiseforstyrrelse i forhold til, hvis forældrene ikke er diagnostiseret. Antallet af spiseforstyrrede, hvis forældre er diagnostiseret med bulimia nervosa, binge-eating disorder eller andre spiseforstyrrelser, er så lavt, at en risikofaktor ikke kan fastslås.

Udvikling af spiseforstyrrelse hos søskende

Der har været stillet en lang række spørgsmål ved, om det er bestemte familietyper, der har spiseforstyrrede familiemedlemmer. I en dansk-svensk undersøgelse (Wallin, Pøijen og Hansson, 1996), som bygger på 18 danske og 33 sydsvenske familier med et barn, som havde fået diagnostiseret anorexia nervosa, fremgår det, at det er muligt at udvikle anorexia nervosa i forskellige familietyper, og at der således ikke er

én bestemt type familie, som man kan sige er karakteristisk for, at familiemedlemmer udvikler spiseforstyrrelser.

I dag er kernefamilien kun én ud af mange familietyper. Mange forældre bor sammen uden at være gift, en del forældre har delebørn, og en del børn oplever bofællesskab med fars eller mors børn fra tidligere ægteskaber eller parforhold. Desuden bor en del børn i dag alene med én af forældrene med større, mindre eller ingen tilknytning til den anden forælder.

I den her foreliggende undersøgelse viser det sig at være en belastende faktor for udvikling af en spiseforstyrrelse, hvis andre af faderens børn har udviklet en spiseforstyrrelse. Risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse er for pigernes vedkommende fem gange større, hvis én eller flere søskende på fars side har fået sygdommen. For drengenes vedkommende kan der ikke ses signifikant forhøjet risiko, men ser vi på den samlede gruppe (dreng og piger), er risikoen for selv at få en spiseforstyrrelse fem gange større, hvis andre af fars biologiske børn har været indlagt eller er blevet behandlet for en anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder eller andre spiseforstyrrelser.

Det samme forhold er gældende, når fokus rettes mod moderen, men her ses også en signifikant risiko for, at sønnerne udvikler en spiseforstyrrelse, hvis andre af mors biologiske eller juridiske børn har været indlagt eller er blevet behandlet for anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder eller andre spiseforstyrrelser. For sønnernes vedkommende er risikoen for udvikling af sygdommen 18 gange større, og for døtrenes vedkommende stiger risikoen næsten fem gange, hvis søskende på mors side er blevet diagnosticeret. Ser vi på den samlede gruppe (sønner og døtre), er risikoen

for selv at udvikle en spiseforstyrrelse fem gange større, hvis andre søskende på mors side har været indlagt eller er blevet behandlet.

I den foreliggende undersøgelse er det undersøgt, hvor mange søskende de spiseforstyrrede og kontrolgruppen har på henholdsvis mors og fars side før diagnosedatoen. Det har været muligt at dele dem op i tre grupper:

- Gruppe 1: personer, hvor det er ukendt, om der er søskende.
- Gruppe 2: personer, som ingen søskende har
- Gruppe 3: personer, som har søskende.

Det viser sig, at der er en overvægt af spiseforstyrrede i den gruppe, som ingen søskende har (Gruppe 2). At være enebarn på mors side forøger risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse med 25%, og at være enebarn på fars side forøger risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse med 22%. Hvis man ingen søskende har på hverken mors eller fars side, forøges risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse med 21%. En kønsspecifik analyse af at være enebarn viser, at det især er døtrene, som får forøget deres risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse. Analysen kan ikke dokumentere samme effekt for sønnerne.

Domsfældelse af forældre

Fra andre undersøgelser er det kendt, at en overvægt af selvskadende unge har været udsat for belastende opvækstforhold som fx omsorgssvigt, misbrug og incest (Nygaaard Christoffersen, 1994 og 1999; Zöllner, u.å.). Forældres kriminalitet, misbrug, arbejdsløshed og sygdom kan sammen med andre forhold udgøre en risikofaktor for, at nogle børn mistrives, mens andre børn og unge klarer sig gennem barndommen og ungdommen, uden at forældrenes adfærd, sygdom eller sociale forhold har vist sig at være

så belastende for barnet, at det ikke har været i stand til at mestre udfordringerne.

Forældres domsfældelse er en livsbegivenhed, som kan have potentiel mulighed for at ændre barnets eller den unges psykiske eller fysiske helbredstilstand afhængig af den enkeltes evne til at mestre situationen og evne til at forsvare sig eller tilpasse sig omstændighederne.

Af den her foreliggende undersøgelse fremgår det, at fædres lovovertrædelser er en belastende faktor for, at døtre udvikler anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder eller en anden spiseforstyrrelse. Døtre, hvis fædre er dømt for vold, har en forøget risiko på 30% for at udvikle en spiseforstyrrelse, inden de fylder 35 år. En voldsdom har tilsyneladende ingen signifikant indflydelse på sønners udvikling af spiseforstyrrelse, ligesom der hverken for døtres eller sønners vedkommende ses en øget risiko, hvis moderen er dømt for vold.

I modsætning hertil er det af betydning, hvis moderen er dømt for tyveri. For døtrene øges risikoen med 42%, mens det tilsyneladende er uden signifikant betydning for sønnerne, hvis moderen har modtaget en dom for tyveri. I de tilfælde, hvor faderen er dømt for tyveri, ses en signifikant betydning for døtrene, da risikoen stiger med 26%. Ser vi på den samlede gruppe (både sønner og døtre), er der en signifikant overvægt blandt de spiseforstyrrede, hvis mor eller far er blevet dømt for tyveri.

Fædres dom for blodskam udgør en væsentlig belastende faktor for, at deres datter kan udvikle anorexia nervosa, bulimia nervosa eller en anden form for spiseforstyrrelse. Risikoen for at udvikle sygdommen, inden den unge pige bliver femogtredive år, er 3 gange større, hvis faderen på et eller andet tidspunkt i sit liv er

blevet dømt for blodskam, end hvis han ikke havde begået denne forbrydelse. Dommen kan være afsagt, før datteren blev født, men kan også være afsagt under opvæksten. Den kriminelle handling behøver ikke nødvendigvis at have været rettet mod den datter, som udvikler en spiseforstyrrelse, men kan også have været rettet mod en anden i familien. Der kan ikke aflæses nogen signifikant betydning for sønnernes vedkommende.

Såfremt mødre på et eller andet tidspunkt i deres livsforløb er dømt for anden form for lovovertrædelse end seksuel forbrydelse, færdselsloven, tyveri, vold eller blodskam er det en belastende faktor for såvel sønner som døtre. Blandt spiseforstyrrede af begge køn ses en signifikant overvægt af sønner ($p < 0,05$) og døtre ($p < 0,05$), hvis mor på et tidspunkt i sit liv er blevet dømt for anden lovovertrædelse end de tidligere nævnte. For døtrenes vedkommende øges risikoen for, at de udvikler en spiseforstyrrelse med 60%, og for sønnernes vedkommende øges risikoen næsten fire gange.

Forældres sygdom og død

Forældres sygdom og død er belastende livsbegivenheder, som andre undersøgelser har påvist påvirker den unges tanker om selvskaade, som kan udløse selvskaadende handlinger (Zøllner, 2002, Zøllner, u.å.). Blase (2000) påpeger, at de undersøgelser, som beskæftiger sig med konsekvensen af nærtstående familiemedlemmers sygdom, død og ulykke, bekræfter, at der generelt ses en øget risiko for psykopatologiske tilstande.

I den her foreliggende undersøgelse ses, at forældres psykiske sygdom udgør en risikofaktor for, at unge udvikler en spiseforstyrrelse. Rettes fokus mod faderens psykiske sygdom og behandling, øges risikoen for, at døtrene udvikler en spiseforstyrrelse med 60%. For sønnernes

vedkommende er risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse dobbelt så stor, hvis faderen eller moderen har modtaget behandling på psykiatrisk afdeling i forhold til personer, hvor fædrene ikke har modtaget behandling.

Blandt de spiseforstyrrede ses tilsvarende en signifikant overvægt, hvis mødrene har modtaget psykiatrisk behandling. Risikoen øges for drengenes vedkommende med 90% og for pigernes vedkommende med 58%. Ses belastningen samlet for sønner og døtre, er der ikke den store forskel på, om det er far (en øget belastning på 62%) eller mor (en øget belastning på 60%), der har modtaget behandling for en psykisk sygdom.

En række undersøgelser har påvist, at forældres selvmordsadfærd udgør en risikofaktor for, at unge udøver selvskaade, forsøger at begå selvmord eller begår selvmord. Nygaard Christoffersen (1999) har i en empirisk undersøgelse fundet, at forældres selvmordsforsøg udgør en indikator, der fortæller noget om en forøget risiko for børns og unges senere selvdestruktive adfærd samt deres indlæggelse som følge af psykiatriske lidelser. En undersøgelse af 5000 unge i alderen 13-16 år viser, at forældres selvmordsadfærd udgør en risikofaktor for, at unge skader sig selv (Zøllner, u.å.).

Af den her foreliggende undersøgelse blandt de spiseforstyrrede ses en tendens til udvikling af spiseforstyrrelse blandt piger, hvis mor har begået selvmord ($p < 0,10$). Vi kan ikke med sikkerhed dokumentere den forhøjede risiko, da p -værdien ikke er under 0,05.

Forhold i familien året før diagnosedatoen

Opvækstforholdene i barndommen og livsbegivenheder kan medføre en lang belastnings-

periode, som den pågældende person kan opleve mere eller mindre skadevirkende. Såfremt den enkelte person ikke har muligheder for eller ressourcer til at håndtere de truende eller uønskede begivenheder, der opstår, kan udviklingen øge risikoen for psykologiske problemer og psykiske sygdomme. Omvendt kan en række forhold (fx forældres sociale vilkår, forældres uddannelsesniveau) beskytte barnet og være et bidrag til at se løsninger og muligheder.

Opvækstforholdene fra barndommen (sociale forhold, forældres uddannelses- og arbejdsforhold) kan ændre sig over tid inden puberteten. I det følgende vil fokus derfor blive rettet mod forhold et år før diagnosedatoen.

Forældres uddannelsesniveau og indkomst

Den foreliggende undersøgelses analyser viser, at der blandt de spiseforstyrrede er en signifikant overvægt af kvinder, hvis fædre har en mellem-lang eller en lang videregående uddannelse.

Rettes fokus mod fædre med en mellemlang uddannelse øges risikoen for, at døtrene udvikler en spiseforstyrrelse med 18%. Der kan ikke aflæses en signifikant belastningsfaktor for sønnernes vedkommende.

