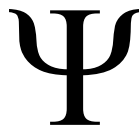




DET PSYKOLOGISKE FAKULTETET



*Frafall fra anoreksibehandling – en systematisk litteraturgjennomgang
og kliniske implikasjoner*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Alma Fauglied
Karen Marie Sagstad
Elise Stangeland**

Veileder: Yngvild Sørebo Danielsen

Vår 2022

Innholdsfortegnelse

Forord.....	5
Sammendrag.....	6
Abstract.....	7
Innledning	8
Diagnostiske kriterier for AN.....	9
DSM-IV og DSM-V	10
Atypisk AN.....	10
Komorbiditet	11
Frafall	12
Utfordringer i behandling av AN	13
Undervekt og underspising.....	14
Egosyntonitet.....	15
Ambivalens.....	16
Emosjonell dysregulering.....	18
Mentalisering.....	19
Psykoterapeutisk behandling av AN	20
CBT-E.....	20
MBT-ED.....	21
Tidligere litteraturgjennomganger om frafall fra behandling av spiseforstyrrelser	22
Denne oppgaven	24
Metode	24
Inklusjonskriterier	24
Søkestrategi	26
Utvelgelse av studier	28
Datainnsamling.....	29
Kvalitetsindikatorer.....	30
Resultater	30
Studiekarakteristikker.....	30
Utvalg	30
Studiedesign.....	31
Måleinstrumenter.....	32
Begrepsdefinisjoner.....	33
Faktorer assosiert med frafall.....	33
Demografi.....	34

Personlighet.....	34
Generelle mål på psykopatologi	35
Spesifikke psykopatologimål.....	36
Karakteristikker ved lidelsen.....	38
Terapi.....	39
Kvalitative funn	40
Poliklinisk versus døgnbehandling.....	40
Oppsummering av våre resultater.....	41
Studieutvalgets kvalitet	41
Seleksjon.....	41
Gruppestørrelser	42
Statistisk styrke.....	43
Konfundere	43
Diskusjon	44
Mulige forklaringer på utvalgte funn	44
Karakteristikker ved spiseforstyrrelsen	45
Komorbiditet.....	48
Allianse.....	49
Kvalitative funn	50
Begrensninger ved forskningsfeltet.....	51
Begrepet frafall.....	51
Grunnlag for frafall.....	52
Styrker og begrensninger ved studieutvalget	53
Metode.....	53
Seleksjon, representativitet og statistisk styrke	54
Styrker og begrensninger ved vår litteraturgjennomgang	55
Implikasjoner for videre forskning.....	56
Kliniske implikasjoner	57
Kliniske implikasjoner av funnene.....	57
Trenge det en ny tilnærming i behandlingen og forståelsen av AN?.....	60
Konklusjon.....	64
Referanser	66
Appendiks A- Søkeord.....	
Appendiks B- Utvelgelse av studier.....	
Appendiks C- Studiekarakteristikker	

Appendiks D- Kartleggingsverktøy
Appendiks E- Signifikante funn.....
Appendiks F- Signifikante funn fremstilt i graf.....
Appendiks G- Kvalitetsindikatorer.....

Forord

Vi har valgt å skrive hovedoppgaven vår om frafall fra anoreksibehandling. Dette er et tema vi opplever som relevant både for klinisk praksis og forskning, i tillegg til at det er et interessefelt hos både oss som forfattere og hos veilederen vår. Vi har selv i klinisk praksis opplevd at det kan være utfordrende å behandle pasienter med anoreksi, og fått innsikt i at frafall er en utfordring på feltet. Vi ønsket derfor å tilegne oss mer kunnskap om hvorfor mange pasienter faller fra behandlingen. I tillegg har anoreksi-problematikk fått et nytt oppbluss i media etter koronapandemien, og er mer relevant nå enn noen gang tidligere.

For å få en best mulig oversikt over feltet valgte vi å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang. Vi håper denne litteraturgjennomgangen kan bidra med relevant kunnskap, refleksjoner og gi en nyttig pekepinn for videre forskning.

Vi vil takke veileder Yngvild Sørebo Danielsen, som har vært suveren når det gjelder raske tilbakemeldinger og gode innspill. Vi vil også takke Dag Reidar Fauglied for all tid han har brukt på gjennomlesning og tilbakemeldinger på oppgaven.

Vi vil også gjerne takke hverandre for et hyggelig samarbeid. Prosessen med å skrive denne oppgaven har vært lærerik og givende for oss alle, og vi tar med oss gode diskusjoner, nye erfaringer og større innsikt om frafall fra anoreksibehandling.

Sammendrag

Bakgrunn: Opptil halvparten av pasientene som starter i behandling for anoreksi fullfører ikke, og forskning viser at de negative konsekvensene kan være store. Målsetning: Målet med denne systematiske litteraturgjennomgangen er å identifisere, systematisere og sammenfatte studier om frafall fra anoreksibehandling hos pasienter over 16 år. Problemstilling: Hvilke faktorer finner forskningslitteraturen er relatert til frafall fra behandling av anoreksi? Metode: Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i de to indeksdatabasene Web of Science Core Collection (Web of Science) og PsycINFO (OVID). Resultater: 18 studier ble inkludert, hvorav 17 av disse var kvantitative og én var kvalitativ. Flertallet var kohortstudier som sammenlignet karakteristikk ved behandlingsstart hos pasienter som falt fra behandling med øvrige pasienter. For de fleste faktorene som ble undersøkt viste flertallet av studiene motstridende sammenhenger med frafall. Bare faktorer som handlet om terapiprosessen eller pasientenes egen opplevelse ga ikke motstridende funn, men det var bare henholdsvis en og to studier som undersøkte hver av disse. Konklusjon: Oppsummert finner vi ingen faktorer som gjennomgående kan predikere frafall fra anoreksibehandling. Resultatene tyder på at pasientenes opplevelse av behandling og god tidlig allianse ser ut til å ha en betydning når det gjelder å forebygge frafall. Videre forskning bør i større grad basere seg på kvalitative studier eller et teoretisk grunnlag om anoreksi når studier gjennomføres. Dette kan være nyttig for å forebygge at faktorer som tilsynelatende ikke henger sammen med frafall får for mye fokus.

Keywords: anorexia nervosa, patients, treatment, drop-out, literature review

Abstract

Background: Among patients attending therapy, up to half drop out prematurely. These patients are in danger of suffering serious consequences. **Aim:** The aim of this systematic literature review is to identify, structure and summarize research on patient drop-out from the treatment of anorexia nervosa in patients who are 16 years and older. **Research question:** Which factors do research find are associated with premature termination of anorexia nervosa treatment? **Methods:** We conducted a systematic literature search in the index databases Web of Science Core Collection (Web of Science) and PsycINFO (OVID). **Results:** 18 studies were included: 17 of these quantitative and one qualitative. These were mainly cohort studies comparing characteristics collected at the beginning of treatment between patients dropping out and patients remaining in therapy. The majority of the examined factors showed no significant association with drop-out across studies. Only factors regarding the process of therapy and patients own experience were not contradictory, but only one and two studies respectively, were conducted on each of these. **Conclusion:** Overall, no consistent factors predicting treatment drop-out were identified, but our results indicate that patients' treatment experience and early alliance can be useful in preventing drop-out. We suggest that future research should be conducted based on qualitative studies concerning patient drop-out, or core theories on the eating disorder. This may prevent future research from continuing to focus on factors seemingly not related to patient drop-out.

Keywords: anorexia nervosa, patients, treatment, drop-out, literature review

Anoreksia nervosa (AN) er en spiseforstyrrelse som kjennetegnes av en intens frykt for å gå opp i vekt, og undervekt som følge av et selvbestemt restriktivt matinntak. Lidelsen rammer omkring 0,5 % av Norges befolkning til enhver tid (Helsedirektoratet, 2017), og 2,8 % av kvinner og 0,3 % av menn på verdensbasis (Galmiche et al., 2019). Individuer som har AN opplever ofte redusert livskvalitet, særlig innenfor sosial og emosjonell fungering (Sy et al., 2013; van Hoeken & Hoek, 2020). Dette er sammenlignet med både friske personer, og med grupper med andre psykiske lidelser (Sy et al., 2013). I tillegg til de psykologiske konsekvensene, bringer også AN med seg en rekke somatiske konsekvenser, der alvorlighetsgraden gjerne øker desto lavere vekten til den rammede blir (Mehler & Brown, 2015). Til tross for lidelsens alvorlighetsgrad, kan individer med AN oppleve spiseforstyrrelsen som ønskelig å beholde (Gregertsen et al., 2017; Nordbø et al., 2006; Schmidt & Treasure, 2006). Lidelsen blir for mange en verdifull mestringsstrategi (Eivors et al., 2003) og en sentral del av egen identitet (Espíndola & Blay, 2009; Higbed & Fox, 2010; Williams & Reid, 2010).

Frafall er en gjennomgående utfordring i behandlingen av AN, og opp mot halvparten av pasientene fullfører ikke behandlingen (Fassino et al., 2009; Vincenzo et al., 2021). Denne litteraturgjennomgangen handler om disse pasientene. Konsekvensene av frafall kan være alvorlige. En rekke studier finner at frafall fører til dårligere behandlingsutfall og prognose (Kahn & Pike, 2001; Strober et al., 1997; Wallier et al., 2009). Ubehandlet AN bringer med seg en av de høyeste dødelighetsratene sammenlignet med både andre spiseforstyrrelser, slik som bulimi og overspisingslidelse (Arcelus et al., 2011; Chesney et al., 2014), og sammenlignet med psykiske lidelser generelt (Chesney et al., 2014; Chidiac, 2019). Risikoen er høy for at lidelsen kan bli langvarig (Eddy et al., 2017; Gregertsen et al., 2017), og mennesker som lider av AN har også høy sannsynlighet for å utvikle andre psykiske lidelser i løpet av livet (Jagielska & Kacperska, 2017).