Endvidere viser analyserne en signifikant overvægt af spiseforstyrrede kvinder, hvis fædre har en lang videregående uddannelse. Risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse øges med 32%, hvis fædre et år før diagnosedatoen har en lang videregående uddannelse. Noget tyder på, at det samme gør sig gældende for mødrene, dog opfylder signifikansniveauet ikke de 5%, og vi kan derfor ikke med sikkerhed sige, at det forholder sig således. Der kan ikke aflæses en signifikant belastningsfaktor for sønnernes vedkommende uanset, om der fokuseres på

fædrenes eller mødrenes uddannelsesniveau. Indkomst og uddannelsesniveau hænger sammen, og analyserne peger i retning af, at det er en beskyttende faktor for udvikling af en spiseforstyrrelse for de unge kvinder, hvis fædrenes indkomst et år før diagnosedatoen er anden laveste indkomstgruppe (korrigeret for inflation). Det er ikke muligt, at se denne tendens for sønnernes vedkommende.

Forhold i familien på diagnosedatoen

Den aktuelle sociale situation på selve diagnosedatoen kan bidrage til at danne sig et billede af såvel belastende som beskyttende forhold og dermed også perspektiver på mulige strategier for forebyggelse. Fra behandlingssteder er der viden om hvilke faktorer og livsbegivenheder, der kan udløse spiseforstyrrelser (Plambech et al, 2000). Det er bl.a. kæresteproblemer, fraflytning fra opvækstfamilie, midlertidigt ophold i udlandet grundet studie eller arbejde, problemer i opvækstfamilien (fx forældres skilsmisse eller alkoholproblemer) og fysiske ændringer i puberteten.

Waadegaard (2002) har i sin undersøgelse fundet, at der for gifte kvinder ses en signifikant mindsket hyppighed af risikoadfærd.

Af en anden undersøgelse af unges sårbarhed og selvskade (Zöllner, u.å.) fremgår det, at unge af enlige forældre er mere sårbare end unge, hvis forældre er gift. Desuden viser resultaterne, at det er en beskyttende faktor for selvskade at have forældre, der lever i et ægteskab.

I den her foreliggende undersøgelse er der fokuseret på forældrenes parforhold, idet langt de fleste spiseforstyrrede i denne undersøgelse som nævnt er i teenagealderen. Analyserne viser, at forældrenes relationer er af betydning for, om deres datter udvikler en spiseforstyrrelse eller ej. Blandt de spiseforstyrrede kvinder ses

en signifikant overvægt, hvis forældre ikke bor sammen på diagnosedatoen. For døtrene ses en forøget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse på 24%, såfremt forældrene ikke bor sammen (C-familie).

De forhold og livsbegivenheder, som barnet vokser op under, kan opleves og tolkes forskelligt af det enkelte individ. Blaase (2000) gør opmærksom på, ”at det er værd at overveje om belastende begivenheder – enten flere på hinanden følgende eller oplevelse af mere kronisk karakter – spiller en større rolle i udviklingen af spiseforstyrrelser end hidtil antaget?” Blaase (ibid.) besvarer ikke spørgsmålet, men peger i stedet på, at belastninger livet igennem kan have betydning for spiseforstyrrelser på tre måder: som sårbarhedsskabende, sårbarhedsudløsende og fastholdende faktorer.

Om de belastende og beskyttende forhold forud for diagnosedatoen, som er fremlagt i denne undersøgelse, vedvarende kan være sårbarhedsskabende og fastholdende, beror på en lang række forhold.

Diagnosen spiseforstyrrelser indebærer psykologiske og fysiologiske stressforhold, som gensidigt forstærker hinanden (selvværd, diæt, magtesløshed osv.), og de færdigheder, der skal til for at mestre dagligdagen, slides, hvilket kan vanskeliggøre en helbredelse.

Multipel logistisk regression

Som nævnt i afsnit 5 Teori, metode og data er der fornuft i at foretage multipel logistisk regression af potentielle risikofaktorer, for derved at sikre en mere korrekt analyse af faktorerne og efterfølgende fortolkning af resultaterne, end hvis faktorerne analyseres enkeltvis. Flere af ovenstående faktorer samvarierer. Et eksempel herpå er fødselstidspunkt i forhold til terminen

og fødselsvægten. Jo tidligere fødsel jo lavere vægt, dvs. fødselstidspunktet og fødselsvægten udtrykker næsten det sammen dog med undtagelser, da man kan forestille sig børn, som er født til tiden men med en lav vægt. Et andet eksempel kan være forældrenes indkomst og uddannelsesniveau. Sammenhængen er således, at et højt uddannelsesniveau ofte udløser en forholdsvis stor indtægt. Man kan også i dette tilfælde forestille sig tilfælde, hvor folk med et lavt uddannelsesniveau har en høj indkomst (selvstændige erhvervsdrivende), samt den modsatte situation.

En lang række af potentielle faktorer, som menes at kunne påvirke udviklingen af en spiseforstyrrelse, blev analyseret med henblik på at skabe en multipel model, hvor modellen med stor sandsynlighed kan være med til at forklare, at nogle udvikler en spiseforstyrrelse. Mange af faktorerne er tidligere nævnt i dette kapitel og omfatter følgende:

- Forældrenes alder
- Forældrenes død/selv mord
- Forældrenes behandling på psykiatriske afdelinger
- Forældrenes spiseforstyrrelser
- Forældrenes indkomst
- Forældrenes uddannelsesniveau
- Forældrenes alder på fødselstidspunktet
- Forældrenes aldersforskel
- Forældrenes separation
- Forældrenes lovovertredelser
- Spiseforstyrrede søskende
- Antal af søskende
- Fødselsvægt
- Fødselstidspunkt i forhold til terminen

Resultatet af den multiple logistiske regression kan aflæses i nedenstående tabel (Tabel 6.1), som angiver de signifikante faktorer. Resten

af de nævnte faktorer blev insignifikante i den multiple model og kan derfor ikke forklare udviklingen af en spiseforstyrrelse, eller også forklarer de det samme som de signifikante faktorer. Der er i tabellen angivet signifikansniveauet samt, hvorledes faktoren påvirker risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse.

Resultat

Ud fra tabel (6.1) ses, at spiseforstyrrelse er en multifaktoriel problemstilling, hvor kulturelle, sociale og sundhedsmæssige forhold gør sig gældende. Endvidere er der en lang række af andre forhold, som også gør sig gældende, men det har ikke været muligt at inddrage disse i

Tabel 6.1

Faktor	Signifikans niveau	Risiko
Forældre har anorexia nervosa	P=0,0517	Øger risikoen med 245%
Far har modtaget behandling på psykiatrisk afdeling	P<0,0001	Øger risikoen med 50%
Mor har modtaget behandling på psykiatrisk afdeling	P<0,0001	Øger risikoen med 44%
Far uddannet på mellemlangt niveau i forhold til folkeskoleniveau	P=0,0027	Øger risikoen med 25%
Far uddannet på videregående niveau i forhold til folkeskoleniveau	P=0,0007	Øger risikoen med 38%
Forældrene bor ikke sammen, i forhold til at bo sammen	P=0,0036	Øger risikoen med 17%
Far dømt for blodskam	P=0,0355	Øger risikoen med 203%
Mor dømt for anden lovovertrædelse end seksuel forbrydelse, færdselsloven, tyveri, vold eller blodskam	P=0,0095	Øger risikoen med 60%
Individet er født med en lidt for lav fødselsvægt i forhold til at være født med en normal vægt	P=0,013	Øger risikoen med 47%
Individet har spiseforstyrrede søskende	P=0,0001	Øger risikoen med 358%
Individet er enebarn	P=0,0468	Øger risikoen med 20%

dette studie. Tabellen viser, at familiens psykiske sundhedsmæssige tilstand spiller væsentligt ind på, om individet udvikler en spiseforstyrrelse. Men også at sociale og demografiske forhold, som forældrenes uddannelsesniveau, sambos relationer, lovovertrædelser samt forhold som gør sig gældende på fødselstidspunktet, påvirker spiseforstyrrelsesadfærden.

De tre faktorer, som i særlig grad forøger risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse, er, om personen har

- spiseforstyrrede søskende (øger risikoen med 4½ gang)
- forældre med anorexia nervosa (øger risikoen med 3½ gang)
- en far, som er dømt for blodskam (øger risikoen med tre gange)

Faktorernes samvarians

Det er ikke nødvendigvis således, at tilstedeværelsen af to eller flere af ovenstående signifikante faktorer resulterer i, at risikoen bliver multipliceret op som et produkt af de to eller flere faktorer. Dette vil gøre sig gældende, hvis faktorerne er uafhængige, dvs. ikke spiller sammen eller samvarierer. Man kan nemt forestille sig, at faktorerne samvarierer i en eller anden forstand. Et eksempel herpå kan være faktorerne enebarn og spiseforstyrrede søskende, da man jo ikke kan være enebarn og have spiseforstyrrede søskende på samme tid.

7 At skade sig selv

Indledning

Et ønske om at slanke sig kan gå forud for spiseforstyrrelse. Der kan have været et forløb, hvor den unge ikke har haft det godt med sig selv, og hvor manglende selvtillid har været fremherskende. Mange unge er mestre i at skjule deres problemer for omverdenen, og de forsøger ofte at benægte eller bortforklare fakta, eller de undlader at søge hjælp.

Flere undersøgelser (Sundhedsstyrelsen, 2002, Zøllner, 2002, Zøllner u.å.) viser, at ensomhed opleves i større udstrækning af pigerne end af drengene, og at hovedparten af de sårbare ikke søger hjælp eller taler med voksne om problemerne, selv om de er omgivet af såvel forældre som af lærere hver dag.

Visionen om det gode liv

I undersøgelsen om Unges livsstil (Zøllner, 2002) er de unge i 7.-10. klasse blevet bedt om at foretage en værdiprioritering. Spørgsmålet lyder ”Hvad er vigtigst for dig?”, og de har følgende værdier at prioritere: Sundhed (et godt helbred), viden, frihed, ligeværd, fællesskab, tryghed i familien, venskab, solidaritet, omsorg for andre, uafhængighed, ærlighed. De unge prioriterer venskab øverst efterfulgt af tryghed i familien og sundhed (et godt helbred). Resultaterne underbygges af andre gennemførte værdiundersøgelser blandt unge (Varming og Zøllner, 2002).