Det har tilsynelatende vært lite klinisk fremgang når det kommer til å redusere frafallet fra behandlingen av AN, til tross for at dette har blitt ansett som problematisk helt fra tidlig på 2000-tallet (Mahon, 2000; Skårderud et al., 2020). Behandlingsresultatene ved behandling av AN tyder på at lidelsen er utfordrende å behandle (Bateman & Fonagy, 2012; Fairburn, 2005; Smink et al., 2013), og det ser ikke ut til at noen spesifikke psykologiske behandlingsmetoder gir betydelig bedre resultater enn andre (Murray et al., 2019; Watson et al., 2013; Zeeck et al., 2018). Behandlere uttrykker også på tvers av terapimetoder utfordringer med å arbeide med denne pasientgruppen i terapi (Geller et al., 2001; Thompson-Brenner et al., 2012). Ifølge Skårderud et al. (2020) kan bakgrunnen for disse utfordringene handle om mangel på tilstrekkelig kunnskap og forståelse av lidelsens fenomenologi og funksjon.

Vår problemstilling i denne systematiske litteraturgjennomgangen er: Hvilke faktorer er relatert til frafall i behandlingen av anoreksi, ifølge forskningslitteraturen?

Vi vil videre i innledningen gjennomgå diagnostiske kriterier for AN, sentrale begrepsdefinisjoner, teoretiske forklaringsmekanismer bak utfordringer ved å stå i behandling for AN, i tillegg til de to mest brukte behandlingsformene for AN i Norge i dag. Til sist vil vi presentere tidligere litteraturgjennomganger på feltet og presisere denne oppgavens bidrag.

Diagnostiske kriterier for AN

Forskningsfeltet på AN bruker vanligvis diagnosekriterier fra diagnosemanualene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. eller 5. utgave (DSM-IV eller DSM-V) for å fastslå diagnosen. I Europa bruker helsetjenestene generelt sett International Classification of Diseases (ICD). Den nåværende versjonen, ICD-10, har i hovedsak tilsvarende kriterier som DSM-V, men skiller seg fra denne ved et eksplisitt kroppsmasseindeks (BMI)-kriterium og et kriterium om omfattende endringer i hormonsystemet som følge av lav vekt for å få diagnosen (Verdens helseorganisasjon, 2022).

DSM brukes primært i USA og Canada. DSM-kriteriene er sentrale for forskningen gjort på AN, og vil derfor presenteres her.

DSM-IV og DSM-V

I DSM-V beskrives det tre hovedkriterier for å få diagnosen 307.1 AN. Det første kriteriet omhandler et restriktivt matinntak som fører til betydelig lav vekt i forhold til alder, kjønn, fysisk helse og utvikling. Det andre kriteriet omhandler gjentatt atferd som forhindrer vektoppgang, ofte forankret i opplevelsen av en intens frykt for å legge på seg eller bli overvektig. Det tredje kriteriet beskriver en forstyrret kroppsoppfatning som bringer med seg mangel på anerkjennelse av lav vekt (American Psychiatric Association, 2013).

Det ble i overgangen fra DSM-IV til DSM-V gjort to sentrale endringer i diagnostiske krav. DSM-IV inneholdt et vektkriterium som beskrev at pasienten måtte veie mindre enn 85% av ideell kroppsvekt for å tilfredsstille diagnostiske krav. Dette kriteriet ble omformulert til betydelig lav vekt. DSM-IV inkluderte også et fjerde kriterium som ble fjernet, om uteblitt menstruasjon i minst tre påfølgende sykluser hos menstruerende kvinner (sekundær amenoré) (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

I DSM-V skilles det mellom undertypene AN restriktiv type og AN bulimisk type. AN bulimisk type defineres ved gjentatt overspising eller renselsesatferd i løpet av de siste tre månedene, og AN restriktiv type er fravær av overspisingsepisoder og renselsesatferd (American Psychiatric Association, 2013). Forskningsfeltet på AN skiller i stor grad mellom disse typene, og omtaler dem ofte som AN-binge/purge og AN-restriktiv. Vi velger i denne oppgaven å benytte de norske forkortelsene AN-B for AN bulimisk type og AN-R for AN restriktiv type.

Atypisk AN

Det skilles i både i DSM-IV og DSM-V mellom AN og atypisk AN. Denne kategoriseringen ser ut til å brukes av flere forfattere på forskningsfeltet. DSM-V skiller

mellom AN (307.1) og atypisk AN (307.59), hvor atypisk AN hører inn i kategorien Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED). Kriteriet for atypisk AN er at alle kriteriene for AN er møtt, med unntak av vektkriteriet. Mennesker med atypisk AN kan altså være innen normalvekt, eller overvektige (American Psychiatric Association, 2013).

Komorbiditet

En stor andel av pasienter med spiseforstyrrelser oppfyller også kriteriene for andre psykiske lidelser (Blinder et al., 2006; Dalle Grave et al., 2021; Helsedirektoratet, 2017; Pearlstein, 2002). AN er særlig komorbid med depressive lidelser (Blinder et al., 2006; Herzog et al., 1992; Woodside & Staab, 2006), angstlidelser (Godart et al., 2000; Kaye et al., 2004; Swinbourne & Touyz, 2007), posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Tagay & Schlegl et al., 2010) og personlighetsforstyrrelser (Cassin & Von Ranson, 2005; Martinussen et al., 2017; Rosenvinge et al., 2000).

Depressive lidelser er svært vanlige blant personer med spiseforstyrrelser (Blinder et al., 2006; Herzog et al., 1992; Woodside & Staab, 2006). Mange med AN rapporterer om depressivt stemningsleie som følge av undervekt og sult, og det vil dermed være utfordrende å vurdere om det er en komorbid depressiv lidelse eller en effekt av AN i seg selv (Woodside & Staab, 2006).

Forskning tyder på at angstlidelser har høyere prevalens blant personer med AN enn den øvrige befolkningen (Godart et al., 2000; Kaye et al., 2004; Swinbourne & Touyz, 2007). En studie av Kaye et al. (2004) fant at omtrent to tredjedeler av utvalget rapporterte en eller flere angstlidelser gjennom livet. Den mest vanlige angstlidelsen var tvangslidelse (OCD), deretter sosial fobi. En andel pasienter med AN vil også oppfylle kriteriene for komorbid PTSD (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Tagay & Schlegl et al., 2010). To studier som så på prevalensen av komorbiditet mellom AN og PTSD fant 10 % (Tagay & Schlegl et al., 2010)

og 13,7 % komorbiditet (Reyes-Rodríguez et al., 2011). Prevalensen øker ofte med lidelsens alvorlighetsgrad (Woodside & Staab, 2006).

Forskning har vist at AN også opptrer samtidig som personlighetsforstyrrelser (Cassin & Von Ranson, 2005; Martinussen et al., 2017; Rosenvinge et al., 2000). En metaanalyse av Martinussen et al. (2017) fant at omtrent halvparten av pasienter med AN også oppfylte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse, der de tre typene unnvikende, avhengig og tvangspreget var mest vanlig.

Woodside og Staab (2006) problematiserer det å behandle komorbide lidelser mens pasienten er i en tilstand av sult. Forfatterne beskriver at det er svært vanskelig å få til endring i en komorbid lidelse når personen fortsatt sulter, og at det er sentralt å jobbe med spiseforstyrrelsen først for å få til endring. Det kan også være vanskelig å diagnostisere komorbide lidelser ved sult og kaotisk spising. Dalle Grave et al. (2021) har argumentert for at pasientene som tilsynelatende har komorbide lidelser heller uttrykker et komplekst sykdomsbilde enn flere separate lidelser. Forfatterne skriver at den vanligste feilen de har sett i sin kliniske praksis er at man behandler de sekundære konsekvensene av feilernæring og undervekt, slik som psykologisk behandling av sekundært depressivt stemningsleie, i stedet for å behandle den opprettholdende psykopatologien i spiseforstyrrelsen direkte.

Frafall

Begrepet frafall har i forbindelse med behandling for AN vist seg gjennomgående utfordrende å finne en entydig definisjon på, ettersom det mangler enighet om hva begrepet innebærer (DeJong et al., 2012). Mahon (2000) påpekte allerede på 2000-tallet hvordan dette fører til store utfordringer med å sammenligne og generalisere resultater på tvers av studier på frafall fra psykologisk behandling, og det tilsynelatende har vært lite forbedring de siste tyve årene (DeJong et al, 2012; Gregertsen et al, 2019). Vi har i denne litteraturgjennomgangen

inkludert alle artikler som omhandler frafall, uavhengig av definisjon, ettersom det i dag ikke eksisterer tydelig konsensus om definisjonen av begrepet.

På tross av store ulikheter er det gjennomgående i studier på feltet slik at frafall som regel sikter til en ensidig beslutning fra enten pasient eller behandlingsteam om å avslutte behandling før et visst antall timer, eller en viss BMI (Fassino et al., 2009; Wallier et al., 2009). Behandlingsteam refererer til tverrfaglige team på døgnavdelinger med ulike profesjoner (Huas et al., 2011; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Zeeck et al., 2005). Vi har i denne oppgaven valgt å referere til disse ulike sammensetningene av profesjoner som behandlingsteam. Noen studier skiller mellom hvorvidt frafall er initiert av pasienten eller behandlingsteam, men flertallet gjør ikke dette (Sly & Mountford et al., 2014). Avslutning initiert av behandlingsteam oppstår ofte grunnet manglende progresjon i behandling i form av vektoppgang eller brudd på behandlingskontrakt, slik som å fortsette med kompenserende atferd som oppkast under døgnbehandling (Carter et al., 2006; Huas et al., 2011; Pham-Scottez et al., 2012; Sly & Mountford et al., 2014; Woodside et al., 2004). Det er også forskjeller på om det skilles mellom om frafallet finner sted tidlig eller sent i behandlingsprosessen, der denne oppgaven vil inkludere begge disse kategoriseringene (Huas et al., 2011; Khan & Pike, 2001). Noen få studier inkluderer alle årsaker til tidlig avslutning, slik som at pasienten flytter, avslutter på grunn av overføring til annet behandlingsnivå eller at pasienten har tidlig bedring og derfor avsluttes før forløpet er ferdig (Jordan et al., 2014). Denne oppgaven vil romme også disse definisjonene.