Vigtigheden af venskab og tryghed i familien afspejles også i en senere undersøgelse (Zøllner u.å.), hvor resultaterne bygger på 5000 unge i Fyns Amt. Blandt en mindre del af de unge

er problemer i familien og blandt vennerne indledningen til, at alvorlige tanker om at skade sig selv dukker op. De unge mener ikke, at der er overensstemmelse mellem visionen om det gode liv og det liv, de lever. Ensomhed, ikke at have nogen fortrolige at tale med, og mobning kan understøtte deres tanker om en manglende sammenhæng og mening. De kan ikke se muligheder for forandringer og løsninger, og de kan ikke finde strategier, som gør dem i stand til at mestre problemerne. I stedet kan tanker om at skade sig selv dukke op og tiltage. 99% af de unge, som skriver om problemer i relation til spiseforstyrrelser, er piger, og fra undersøgelser om selvskaade ved vi, at det også er pigerne, der skader sig selv ved at snitte sig, skære sig eller tager for mange piller.

Et komplekst samspil

Tidligere undersøgelser (Social arv 99:9) viser, at en bestemt belastning (dårlige boligforhold) kan føre til en lang række vidt forskellige reaktioner (fx indlæggelse på kirurgiske, psykiatriske, somatiske afdelinger, straffe, ulykker, narkomani, alkoholisme, osv.). Omvendt kan en lang række forskellige belastninger i barndommen føre til én bestemt reaktion. En undersøgelse af hjemløses barndomsforhold viser, at en mangfoldighed af forskellige belastninger (familieopløsning, alkoholmisbrug, vold, økonomisk nød osv.) kan føre til den samme reaktion, nemlig hjemløshed.

De unges kvalitative besvarelser (Zøllner, 2002, Zøllner u.å.), som præsenteres i den her foreliggende undersøgelse, kan give et billede af det komplekse samspil, der er mellem belastninger,

reaktioner og udløsende faktorer. I en lang række tilfælde giver de unges besvarelser indblik i denne kompleksitet og den følelse af manglende sammenhæng og mening, der er i de unges liv. Endvidere afspejler udsagnene, at målet med handlingerne er at bringe den lidelsesfulde tilstand, vedkommende er i, til ophør (Shneidman, 1994).

Belastende begivenheder i familien

En række belastende livsbegivenheder (selvmord eller selvmordsforsøg i familien, incest, vold osv.) kan være medvirkende faktorer til at indlede selvskade ved at snitte sig i armen, tage overdosis af piller, undlade at spise eller begynde at spise uhæmmet for derefter at kaste det hele op.

En del unge peger på en række belastninger som fx skilsmisse, dødsfald eller selvmord i familien. Som eksempel kan nævnes en ung pige, som har snittet sig i hånden og samtidig taget en overdosis af slankepiller. Hun begrundet sin handling med følgende ordlyd:

"Følte mig tyk og at det var min skyld, at min farmor begik selvmord. Altid mig, der lavede problemer."

En anden ung pige giver følgende beskrivelse som baggrund for et selvmordsforsøg med overdosis af piller. Hun følte ikke, der var nogen anden udvej, og ønskede kun at dø:

"Mine forældre blev skilt. Min far kom på lukket afdeling. Han forsøgte selvmord 3 gange. Han blev alkoholiker. Jeg blev forbrændt for 2 år siden. Min storesøster forsøgte selvmord ca. 3 måneder senere. Hun havde derefter anoreksi i 2 år"

Belastninger i form af seksuelle overgreb anvendes ligeledes som begrundelse:

"Jeg snittede mig i hånden, fordi at min far har prøvet at gøre nogle seksuelle ting ved mig, og det endte med spiseforstyrrelser."

En ung pige forklarer, at hun forsøgte at skade sig selv ved at skære sig i hånden og samtidig tage piller. Årsagen var en venindes dødsfald. Forud for selvskaden har der været en spiseforstyrrelse grundet forældres skilsmisse:

"Jeg havde et problem før, men det var pga. mine forældre gik fra hinanden, jeg flyttede rundt omkring. Jeg fik spiseforstyrrelser, min bedste veninde døde og så kunne jeg ikke rigtigt mere."

Ondt i livet

En lang række udsagn og baggrundsoplysninger vidner om unge, "der har ondt i livet".

De skader sig selv, forsøger at tage deres eget liv, udvikler en spiseforstyrrelse eller omvendt. De udvikler en spiseforstyrrelse, begynder at skade sig selv fx ved at snitte i sig selv og forsøger efterfølgende at begå selvmord:

"Mine forældre opdagede, at jeg havde store ar på mine ben og hænder, og de fandt ud af at jeg havde udviklet bulimi. Jeg har forsøgt at tage mit liv 3-4 gange, jeg hader mit liv."

"Jeg holdt op med at spise, bare for at jeg skulle blive alvorligt syg. Jeg har også både snittet i mig selv og villet spise piller."

Negativt selvværd

Andre unge fortæller ikke om begivenheder i familien, men giver i stedet udtryk for den risikoadfærd, de fører. Her er negativt selvværd et gennemgående træk:

"Jeg har haft problemer med min spisning (Spiser ikke ret meget, forsøg på at kaste op)."

*Jeg følte, at jeg var dum og grim og fed, at alle hadede mig, og at jeg ikke duede til noget”
 ”Har længe kastet op, når jeg har spist og slået på mig selv (...) Nogle gange vil jeg bare ikke være mig mere, og så er det dejligt at gøre.”*

”Jeg har svært ved at tro på folk! Og tror tit at de ikke kan li’ mig, selvom at de siger det! Min selvtillid er røget lidt op, efter at jeg har tabt et par kilo, jeg har aldrig været tyk, altid været normalvægtig! Men har bare aldrig troet på mig selv!”

Indgreb fra forældre

Mange af de unge, som nævner problemer med vægt, er helt bevidste om, hvor meget de vejer, og hvor høje de er. Ofte angives vægten med meget stor nøjagtighed (fx 49,3kg). Nogle nævner, at voksne har grebet ind.

”Jeg er en (...) pige, som har store problemer med min vægt. Alle folk siger, at jeg er tynd, eller at jeg endda er alt for tynd. Det synes jeg bestemt ikke. Jeg mener, at jeg er alt for tyk. Jeg er altid på slankekur, og jeg synes ikke det hjælper (...) jeg har engang snakket lidt med sundhedsplejersken om det, men jeg har lidt svært ved at snakke med voksne om det.”

”Jeg var selv ved at tage mit liv pga. anoreksi ... samtidigt med elitesport ... mine forældre opdagede det og tvang mig til at spise og dyrke mindre sport. Har ingen problemer med det nu. Kun ”menstruation” har været udeblevet i 24 måneder.”

Andre peger på, at de ønsker, forældrene lægger mærke til dem og griber ind.

”Spiste ikke noget, indtil jeg besvimele ét par gange ... eller tre (...) Ville se om min mor lagde mærke til det. (...) Selvom alt er så

pænt ud ad til, har stort set alle i min familie problemer med min mor (jeg selv inkl.). Hun er et ordensmenneske med stort O. Jeg har så altid prøvet så vidt muligt at gøre oprør mod hende.”

Hvorfor?

Skårderud (2001) peger på, at spiseforstyrrelser skal ses som det moderne Vestens etniske lidelser. De unge vokser op i en kultur præget af uro. Traditioner brydes ned og erstattes med forandring og omsætning. Livets stabile tilstand bliver ustabilitet. De unge stræber efter familien (Zøllner, 2002), men udviklingen viser, at 30% af samtlige børn oplever, før de bliver 18 år, at forældrene går fra hinanden. Familien er løst organiseret, men er samtidig den, hvor den unge har forventninger om at blive elsket, hjulpet og støttet (Zøllner u.å).

De unge konfronteres med, at de voksne selv ønsker at forblive unge (Skårderud, 2001) og derfor søger at leve op til det kropsideal, som medierne fremkommer med. Billederne fortæller såvel de unge som deres forældre hvilke idealer, de skal stræbe efter. Individualiseringen fører til, at den enkelte træder ud fra fællesskabet, fra gruppen både som juridisk, moralsk og psykologisk aktør. Ensomheden kan blive den pris, der betales, og en del unge er i deres barndom og meget tidlige ungdom blevet støttet i at vælge det individuelle og tro på, at de kan magte at kontrollere deres egne valg og fravalg (Zøllner, u.å).

Der er meget store forventninger til, hvad man selv skal klare i selvets kultur: selvrealisering, selvbillede, selvbeherskelse, selvstændighed.

For nogle unge bliver det en belastning, og adfærden afspejler mistriksel og ondt i livet – så meget, at de udøver selvskade.

8 Livet efter diagnosen

De livsomstændigheder og livsbegivenheder samt belastende og beskyttende forhold, som lå forud for diagnosedatoen, kan forstærkes, ændres, mildnes eller helt forsvinde. Den spiseforstyrrede kan få hjælp i form af indlæggelse, terapi og behandling. Desuden kan der forekomme hændelser, begivenheder, skift i livsforhold osv., som kan være såvel beskyttende som belastende for den syge. Kropsidealet kan ændres i forhold til de mennesker, man omgiver sig med.

Beskyttende og belastende forhold efter diagnosedatoen

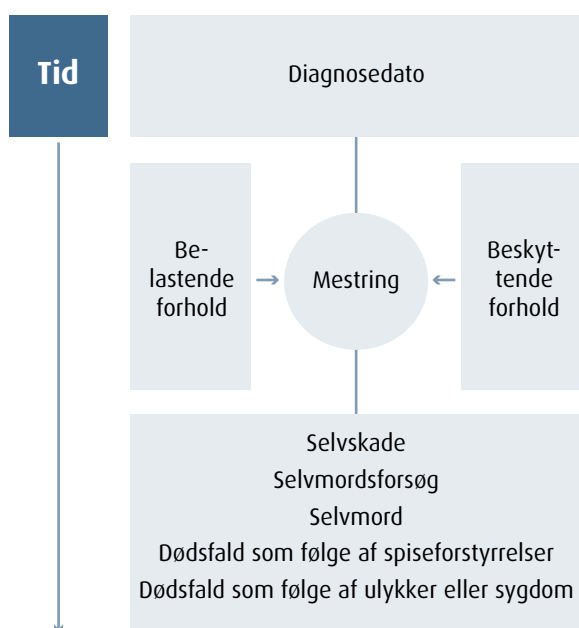
Ud fra den i kap. 4 præsenterede model vil der i denne del af undersøgelsen blive fokuseret på de beskyttende og belastende livsomstændigheder og forhold, som ligger fra den dato, diagnosen blev stillet, og frem (figur 8.1). Den database,

der anvendes, er den samme som nævnt i kap. 5. Det foreliggende follow-up studie omfatter i alt 726 personer fra Landspatientregisteret og 682 fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister i alt 1408 (1323 kvinder og 85 mænd). Forholdet mellem cases og kontrolgruppe er 1:9, hvorfor kontrolgruppen udgør i alt 12.672 personer uden en spiseforstyrrelsesdiagnose før diagnosedatoen.