Utfordringer i behandling av AN

Etttersom frafall fra behandling og utfordringer knyttet til tilfriskning er utbredt blant mennesker med AN, er det sentralt å utforske bakgrunnen for dette. Forskning på feltet peker særlig på noen aspekter knyttet til undervekt, egosyntonitet og ambivalens, mentaliseringsvansker og emosjonell dysregulering som betydningsfulle teorier om

fenomenet. Vi vil nå gjennomgå disse forklaringsmekanismene for hvorfor AN kan være en lidelse som er vanskelig å behandle.

Undervekt og underspising

Mange av de psykologiske endringene ved AN virker å være sekundære effekter av underspising og undervekt heller enn å være en del av psykopatologien eller faktorene som utløste lidelsen (Dalle Grave et al., 2021; Walsh et al., 2015). Underspising og undervekt kan bidra til å opprettholde AN og dermed gjøre behandling utfordrende (Fairburn, 2008), og bidra til frafall.

Minnesota sult-eksperimentet som ble utført av Keys et al. mellom 1944 og 1945 har gitt kunnskap om de mange konsekvensene av restriktivt matinntak og undervekt (Dalle Grave et al., 2021; Garner & Garfinkel, 1997; Walsh et al., 2015). Denne kunnskapen er relevant for forståelsen av AN da individer med AN er undervektige og har et selvbestemt lavt matinntak. I eksperimentet ble friske deltakere utsatt for kontrollert sulting slik at man skulle kunne studere effektene av dette, samt undersøke rehabiliterende tiltak i etterkant. Somatisk ble det rapportert om mange endringer som blant annet hodepine, dårlig søvn, svimmelhet, endret metabolisme og lavere puls. Deltakerne rapporterte også om apati, irritabelt humør, depressivt stemningsleie og redusert konsentrasjon grunnet påtrengende tanker om mat og spising. Mange deltakere rapporterte også om trøtthet, angst og beslutningsvansker. For mange gikk ikke de psykologiske endringene umiddelbart over, men vedvarte flere måneder etter at deltakerne begynte å spise normalt igjen, og virket også å være relatert til lav vekt, ikke bare restriktivt matinntak (Dalle Grave et al., 2021).

Klinikere beskriver at mange av de samme sekundære effektene av undervekt, som er beskrevet over, observeres hos pasienter med AN (Fairburn, 2008; Garner & Garfinkel, 1997; Skårderud et al., 2020; Walsh et al., 2015). Tankemønstret til pasientene blir mer tvangspreget og rigid (Skårderud et al., 2020), og pasientene opplever konsentrasjonsvansker

og påtrengende tanker om mat og spising (Fairburn, 2008). Emosjonelt rapporterer individer med AN om ustabil humør (Skårderud et al., 2020), depressivt stemningsleie og irritabilitet (Fairburn, 2008). Det er vanlig med dårlig søvn (Fairburn, 2008; Walsh et al., 2015), sosial tilbaketrekning og tap av tidligere interesser, slik at livet i stor grad handler om spiseforstyrrelsen (Fairburn, 2008). Det antas at å gå opp igjen til normalvekt i stor grad vil fjerne disse sekundære konsekvensene (Fairburn, 2008).

Mange individer med AN anser ikke undervekt og underspising som et problem, tvert imot kan dette anses som et bevis på kontroll (Fairburn, 2008), og som en mestringsstrategi (Grilo & Mitchell, 2009), som igjen kan føre til lav motivasjon for endring (Fairburn, 2008). Behandling av AN vil innebære vektoppgang, som kan skape sterkt ubehag for pasienten (Grilo & Mitchell, 2009; Nordbø et al., 2012). Det kan tenkes at undervektige pasienter avslutter behandlingen for tidlig både grunnet effektene av undervekt i seg selv, og fordi personen har sterk motstand mot å gå opp i vekt.

Egosyntonitet

Egosyntonitet er fremhevet i forskningsfeltet på AN som et sentralt trekk ved lidelsen (Garner & Bemis 1982; Gregertsen et al., 2017; Higbed & Fox, 2010; Marzola et al., 2015; Nordbø et al., 2006; Williams & Reid, 2010). Forskere har i forsøket på å få større forståelse for hvorfor så mange pasienter motsetter seg og faller fra behandling identifisert den egosyntone naturen til AN som en sentral faktor (Gregertsen et al., 2017; Nordbø et al., 2012; Serpell et al., 1999; Vitousek et al., 1998). Egosyntonitet viser til at individer med AN ofte opplever at flere aspekter ved symptomene har en positiv verdi og at de verdsetter lidelsen (Gregertsen et al., 2017; Nordbø et al., 2006; Schmidt & Treasure, 2006). Lidelsen kan for mange oppleves å være i samsvar med personligheten og slik en ønsker å være, og være viktig for opplevelse av egen identitet. Symptomene eller psykologiske aspekter ved lidelsen kan på denne måten oppleves å være en integrert del av individet (Espíndola & Blay, 2009;

Higbed & Fox, 2010; Williams & Reid, 2010). Til tross for de tilsynelatende negative konsekvensene av lidelsen, er behandling av AN karakterisert av høye frafallstall (Gregertsen et al., 2017). Frafall fra behandling kan handle om at pasientene er motvillige til å gi opp de positive aspektene de opplever at AN gir dem (Garner & Bemis, 1982; Williams & Reid, 2010).

Forskningsfeltet har forsøkt å belyse det egosyntone aspektet ved AN gjennom bruk av kvalitative studier med fokus på hvordan pasienter med AN selv tilskriver mening til sin anorektiske atferd, samt hva pasientene opplever vanskeligjør tilfriskning. Gjennomgående temaer her er trygghet, unngåelse av følelser, indre styrke, selvtillit og kommunikasjon. Pasientene rapporterte at AN gir opplevelser av trygghet, stabilitet og struktur ved å organisere dagen deres med strenge tidsskjema og regler, og opplevelse av kontroll. Tryggheten handlet også om det å ha en mening med livet, og opplevelsen av å ha noe man alltid vil kunne mestre. De opplevde at AN ble en måte å unngå å kjenne på følelser gjennom at dagene ble fylt med tanker om mat. Pasientene rapporterte videre hvordan AN ga dem en følelse av indre styrke gjennom opplevelse av mestring av vektnedgang. Vektnedgangen gjorde at de fikk mer selvtillit og følte seg mer attraktive og vellykkede (Gagnon-Girouard et al., 2019; Gregertsen et al., 2017; Marzola et al., 2015; Nordbø et al., 2006; Nordbø et al., 2012; Serpell et al., 1999).

Ambivalens

Samtidig som pasienter opplever positive, egosyntone effekter av den anorektiske atferden, kan de fleste også anerkjenne negative effekter, som kan skape en sterk ambivalens (Cockell et al., 2003; Fox et al., 2011; Williams & Reid, 2010). Pasienter med AN beskriver ofte motstridende følelser knyttet både til sin lidelse og til hvorvidt de ønsker å bli friske (Abbate-Daga et al., 2013; Gregertsen et al., 2017; Guarda, 2008; Nordbø et al., 2006; Williams & Reid, 2010). Ambivalens kan defineres som en prosess av å ha konfliktfylt

motivasjon eller å ha motstridende følelser om det samme (Miller, 1998, s. 123). Pasientene kan ha negative følelser knyttet til lidelsen, og erfare hvordan den kan være ødeleggende og skadelig for dem selv, deres liv og deres nære relasjoner (Gregertsen et al., 2017; Serpell et al., 1999). Samtidig kan pasientene ha en rekke positive overbevisninger om og opplevelser av hva AN gir dem og tilfører livet deres, som kommer tydelig frem gjennom det egosyntone aspektet (Gregertsen et al., 2017).

Williams og Reid (2010) oppsummerer kvalitative studier som har identifisert ambivalens som en tydelig komponent i AN (Colton & Pistrang, 2004; Reid et al., 2008; Serpell et al., 1999), og viser hvordan ambivalens kommer til uttrykk på flere områder. Pasienter med AN opplever ofte ambivalens rundt behandling, hvor de på den ene siden ønsker å opprettholde lidelsen, men på den andre siden også ønsker å bli friske. De kan også oppleve ambivalens rundt nivået av kontroll lidelsen gir dem. På den ene siden opplever de at lidelsen gir kontroll, men på den andre siden uttrykker de også samtidig å føle seg kontrollert av lidelsen (Reid et al., 2008; Williams & Reid, 2010). Det fremkommer i tillegg ambivalens rundt følelser knyttet til selve lidelsen. Ambivalensen kan innebære hvorvidt AN er en nyttig og funksjonell mestringsstrategi eller en lidelse som er ute av kontroll (Colton & Pistrang, 2004; Serpell et al., 1999; Williams & Reid, 2010).

Funnene fra ulike studier viser tydelig den komplekse, ambivalente stilen pasientgruppen kan ha til ulike aspekter ved lidelsen og til behandling. De positive, egosyntone aspektene kan forsterke opplevelsen av å ville fortsette å opprettholde anoreksien, samt øke risikoen for frafall fra behandling, mens de negative aspektene kan føre til at individet oppsøker og forblir i behandling (Vitousek et al., 1998; Williams & Reid, 2010). Det at pasienter med AN verdsetter lidelsen sin, skiller dem fra andre pasientgrupper (Gagnon-Girouard et al., 2019; Gregertsen et al., 2017; Nordbø et al., 2006), og kan være med å forklare den lave motivasjonen til endring man kan møte hos denne gruppen (Abbate-

Daga et al., 2013; Gagnon-Girouard et al., 2019; Nordbø et al., 2006), og hvordan lidelsen opprettholdes. Funnene på forskningsfeltet viser at anorektisk atferd ikke bare er et sett av fysiske og psykologiske symptomer, men også et atferdsmønster som har blitt meningsfullt for individet og har en rekke positive funksjoner (Nordbø et al., 2006).

Emosjonell dysregulering

Det er kjent at personer med AN har vansker med emosjonsregulering (Harrison et al., 2009; Lavender et al., 2015; Meule et al., 2021; Oldershaw et al., 2015; Oldershaw et al., 2019; Svaldi et al., 2012), og at dette kan være med på å forklare hvordan AN utvikles og opprettholdes (Haynos & Fruzzetti, 2011; Oldershaw et al., 2019). Vansker med emosjonsregulering kan knyttes opp til frafall fra behandling, ettersom det er vist at personer med AN bruker spiseforstyrrelsen som reguleringsmekanisme (Espeset et al., 2012; Haynos & Fruzzetti, 2011; Nordbø et al., 2006; Robinson, 2014; Wildes et al., 2010), og dermed står uten håndteringsmekanismer i møte med vonde følelser når man forsøker å fjerne atferden i behandling. Personer med AN har også rapportert om lavere emosjonell bevissthet og større bruk av maladaptive emosjonsreguleringsstrategier (Oldershaw et al., 2015). Det er i tillegg vist at personer med AN har lavere toleranse for negative emosjoner (Corstorphine et al., 2007).