Studiet er et opfølgingsstudie på 4 år af de personer, som er diagnosticeret spiseforstyrrede. Perioden, som analyseres, er fra den første dato efter 1.-1.-1990 og indtil 31.-12.-1997, hvor personen indlægges med hoved- eller bidiagnosen spiseforstyrrelse. Det vil sige, at de personer, som diagnosticeres i 1997, kan følges til og med 2001. En person, som er indlagt og diagnosticeret med en spiseforstyrrelse, kan efterfølgende godt indlægges på somatisk eller psykiatrisk afdeling, men det er første indlæggelsesdato i perioden 1.-1.-1990 – 31.-12.-1997, der danner grundlag for follow-up studiet.

Den procentvise fordeling af de spiseforstyrrede er næsten ens for alle årene. (Tabel 8.1)

Figur 8.1



Tabel 8.1

Årstal for diagnosedato	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antal diagnosticerede personer i %	13	9	19	12	14	12	14	16

Følgende forhold undersøges vedrørende personen *på* diagnosedatoen

- køn
- alder
- om personen er enlig

Derefter undersøges, om personen *fra* diagnosedatoen og frem

- stifter familie
- får børn
- påbegynder og afslutter
- uddannelse
- handler selvskadende
- dør

Ovenstående rækkefølge afspejler et livsforløb fra teenageårene og frem.

Personforhold på diagnosedatoen

Aldersgruppen for kvinder er 12 til 35 år og for mænd 11 til 35 år. Aldersfordelingen for de to køn viser, at mindst halvdelen af kvinderne er diagnosticeret, inden de er 19 år (fig. 8.1), mens mindst halvdelen af mændene er diagnosticeret, inden de er 17 år (fig. 8.2). For begge køn gælder med andre ord, at halvdelen af de diagnosticerede er unge i teenagealderen.

Fig. 8.2 Aldersfordelingen på kvinder

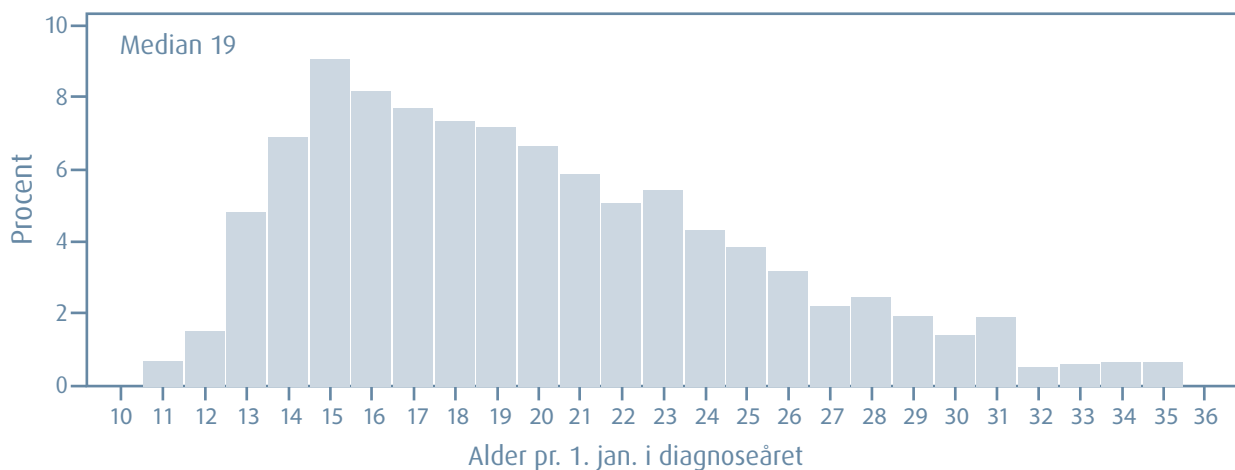
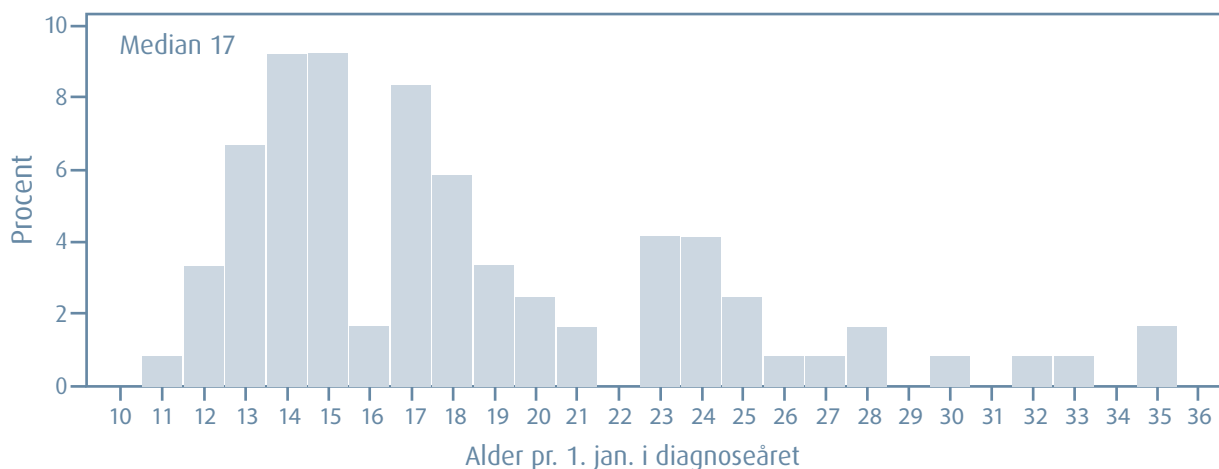


Fig. 8.3 Aldersfordelingen på mænd



Hovedparten (67%) af de spiseforstyrrede er ikke enlige på diagnosedatoen.

Diagnoser

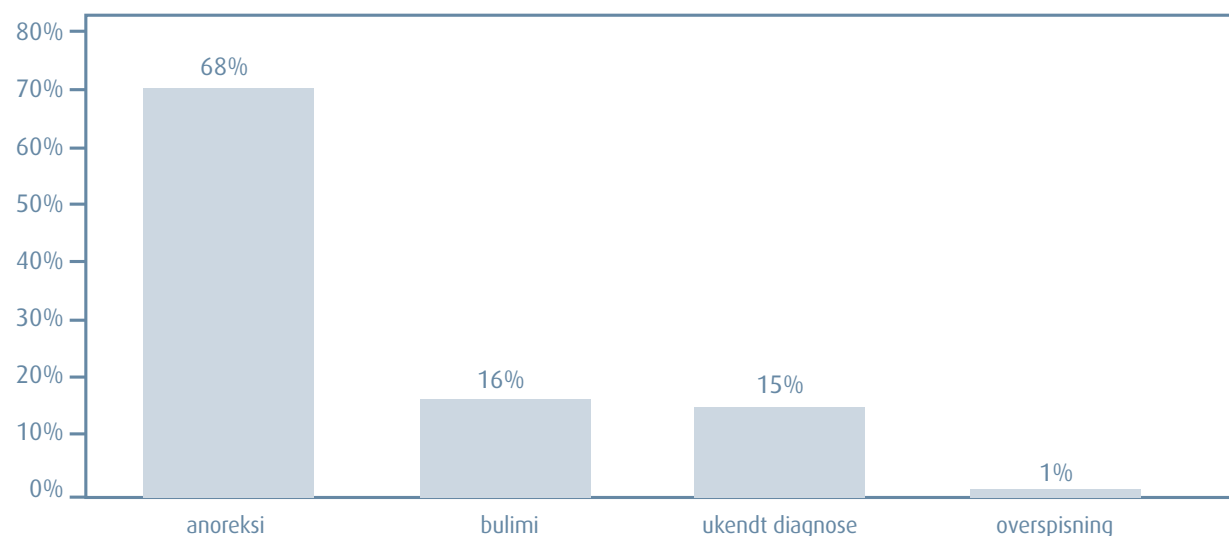
Som det fremgår af figur 8.3 har hovedparten af de diagnosticerede (68%) fået diagnosen anorexia nervosa, mens 16% har fået diagnosen bulimia nervosa. Ganske få (1%) har fået diagnosen binge-eating disorder. For 15% er diagnosen ukendt, eller der forekommer andre uspecifikke former for spiseforstyrrelser. I denne

gruppe indgår også de personer, som ved indlæggelse har fået to diagnoser på samme dag.

Livsforhold og begivenheder fra diagnosetidspunktet

At have en spiseforstyrrelse er en alvorlig lidelse, og chancen for at komme ud af en spiseforstyrrelse er størst, hvis den opdages tidligt, og der sættes ind med behandling og efterværn. Da det er en lidelse, som ofte starter i puberteten, vil der være rige muligheder for, at familie, klasse-

Figur 8.4 Fordeling i procent på diagnose



kammerater og venner omkring den syge kan danne netværk og værne mod, at spiseforstyrrelsen udvikler sig og kræver indlæggelse og behandling. Omvendt kan kammerater bidrage til at forstærke et tyndt kropsideal og derved fastholde en ung i sygdommen og derved forringe helbredelsesmulighederne.

Jørgensen (2000) konkluderer i sin gennemgang af undersøgelser gennem fyrrer år vedrørende prognoser for anorektikere, at risikoen for, at patienterne dør som følge af selvmord eller som følge af stærk undervægt, er stærkt forøget.

I det følgende rettes fokus mod beskyttende og belastende forhold for, at spiseforstyrrede skader sig selv eller dør.

Alder

Anorexia nervosa er en langvarig sygdom, og halvdelen af patienterne vil være raske efter 8-10 år og $\frac{3}{4}$ efter 20 år (Jørgensen, 2000). Sundhedsstyrelsen (2005) anfører, at den gennemsnitlige sygdomsvarighed er 3-6 år, og at der er en 10 gange øget dødelighed hos patienter med anorexia nervosa. Endvidere anfører Sundhedsstyrelsen (2005), at helbredsprocenten blandt patienter med bulimia nervosa skønnes at være 50-60%, men i mange tilfælde formodes lidelsen at være kronisk. For patienter med binge-eating disorder skønner Sundhedsstyrelsen, at behandling kan føre til, at over-spisningsepisoderne på kort sigt kan reduceres til 60-90%.

Den her foreliggende undersøgelse viser, at der er sammenhæng mellem alder ved diagnose-tidspunkt og død. Der er en signifikant større risiko for, at en spiseforstyrret dør, jo ældre vedkommende er på diagnosedatoen ($p < 0,001$). Ligeledes er risikoen for, at en spiseforstyrret begår selvmord signifikant større, jo ældre ved-

kommende er på diagnosedatoen ($p < 0,05$). Sagt med andre ord er det vigtigt for at forebygge tidlig død og selvmordsadfærd, at den unge diagnosticeres på et tidligt tidspunkt, samt at der sættes ind med behandling og efterværn.

At skabe familie

Jørgensen (2000) peger ligeledes i sin gennemgang af fyrrer års forskning på, at gode familierelationer (godt forældre-barn forhold) er forbundet med gode prognoser. Moszkowicz (2000) konkluderer ud fra sine litteraturstudier, at mødre med spiseforstyrrelser har vanskeligheder med at udvikle og opretholde de intime interpersonelle relationer til familie, venner og det modsatte køn. Dette fører til spørgsmålet om, hvorvidt det selv at danne familie under sygdomsforløbet kan have en beskyttende betydning for, at den syge skader sig selv, forsøger at begå selvmord eller dør. Af det her foreliggende studie ses, at det at skabe familie er en beskyttende faktor mod at skade sig selv. Blandt de spiseforstyrrede ses en signifikant ($p < 0,05$) formindsket risiko for at skade sig selv/forsøge at tage sit eget liv (E4-kode), hvis vedkommende har skabt familie i forhold til de spiseforstyrrede, som ikke har skabt familie. Risikoen bliver godt og vel halveret. Det er dog ikke kun en beskyttende faktor for de spiseforstyrrede at skabe familie, men det gælder også for kontrolgruppen.

Ligeledes ses blandt de spiseforstyrrede en signifikant formindsket risiko ($p < 0,05$) for at dø (som følge af spiseforstyrrelse, selvmord eller andre årsager), hvis der er skabt familie i løbet af den tid, personen har været syg.

At bryde parforhold

Woodside (1990) påpeger, at de spiseforstyrrede ofte har problematiske og brudte parforhold bag sig, og han peger på høj forekomst af enlige mødre.

I det her foreliggende studie er det en beskyttende faktor mod selvskaade, selvmord og dødsfald at bryde ud af et parforhold. Blandt de spiseforstyrrede er der en signifikant formindsket risiko ($p < 0,001$) for at skade sig selv (fx at forsøge på at tage sit eget liv), hvis vedkommende er brudt ud af et parforhold i tiden fra diagnosedatoen og frem. Ligeledes ses en signifikant ($p < 0,05$) formindsket risiko for at dø (som følge af spiseforstyrrelse, selvmord eller andre årsager), hvis vedkommende har brudt et parforhold. Resultaterne viser ikke noget om selve parforholdet – kun at der er tale om livsændring.

En tolkning kan være, at det at træffe en beslutning om sit liv, kan bidrage til at skabe håb om helbredelse eller ændring. Og/eller at det er de mindre syge/selvmordstruede, som er i stand til at være i et forhold, som de så senere kan bryde ud af.

At være enlig

De spiseforstyrrede, som på diagnosedatoen er enlige, har seks gange så stor risiko for at begå selvmord som de personer, der ikke er enlige ($p < 0,05$). De spiseforstyrrede, som er enlige på diagnosedatoen, har tre gange så stor risiko for at dø for tidligt.

At få børn

Moszkowicz (2000) har i sin litteraturregennemgang fundet, at spiseforstyrrede mødre ofte tillægger barnet en helbredende eller lindrende rolle i forbindelse med egne vanskeligheder. Barnet kan være årsagen til eller motivationen for, at moderen begynder at spise og dermed håbet om at blive rask. Desuden kan barnet bringe en mening ind i livet og derved også en vilje til at ændre ved uhensigtsmæssige forhold.

De spiseforstyrrede kvinder, som i follow-up

perioden får børn, har en signifikant mindre risiko ($p < 0,05$) for at skade sig selv, end de spiseforstyrrede kvinder, som ikke får børn. At børn er en beskyttende faktor for selvskaade ses også blandt kontrolgruppen.

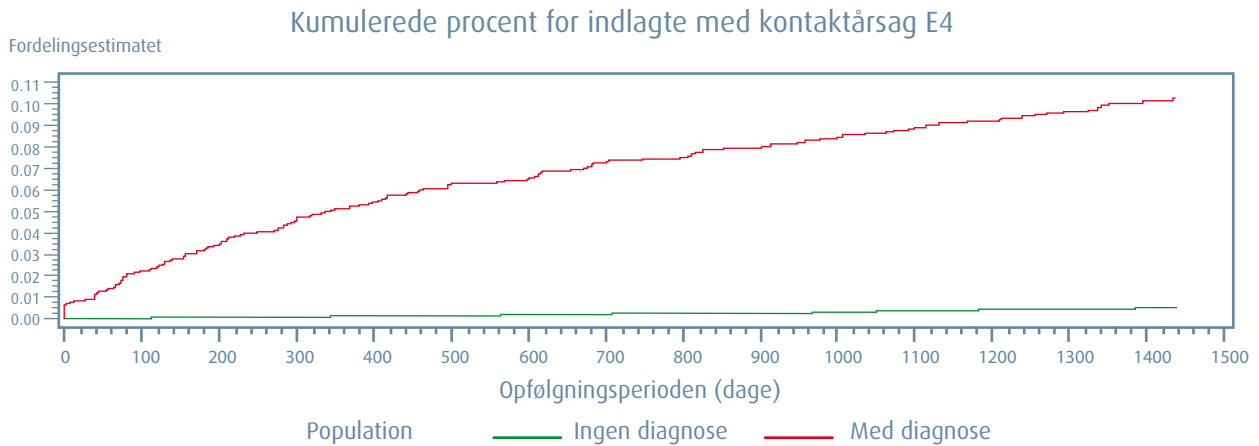
Resultatet skal ikke tolkes som en forebyggende foranstaltning for tilbagefald eller som en anbefaling som led i en behandling. Der er kun tale om en faktor – ikke en årsag.

Selvskaade og selvmordsforsøg

Flere undersøgelser viser, at de spiseforstyrrede har en øget risiko for at dø for tidligt. De piger med anoreksi, som vejer mindre end 35 kg under deres sygdom, har mellem 18 og 28 gange større risiko for at dø (Jørgensen, 2000). Piger med anorexia nervosa har i Jørgensens studie 9 gange så stor risiko for at dø efter en fireårig periode.

Det her foreliggende studie viser, at blandt de spiseforstyrrede ses en signifikant større risiko ($p < 0,001$) for, at de inden for en fireårig periode fra diagnosedatoen og frem indlægges på sygehus med selvskaade eller selvmordsforsøg. Som det fremgår af figur 8.4 har personer med en diagnose på spiseforstyrrelser i langt større udstrækning end personer uden diagnose været indlagt på sygehus med kontaktårsag selvskaade (E4). Inden for en 4-årig periode (1461 dage) fra diagnosedatoen har 142 personer (10%) med diagnosen spiseforstyrrelser foretaget en selvskaade (herunder selvmordsforsøg). I modsætning hertil har kun 0,5% af kontrolgruppen været indlagt grundet selvskaade. Af figur 8.4 fremgår det desuden, at 5% af de spiseforstyrrede har skadet sig selv inden for det første år (360 dage) efter diagnosedatoen. Desuden fremgår det, at for 0,5% af personerne er diagnosedatoen og indlæggelsesdatoen for selvskaade den samme.

Figur 8.5 Spiseforstyrrede indlagt med selvskade



Selvskade fordelt på køn

Ser vi på indlæggelse med selvskade blandt mænd viser det sig, at der er en signifikant overvægt ($p < 0,001$) blandt de spiseforstyrrede mænd (5,9%), som inden for en fireårig periode efter diagnosedatoen har skadet sig selv og været indlagt i forhold til kontrolgruppen (0,3%). For kvindernes vedkommende har 10,4% af de spiseforstyrrede været indlagt med grundet selvskade mod 0,5% af kontrolgruppen ($p < 0,001$).

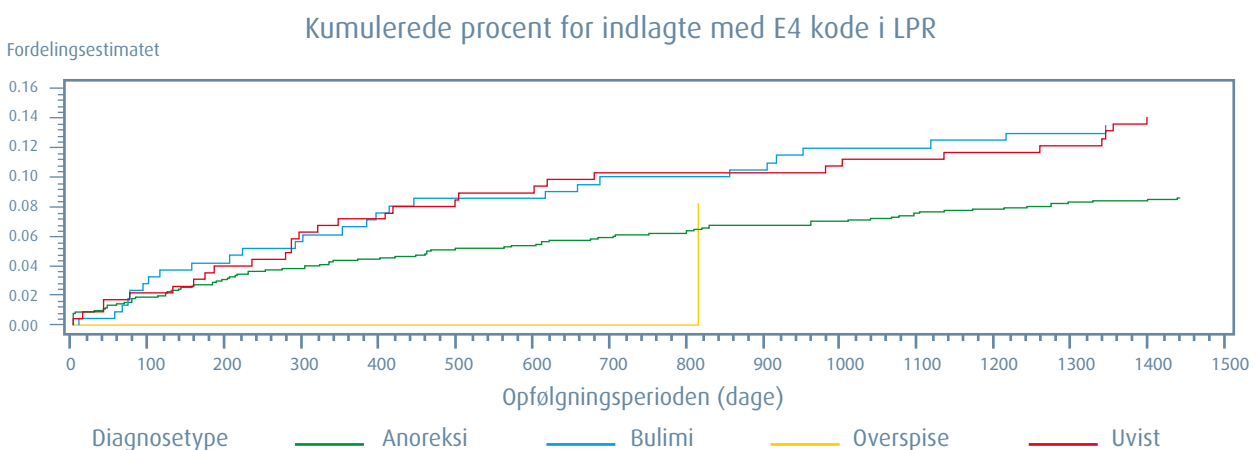
nervosa, udøver i signifikant større udstrækning selvskade end anorektikere. Af oplysninger i Landspatientregisteret fremgår det, at af de 211 personer, som havde fået diagnosen bulimia nervosa, havde 13% inden for en fireårig periode efter diagnosedatoen været indlagt grundet selvskade. Af de 962 personer, som var diagnosticerede anorektikere, havde 9% inden for en fireårig periode været indlagt.

Selvskade fordelt på diagnoser

De personer, som har fået diagnosen bulimia

Som det fremgår af figur 8.6 er adfærden blandt bulimikere og personer med uvis diagnose nogenlunde den samme.