Forskning har vist at personer med AN bruker spiseforstyrrelsen både som reguleringsmetode, og for å unngå vanskelige emosjoner (Espeset et al., 2012; Haynos & Fruzzetti, 2011; Nordbø et al., 2006; Robinson, 2014; Wildes et al., 2010). Når pasienten er i en restriktiv tilstand vil tanker om mat og vekt effektivt kunne stenge ute vanskelige tanker og følelser (Robinson, 2014). Individet med AN har rapportert å bruke ulike strategier for å håndtere negative emosjoner, slik som restriktiv spising (Brockmeyer et al., 2012; Espeset et al., 2012; Meule et al., 2021), rensete, selvskading, trening og kroppssjekking (Espeset et al., 2012).

Ettersom personer med AN bruker spiseforstyrrelsen for å regulere vanskelige følelser og har vansker med slik regulering og uttrykking av følelser i utgangspunktet, kan dette skape utfordringer i behandling. Når en i behandling forsøker å fjerne spiseforstyrrelsesatferden vil personen møte vonde følelser knyttet til for eksempel vektoppgang uten å ha en reguleringsstrategi, som kan bli intenst og overveldende. Dette kan skape angst, og potensielt føre til at personen faller fra behandlingen.

Mentalisering

Mentalisering kan beskrives som et intellektuelt rammeverk som kan brukes til å beskrive og forstå mange av vanskene man observerer både hos individer med AN, og i terapiprosessen med denne pasientgruppen (Bora & Köse, 2016; Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2020). Begrepet mentalisering viser til individets evne til å forstå seg selv og andre ut fra mentale tilstander som tanker, følelser, intensjoner og ønsker, og det å gi mening til den sosiale verden man er en del av (Bateman & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2020). Dette innebærer evnen til å bruke eget sinn til å reflektere over både sitt eget og andres sinn, og til å kunne å se seg selv fra utsiden og andre fra innsiden. God mentalisering er viktig for følelsesregulering, identitet og sunne relasjoner. AN kan forstås som alvorlige former for svekket mentalisering, og kan dermed bidra til forståelse av symptombildet og vanskene mennesker med AN opplever. En person med AN vil ofte ha vansker både med forholdet til andre og til seg selv (Bateman & Fonagy, 2012; Skårderud, 2007; Skårderud et al., 2020). Mentaliseringsbegrepet kan bidra til forståelsen av hvordan AN kan fungere som en mestringsstrategi for individet gjennom at kroppen blir brukt konkret til å regulere følelser, som gjennom det å sulte seg (Skårderud et al., 2020).

Mentaliseringssvikt hos individer med AN kan komme til uttrykk på flere måter, og stadige mentaliseringskollapser hos pasienter kan gjøre dem sårbare for å oppleve alliansebrudd og å avslutte terapi prematurt. Mentaliseringssvikt generelt kjennetegnes av

skråsikkerhet og manglende nysgjerrighet. Å ha et rammeverk som mentalisering å navigere ut i fra, kan hjelpe behandlere å møte pasienten der de er, og bidra til at pasienten føler seg forstått og dermed styrke en allianse for å bli værende i terapi til tross for at det er utfordrende (Skårderud et al., 2020).

Behandlere som jobber med pasienter med AN er også sårbare for å oppleve mentaliseringssvikt. Det å jobbe med AN-pasienter med sterk grad av mentaliseringssvikt kan være utfordrende og fremme sterke reaksjoner hos behandler, og påvirke behandlerens egen mentalisering og refleksjonsevne. Det er en risiko for at behandler overreagerer eller handler på egne følelsesmessige reaksjoner på uheldige vis, som kan føre til utålmodighet, manglende interesse eller i verste fall avvisning fra behandlerens side i form av å avslutte terapiforløpet. En konsekvens av behandlerens mentaliseringssvikt eller manglende felles forståelse rundt vanskene kan også føre til alliansebrudd, som kan føre til at pasienten velger å avslutte behandlingsforløpet. Det kan derfor kreve stor grad av selvregulering og selvrefleksjon av behandlere for å kunne møte denne gruppen med tålmodighet, empati og dermed hjelpe pasientene ut av mentaliseringssvikten (Skårderud et al., 2020).

Psykoterapeutisk behandling av AN

Det finnes flere ulike behandlingsmodeller for å behandle AN. Helsedirektoratet skriver i sine nasjonale retningslinjer for spiseforstyrrelser at ingen behandlingsformer er anbefalt over andre, men anbefaler at personer med AN får tilbud om individuell behandling rettet mot spiseforstyrrelsen (Helsedirektoratet, 2017). Denne oppgaven vil kort presentere to ulike behandlingsformer for AN; utvidet kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) og mentaliseringsbasert behandling for spiseforstyrrelser (MBT-ED). Terapiformene er valgt fordi disse er mye brukt i Norge i skrivende stund.