Figur 8.6 Indlagte spiseforstyrrede fordelt på diagnoser



Selv mord

Der er en forøget signifikant ($p < 0.001$) risiko for, at personer med en spiseforstyrrelse tager deres eget liv inden for en fireårig periode, efter de har fået en diagnose. Af studiets 1408 personer med diagnosen spiseforstyrrelse havde 12 personer (0,9%) begået selvmord, inden der var gået fire år fra diagnosedatoen. Der var ingen af de 12.672 i kontrolgruppen, som havde taget deres eget liv i samme periode. Som det fremgår af figur 8.7, bliver selvmordet ikke gennemført i de første måneder efter diagnosedatoen, men i stedet efter knap et år. Grunden hertil kan være, at de i tiden umiddelbart efter diagnosticeringen er indlagt og derfor under opsyn, hvorved selvmordet vanskeliggøres.

Selv mord fordelt på køn

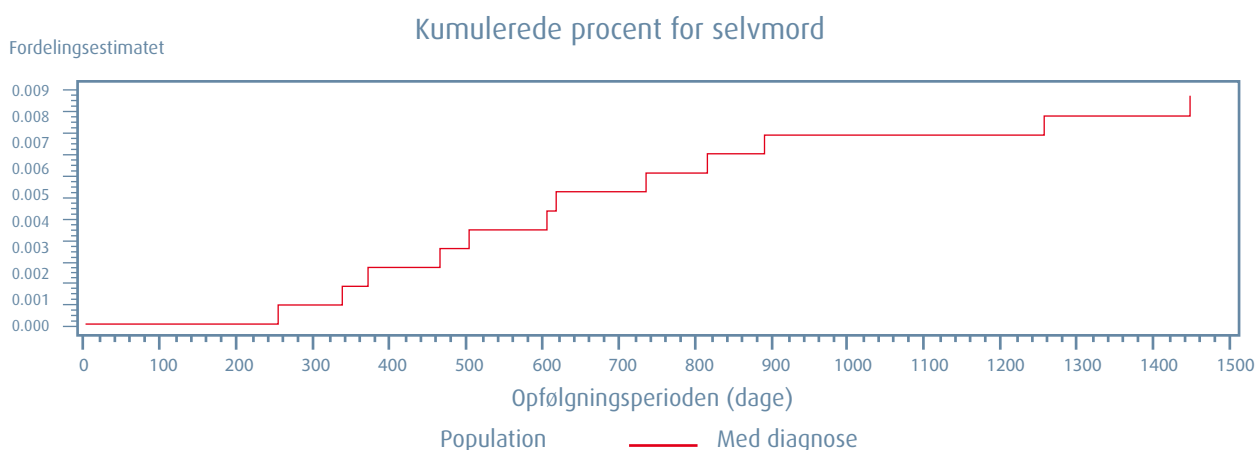
Mænd, som har en spiseforstyrrelse, har en tre gange så stor risiko for at tage deres liv i forhold til spiseforstyrrede kvinder. Af de diagnosticerede 85 mænd var der 2 (2,35%), som begik selvmord, inden der var gået tre år efter diagnosedatoen. Der var ingen mænd i kontrolgruppen, som tog deres eget liv. Af de 1323 kvinder med diagnosen spiseforstyrrelser, var der 10 (0,76%), som i løbet af en fireårig periode

efter diagnosen, begik selvmord. Der var ingen kvinder i kontrolgruppen, som tog deres eget liv. For såvel spiseforstyrrede mænd som kvinder er der med andre ord en signifikant forøget risiko ($p < 0.0001$) for at begå selvmord. Det er vigtigt her at understrege, at de to køn ikke har ens aldersfordeling, hvorved det kan være med til at forklare forskellen i selvmordsfrekvensen. For en mere korrekt analyse af kønsforskellen er det vigtigt at tage højde for, at kønnet kan være en konfounder, dvs. kønnet både kan påvirke selvmordsadfærden og tiden før et selvmord. Der tages højde for kønnets potentielle konfounder effekt i den adjusted analyse sidst i dette afsnit. Den danske selvmordsrate er tre gange større for mænd end for kvinder, og derfor forventes en større selvmordsfrekvens blandt de spiseforstyrrede mænd.

Selv mord fordelt på diagnoser

I modsætning til selvskade eller selvmordsforsøg ses der ingen signifikant forskel på selvmordsrisikoen i forhold til diagnoserne. Af de 211 personer med diagnosen bulimia nervosa havde 1,9% begået selvmord inden for den fireårige follow-up periode, mens 7 af de 962 (0,7%) inden for samme periode havde taget deres eget liv.

Figur 8.7 Selvmord blandt de spiseforstyrrede



Død

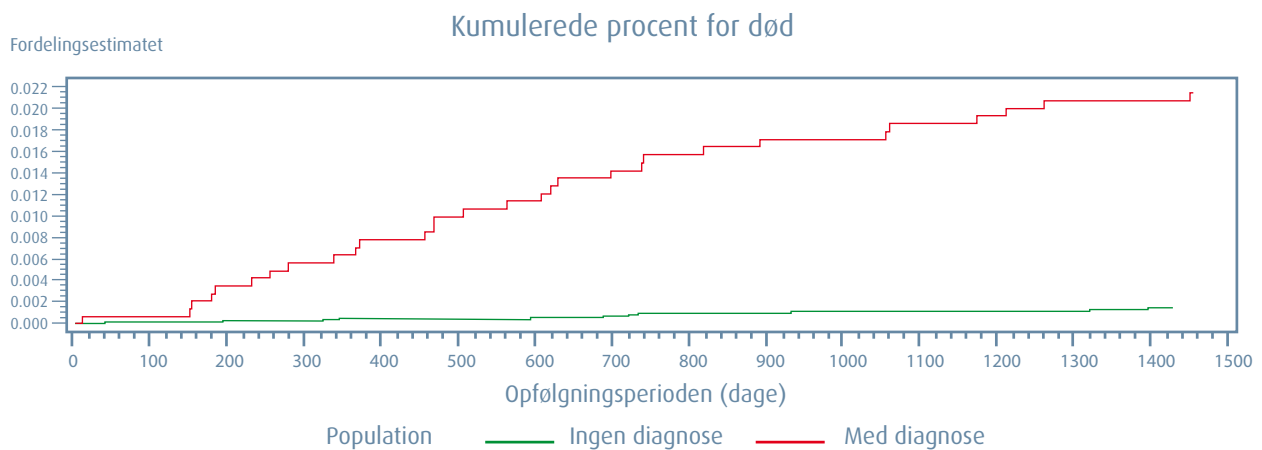
Udover selvmord kan der være en lang række forskellige årsager til, at patienter med spiseforstyrrelse dør (ulykker, hjertestop, følgesygdomme osv.) Ser vi på den samlede gruppe spiseforstyrrede, er der en signifikant overvægt ($p < 0.0001$), som dør, inden der er gået fire år efter diagnosedatoen, i forhold til personer i kontrolgruppen. Blandt de spiseforstyrrede er det 2,1%, som dør, og blandt kontrolgruppen er der 0,14%. Som det fremgår af figur 8.8, er der ingen dødsfald blandt de spiseforstyrrede i de første tre måneder efter diagnosen, hvorefter der ses en jævn stigning.

Død fordelt på køn

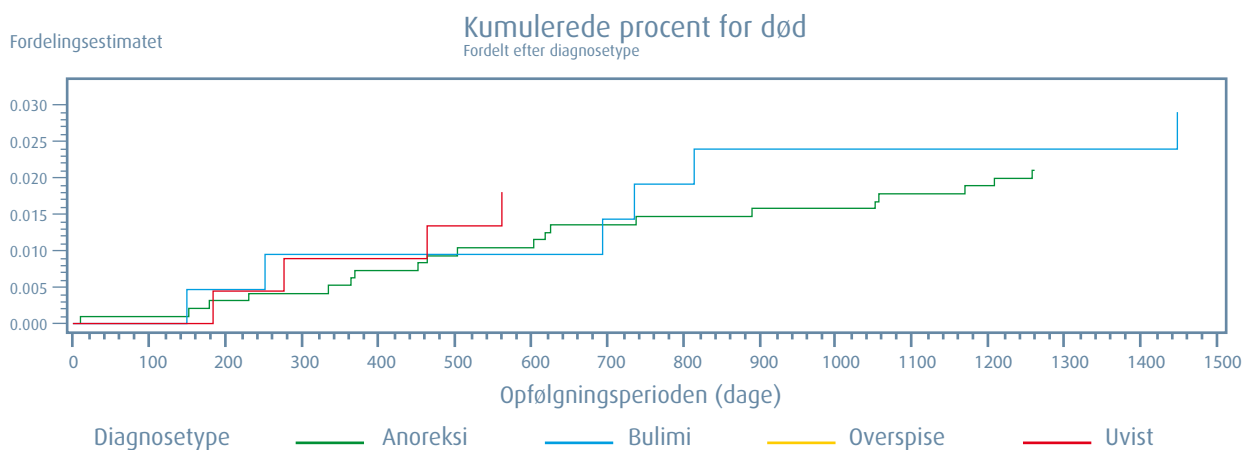
Ser vi på dødsfald i forhold til køn, er 4,7% af de spiseforstyrrede mænd døde, inden der er gået 2½ år efter den dato, hvor de fik diagnosen. Blandt kontrolgruppen af mænd er der 0,5%, som inden for den fireårige periode er døde ($p < 0.0002$). For kvindernes vedkommende er det 2% af de diagnosticerede, der er døde i forhold til 0,1% af kontrolgruppen ($p < 0.0001$).

Der ses ingen signifikant forskel på risikoen for dødsfald i forhold til diagnoserne, men som det fremgår af figur 8.9, er tiden umiddelbart

Figur 8.8 Dødsfald blandt de spiseforstyrrede



Figur 8.9 Dødsfald fordelt på diagnose



efter, at patienten har fået diagnosen, den mest sikre periode uanset, om der er tale om anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder eller uvis diagnose.

Multipel Cox regression

Efter argumenter anført i kapitel 5 teori, metode og data foretages der efterfølgende multipel Cox regression med samtlige faktorer i modellen på en gang på de tre analyseniveauer; selvskade (E4 som kontaktårsag), selvmord og dødsfald.

Faktorerne, som indgår i den multiple Cox regression er følgende:

- Alderen
- Kønnen
- At skabe familierelationer efter diagnosedatoen
- At bryde et parforhold
- At være enlig på diagnosedatoen
- At få børn (indgår kun i analysen for kvinder)

Ingen af faktorerne håndteres som tidsafhængige grundet datamaterialets struktur.

Selvskade (E4)

Analysere vi faktorerne for begge køn som en gruppe, ender modellen med at bestå af faktorerne

- at skabe familierelation
- at bryde et parforhold

Tilstedeværelsen af faktorerne virker beskyttende mod selvskade (E4), og der sker godt og vel en halvering af risikoen. Køn, alder og at være enlig på diagnosedatoen bliver insignifikante faktorer og tillægges derfor ingen betydning i forhold til selvskade.

Samme analyse for kontrolgruppen resulterer i, at faktorerne enlig på diagnosedatoen og bryde parforhold bliver signifikante beskyttende

faktorer, som godt og vel halverer risikoen for selvskade.

En kønsspecifik analyse af faktorerne for de spiseforstyrrede resulterer i, at alle faktorer bliver insignifikante for de spiseforstyrrede mænd.

For kvinderne viser analyserne, at en beskyttende effekt mod selvskade er

- at få børn
- at bryde ud af et parforhold

At få børn reducerer risikoen med godt og vel 80%, og bryde ud af et parforhold reducerer risikoen for selvskade med 66% for kvinderne.

Andre studier viser, at det at få børn har en beskyttende effekt mod selvmordsforsøg for kvinder (Christiansen, Erik u.å), og det her foreliggende studie viser, at dette også gør sig gældende for en selekteret gruppe som spiseforstyrrede kvinder i forhold til selvskade (E4).

Selvmord

De samme faktorer analyseres for begge køn i forhold til selvmord, og kun alderen kan, af de udvalgte faktorer, være med til at forklare selvmord blandt de spiseforstyrrede.

Alderen bliver en signifikant risikofaktor, hvorved ældre er i større risiko for selvmord end yngre. Det samme gør sig gældende for mændene, når de analyseres alene, hvorimod det at være enlig på diagnosedatoen placerer de spiseforstyrrede kvinder i 8 gange større risiko for selvmord i forhold til dem, som ikke er enlige. Der var ingen selvmord i kontrolgruppen.

For tidlig død

Analysere faktorerne for hele gruppen i forhold til dødsfald, får alderen og at skabe familierelationer betydning for overlevelse for de spiseforstyrrede. De yngre spiseforstyrrede er i

signifikant mindre risiko for for tidlig død end de ældre. At skabe familie reducerer risikoen for for tidlig død med 1/10-del.

Faktorerne, som karakteriserer dødsfald i kontrolgruppen, er alderen og kønnet, hvor mænd og ældre i større grad dør end kvinder og yngre.

Analyseres mænd alene, er det kun alderen, som får en betydning i forhold til for tidlig død. For kvinderne får alderen ligeledes en betydning i forhold til for tidlig død, men også det at skabe familierelationer forlænger overlevelsen. Risikoen for for tidlig død reduceres med 1/9-del for spiseforstyrrede kvinder, som skaber familierelationer.

Køn og alder er vigtige faktorer i forhold til overlevelsen for spiseforstyrrede unge mænd og kvinder, men også andre sociale faktorer spiller ind på selvmordsadfærden og dødeligheden for de spiseforstyrrede. Det er vigtigt at kunne skabe sociale relationer i form af at indgå i et fællesskab med en partner eller være i stand til at få børn (fysiologisk og/eller psykisk). Den del af de spiseforstyrrede, som er i stand til dette, kan være dem, som lider mindst under deres sygdom eller har lært at leve med den, og derfor er selvmordsadfærden og overlevelsesprognosen langt bedre for dem.

9 Forebyggelse, behandling, efterværn og anbefalinger

Fokus på teenagealderen

Der er grund til at fokusere på teenagealderen, når det gælder forebyggelse af såvel spiseforstyrrelse som selvskade.

Anorexia nervosa udvikler sig typisk i puberteten og kan fx starte som en slankekur. Bulimia nervosa kan ses allerede fra 12-års alderen, men starter typisk i 16-20-års alderen. Binge-eating disorder kan starte i 17-20-års alderen.

(Sundhedsstyrelsen, 2005).

Henvendelser til sygehus grundet selvskade (kontaktårsagskode E4) dvs. selvmord, selvmordsforsøg, selv mutilation og villet egenskade er steget for unge i teenagealderen fra 1990 og frem.

Det gode teenageliv

Aldersgruppen 13-17 år er i det daglige omgivet af forældre og lærere, som har kontakt med hinanden. Sundhedsplejersker skal have kontakt til alle unge, inden de forlader folkeskolen, og præster er i forbindelse med konfirmationsforberedelse i kontakt med en stor del af de unge i 13-14-års alderen.

Desuden er de unge omgivet af andre unge, som ofte har fået betroet en viden om selvskade. Betrolser kan blive videregivet til lærere, forældre eller pædagoger.

De voksne, som til daglig ser den unge, har mulighed for at tage det allerførste skridt til forebyggelse på et tidspunkt, hvor eventuelle tanker om selvskade ikke er kommet til udtryk som adfærd.

Alle forældre til unge i teenagealderen er fælles om gennem skole-hjemsamarbejde at indgå i overvejelser ”det gode teenageliv”. En lang række spørgsmål og problemer er naturlige at debattere fra 7. klassetrin (alkohol, rygning, etiske overvejelser om påklædning, aftaler om fester osv.). I debatterne om det gode teenageliv kan der indgå opsporing af tegn på mistrivsel eller ”ondt i livet”.

Såvel tanker om spiseforstyrrelser som tanker om selvskade (at snitte sig, spise for mange piller osv.) kommer til udtryk ved en række fælles-træk.

- Social isolation
- Lavt selvværd
- Følelsen af ensomhed
- Vedvarende tristhed, angst eller vrede

Mistrivsel og tanker om at skade sig selv *behøver* ikke at udvikle sig til handling. Afgørende er det, at der reageres på de tegn, som iagttages af den voksne.

Opmærksomhed og mestring

Undersøgelser viser, (Zøllner, 2002) at ca. 40% af unge på 8. og 9. klassetrin giver udtryk for, at de inden for det sidste års tid har haft alvorlige personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de følte, de havde brug for hjælp.

Det er i det *daglige* sociale liv med forældre, lærere og kammerater, at tegn på sårbarhed og mistrivsel kommer til udtryk. Den unges selvforståelse og identitet skabes i samspillet

med andre, og det er derfor vigtigt, at forældre og lærere er opmærksomme og giver udtryk for deres mistanke om, at der er noget galt.

En meget tidlig indsats i form af opmærksomhed og spørgsmål kan resultere i benægtelse, afvisning eller konflikt. Med henblik på udvikling af et positivt forløb er der igangsat tiltag rettet mod forældre, lærere og de unge selv:

- **Forældre**

Fra foråret 2006 tilbydes kurser for forældre med henblik på gennem samtaler at forebygge mistrivsel blandt teenagere. Oplysning om projektet ”Trivsel med en teenager” findes på: www.selvmoedsoforskning.dk

- **Lærere**

Kurset ”Når livet er for svært – samtale i øjenhøjde med en teenager” er udviklet af Center for Selvmordsforskning og tilbydes på Amtscentre for Undervisning.

Oplysninger om kurset findes på: www.selvmoedsoforskning.dk

- **Den unge selv**

I 2005 er et nyt projekt rettet mod den unge selv igangsat. Projektet Travellers tilbydes unge som forebyggelse mod en spiseforstyrrelse og som efterværn efter endt behandling for en spiseforstyrrelse.

Oplysninger om projektet Travellers findes på: www.selvmoedsoforskning.dk

Tidlig forebyggelse

Nogle faggrupper kan komme i kontakt med de unge gennem skolens daglige arbejde. Andre ser de unge gennem det sociale liv uden for skolen eller i forbindelse med aftaler eller begivenheder.

- **Sundhedsplejersker**

Sundhedsplejersker kan i den obligatoriske samtale med den unge drøfte symptomer eller tegn på mistrivsel, spiseforstyrrelse eller selvskade med den unge selv og med forældrene.

- **Ildrætstrænere, fitnessinstruktører, pædagoger**

Vigtigt er det, at trænere og pædagoger er bevidste om det store ansvar, der er forbundet med at træne og vejlede børn og unge, og at de har en politik for, hvordan de handler, når de bliver opmærksomme på problemer.

- **Psykologer**

Center for Selvmordsforskning har i samarbejde med Dansk Psykologforening udarbejdet kurser med henblik på forebyggelse af selvskadende adfærd.

Oplysninger om kurser findes på:

www.selvmoedsoforskning.dk

- **Lægerne**

Den praktiserende læge kan stille spørgsmål i forbindelse med mistanke om mistrivsel, ondt i livet, spiseforstyrrelse og selvskade samt tilbyde støttende samtaler og evt. behandling.

- **Præster**

Præster har tavshedspligt og kan være dem, som i forbindelse med forberedelse til konfirmation bliver opmærksomme på mistrivsel eller bliver betroet tanker om selvskade.

- **Tandlæger**

Tandlæger bør være opmærksomme på tegn samt drøfte disse med den unge selv og med forældrene.

- **Tværfaglig forebyggelse**

Børns og unges mistrivsel, som kommer til udtryk i form af spiseforstyrrelser og selvskade,

får vanskelige forebyggelsesvilkår med mindre, der dannes netværk på tværs af faggrænser.

Inden for lovens rammer er kommunerne forpligtede til at tilbyde børn, unge og forældre forebyggende undersøgelser samt hjælp og støtte til børn med alvorlige helbreds- og trivselsproblemer. Det fremgår af Lov om social service og Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

I henhold til Serviceloven skal kommunerne udarbejde en sammenhængende børnepolitik, og strukturreformen medfører, at de nye stor-kommuner skal opstille og samordne retningslinier for indsatser for børn og unge.

Center for Selvmordsforskning har udarbejdet ”Kommunepakke – børn og unge”, som kan anvendes i dette arbejde. Den indeholder forslag til standarder og organisering af det selvmordsforebyggende arbejde blandt børn og unge.

Oplysninger herom findes på:
www.selvmordsforskning.dk

Behandling

Sundhedsstyrelsen har i december 2005 udgivet rapporten ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling”.

Rapporten, som er udarbejdet af en arbejdsgruppe for Sundhedsstyrelsen, indeholder faglige anbefalinger for behandling af de forskellige spiseforstyrrelsessygdomme. Desuden beskrives de diagnostiske kriterier, og der gives anbefalinger for den kliniske vurdering og behandling af tilstandene.

Oplysninger herom findes på:
www.sst.dk

Rehabilitering

Risikoen for tilbagefald efter afsluttet behandling er til stede.

Under et behandlingsforløb har de sociale aktiviteter og det sociale netværk været nedprioriteret. Forud for udskrivning har der, afhængig af den enkeltes forhold, været tilrettelagt og gennemført en række aktiviteter, som gør det muligt for den spiseforstyrrede at indgå i sociale sammenhænge.

Behandlingskompetencen ligger i sundhedssektoren, men behandlingsplanens videre forløb skal samordnes og koordineres med den sociale sektor. Der kan fx være tale om socialpædagogiske opholdssteder, boinstitutioner osv.

Efterværn

Når et behandlings- og rehabiliteringsforløb er afsluttet, kan patienten have brug for at komme videre med sit liv.

For mange kan det sociale liv, som ligger foran, virke skræmmende og vanskeligt at mestre. Når behandlingen er afsluttet, og den unge evt. skal klare sig uden for botilbud/sociale opholdssteder, er det nødvendigt med et efterværn, som styrker den enkeltes visioner for fremtiden.

Projektet *Travellers* blev igangsat i 2005 og tilbydes personer mellem 13 og 25 år, der enten viser tegn på eller er færdigbehandlede for en spiseforstyrrelse. Projektet er et led i såvel forebyggelses- som rehabiliteringsprocessen i forhold til spiseforstyrrelser, men også et led i forebyggelsen af selvmord og selvmordsforsøg blandt unge mennesker.

Travellers fokuserer på trivsel frem for sygdom, behandling, problemer og manglende overskud. Hovedvægten i *Travellers* ligger på styrkeopbygning samt udvikling og forstærkning af ressourcer. Målsætningen for *Travellers* er at fremme de unge menneskers personlige færdigheder,

såsom evnerne til at håndtere forandringer, at være i stand til at opnå et forhold til andre og at vedligeholde forholdene. Endvidere er målsætningen at støtte de unge i at tilegne sig de nødvendige ressourcer for at kunne overkomme modgang og udvikle en følelse af selvværd.

Oplysninger herom findes på:
www.selvmondsforskning.dk

Anbefalinger

Der er en del national og international viden om risikofaktorer for at udvikle en spiseforstyrrelse og risikofaktorer for at udvikle selvskaade (herunder selvmordsadfærd). En del risikofaktorer kan konstateres, men udgør et livsgrundlag, der bæres med den enkelte videre i livet (fx incest, misbrug i familien, forældres selvmord m.m.). På denne baggrund samt på baggrund af de foreliggende resultater anbefales følgende:

- **Forskning i beskyttende faktorer**

Vi ved stort set intet om hvilke faktorer, der beskytter den enkelte mod at handle. Hvilke faktorer kan bidrage til at forhindre, at en person trods tilstedeværelse af risikofaktorer *alligevel ikke* udvikler en spiseforstyrrelse? Hvilke faktorer kan bidrage til at forhindre, at en person trods tilstedeværelse af risikofaktorer *alligevel ikke* foretager et selvmordsforsøg?

Sandsynligvis er der forskellige beskyttende faktorer afhængig af alder og køn, men en forskningsindsats vil udgøre et væsentligt bidrag til forebyggelsen.

Viden om beskyttende faktorer kan anvendes af forældre samt af alle de faggrupper, som kommer i forbindelse med den unge.

- **Forskningsbaseret forebyggelse**

Forskningsbaseret forebyggelse af mistrivsel (*Travellers*) tilbydes folkeskolens ældste klasser, idet mistrivsel kan føre til såvel spiseforstyrrelser som selvskaade.

- **Følgforskning på effekt**

Følgforskning på indsatsen 2 år efter, 4 år efter, 6 år efter. Hvad virker på kort og på lang sigt?

- **Opkvalificering af faggrupper**

Opkvalificering af faggrupperns viden og kommunikation med henblik på at identificere de spiseforstyrrede og selvmordstruede (fx læger, sundhedspersonale, socialrådgivere, præster, psykologer, lærere, pædagoger) er afgørende for en tidlig indsats.

- **Tilbud om efterværn**

Tilbud om efterværn til personer med selvmordsadfærd straks efter endt behandling.

Litteratur

Apter, Allan and Freudenstein, Ornit: Adolescent Suicidal Behaviour: Psychiatric Populations. I: Hawton, K. and van Heeringen K. (ed.) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. London, 2000

Blase, Helle: Psykologiske karakteristika hos kvinder med spiseforstyrrelser. I: Andreasen, Jan og Christiansen, Eva (red.): Spiseforstyrrelser. København, 2000

Borge, Anne Inger Helmen: Resiliens. Risiko og sund udvikling. København, 2004

Brinch M., Isager, T. Tolstrup, K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. Acta Psychiatr Scand, 1988

Børne og ungdomspsykiatri. Lier, L., Isager, T., Jørgensen, O.S., Larsen, F.W., AA Krog, T. (red.). København, 2002

Due, Pernille; Henriksen, Pia; Schultz Jørgensen, Per og Holstein, Bjørn E.: Børns sociale relationer. I: Schultz Jørgensen, Per; Holstein, Bjørn E. og Due, Pernille (red.). Sundhed på vippen. København: Hans Reitzels Forlag, 2001, 49-62

Hvid, Marianne og Wang, August G.: Selvmordsforsøg: registrering, vurdering og behandlingstilbud. I: Ugeskrift for Læger 167/71, 2005, 47-50

Jørgensen, Jan: Forekomsten af spiseforstyrrelser. I: Spiseforstyrrelser – en tværfaglig antologi. Andreasen, J. og Christiansen, E. (red.). København, 2000, 65-76

Jørgensen, Jan: Prognose og dødelighed ved anorexia nervosa. I: Spiseforstyrrelser – en tværfaglig antologi. Andreasen, J. og Christiansen, E. (red.). København, 2000, 89-94

Kortegaard, Lisbeth: Tvillingundersøgelser. I: Andreasen, Jan og Christiansen, Eva (red.): Spiseforstyrrelser. København, 2000

Mathiesen, Louise, Petersson, Birgit: Anoreksiens fangarme. København, 2001

Moszkowicz, Mala: Mødre med spiseforstyrrelser og deres spædbørn. I: Spiseforstyrrelser – en tværfaglig antologi. Andreasen, J. og Christiansen, E. (red.). København, 2000, 227-241

Munk-Jørgensen, P. Møller-Madsen, S. Nielsen, S. Nystrup, J.: Incidence of eating disorders in psychiatric hospitals and wards in Denmark, 1970-1993. Acta Psychiatr Scand, 1995; 92:91-6

Nielsen, S. Børner, H. Kabel, M.: Anorexia nervosa/bulimia in diabetes mellitus. A review and a presentation of five cases. Acta Psychiatr Scand, 1987; 75: 464-73

Nielsen, Søren, Møller-Madsen, Susanne, Isager, Torben, Jørgensen, Jan, Katrine Pagsberg og Theander, Sten: Standardized Mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 44, 1998, 413-434

Nygaard Christoffersen, Mogens: A follow-up study of longterm effects of unemployment on children: loss of self-esteem and self-destructive behavior among adolescents. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, vol. 2, 1994, 212-220

Nygaard Christoffersen, Mogens: Risikofaktorer i barndommen - en forløbs-undersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme. København: Socialforskningsinstituttet, 1999

Petersson, Birgit: Om Louises dagbog – om Anorexia Nervosa. I: Mathiesen, L. og Petersson, B.: Anoreksiens fangarme- en ung piges dagbog. København, 2001

Plambech, Birte, Lau, Marianne, Christensen, Gitte: Stolpegårdsmodellen – et behandlingstilbud. I: Andreasen, Jan og Christiansen, Eva (red.): Spiseforstyrrelser. København, 2000, 345-377

Retterstøl, Nils, Ekeberg, Øivind og Mehlum, Lars: Selvmord - et personligt og samfunns-messig problem. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2002

Rutter, Michael: Longitudinal data in the study of casual processes: Some uses and some pitfalls: I: Rutter, M. *Studies of psychosocial risk*. The power of longitudinal data. Cambridge, 1988, 1-28

Rutter, Michael: Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I: J.P. Shonkoff og S.J. Meisels (red.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press, 2000, 651-683

Skårderud, Finn: Stærk/svag en håndbog om spiseforstyrrelser. København, 2001

Shneidman, Edwin S.: *Definition of Suicide*. Los Angeles, 1994

Social arv – en oversigt over foreliggende forskningsbaseret viden. Socialforskningsinstituttet 99:9. København, 1999

Spiseforstyrrelser. Sundhedsstyrelsen, 1999

Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling Sundhedsstyrelsen, 2005

Stein, A., Murray L., Cooper, P., Fairburn CG. Infant growth in the context af maternal eating disorders and maternal depression: a comparative study. *Psychol Med*, 1996; 26 (3):569-574

Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. Kjølner, Mette og Rasmussen, Niels Kr. (red.) Statens Institut for Folkesundhed, København, 2002

Sundhedsstyrelsen: Bilagsdel til forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg i Danmark. Sundhedsstyrelsen, 1998b

Sundhedsstyrelsen: Unges livsstil og dagligdag 2000- forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Muld-rapport nr. 1. Kræftens Bekæmpelse og

Sundhedsstyrelsen. København, 2002
Unge livsstil og dagligdag 2002 – aldersforskelle i sundhedsvaner og trivsel. MULD-rapport nr. 3. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2004

Varming, Ole og Zøllner, Lilian: Værdier og værdiudvikling. København, 2002

Waaddegaard, Mette: Forståelsesmodel vedrørende unges spiseforstyrrelser. København, Dansk Institut for klinisk Epidemiologi. DIKE, 1996

Waaddegaard, Mette: Krop og kontrol – unge og spiseforstyrrelser. I: Hølge-Hazelton, Bibi (red.). Perspektiver på ungdom og krop. Roskilde Universitetscenter, 2003, 27-41

Waaddegaard, Mette: Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser blandt danske kvinder. Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen, 2002

Wallin, Røijen og Hansson: To close or too separate: family function in families with an anorexia nervosa patient in two Nordic Countries. *Journal of family Therapy*, 18, 4,-397-141

WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske kriterier. København, 1995

Woodside, D.B. and Shekter-Wolfson, L.F. Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimi nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1990, 303-309

Zøllner, Lilian: Unge livsstil. Lemvig Ungdomsgård, 2002a

Zøllner, Lilian: Unge (mis)trivsel. Center for Selvmordsforskning, 2002b

Zøllner, Lilian: Unge sårbarhed, selvskade og selvmordsadfærd (u.å. – in print).



www.selvmordsforskning.dk