CBT-E

Den mest brukte behandlingsformen i Norge for AN er så langt forfatterne vet CBT-E. Behandlingsformen ble utviklet av Fairburn, som ga ut behandlingsmanual for CBT-E i 2008. CBT-E har fokus på kognitive opprettholdende mekanismer, slik som overopptatthet av kropp, vekt og kontroll over dette (Fairburn, 2008).

Behandlingen begynner med å lage en systematisk og sammenhengende beskrivelse av pasientens lidelse og faktorer som er med på å opprettholde denne. Behandler ønsker å hjelpe pasienten til å se spisevanskene utenfra, for å få mer avstand til lidelsen. CBT-E har eksplisitt fokus på motivasjonsarbeid i starten av behandlingen. Fairburn (2008) skriver at det er viktig å engasjere pasienten i behandlingen da pasienter med AN ofte er svært ambivalente til både behandling og bedring. En måte dette gjøres på er gjennom psykoedukasjon, som går ut på at behandler og pasient får en felles forståelse for lidelsen. CBT-E har fokus på hindringer for bedring, og behandler er oppmerksom på og diskuterer regelmessig disse med pasienten. Det er viktig å etablere en god behandlingsallianse. CBT-E har innledningsvis i behandlingen fokus på atferdsendring som er nødvendig for vektoppgang, frem til pasienten har oppnådd en tilnærmet normal BMI. Ifølge behandlingsmodellen fører det ikke frem å jobbe med tankesett når pasienten er undervektig. CBT-E har etter vektoppgangen fokus på å jobbe med tankemønstrene som er med på å opprettholde lidelsen (Fairburn, 2008).

CBT-E har god empirisk støtte. En systematisk gjennomgang av litteratur på CBT-E fant at behandlingsformen økte BMI for individer med AN, og i tillegg reduserte spiseforstyrrelsesatferd og pasientens symptomer (Atwood & Friedman, 2020).

MBT-ED

MBT-ED er en behandlingsform som har blitt utviklet som en reaksjon på at forskningen har vist at behandlingsresultater for pasienter med spiseforstyrrelser, og spesielt AN, ikke har vært tilfredsstillende (Fairburn, 2005; Skårderud et al., 2020; Woodside, 2005).

MBT-ED er et strukturert behandlingsprogram for alvorlige og langvarige spiseforstyrrelser, og er alltid kombinasjonsbehandling av individualterapi, gruppeterapi og psykoedukasjon. Dobbeltsporet er et sentralt begrep i MBT-ED, som vil si at man både jobber med å redusere symptomer og å fremme mentalisering. MBT-ED har et spesifikt fokus på å fremme gode relasjoner og redusere frafall fra behandling. De terapeutiske intervensjonene forholder seg til angst, motivasjon og ambivalens. Det er en tanke om at symptomene best lar seg utforske i forhold som er trygge nok, og MBT-ED er opptatt av det skal være systematisk og eksplisitt fokus på den terapeutiske relasjonen (Skårderud et al., 2020).

MBT har oppnådd god empirisk støtte for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF), men er en relativt ny behandlingsform i møte med spiseforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2012; Malda-Castillo, 2019). Studier så langt tyder på at MBT kan tilpasses behandling for spiseforstyrrelser (Robinson, 2014; Skårderud, 2012). Oppsummert status i dag er at MBT-ED så langt viser lovende resultater i mindre studier. Det mangler imidlertid foreløpig store randomiserte kontrollerte studier, som er nødvendig for å kunne fastslå om behandlingsformen gir bedre behandlingsresultater og er mer kostnadseffektiv enn andre etablerte behandlingsformer (Balestrieri et al., 2015; Zeeck et al., 2021). MBT-ED er i dag implementert ved noen behandlingsinstitusjoner i Norge.

Tidligere litteraturgjennomganger om frafall fra behandling av spiseforstyrrelser

Det har blitt gjort flere oversiktsstudier de siste tyve årene om hvorfor pasienter med AN faller fra behandling, eksempelvis Mahon (2000), Fassino et al. (2009), Wallier et al. (2009), DeJong et al. (2012) og Gregertsen et al. (2019). Mahon (2000) oppgir ikke hvor mange studier som blir inkludert, men de resterende oversiktsartiklene inkluderer henholdsvis 26, 7, 19 og 27 studier. Oversiktsstudiene har noe ulikt fokus, men tar for seg faktorer relatert til frafall og forståelse av frafall fra behandling av AN. Funnene her er sprikende og

inkonsistente, og ingen assosiasjoner mellom frafall og ulike prediktorer er gjennomgående for alle de nevnte oversiktsartiklene. Noen faktorer ser likevel ut til å være mer fremtredende for å predikere frafall enn andre, særlig karakteristikker ved den rammede som omhandler BMI og undertypen AN-B. Gregertsen et al. (2019) finner at lav BMI ved innleggelse kan predikere frafall. Dette kan ifølge forfatterne anses som et bilde på at pasientene med mest alvorlig sykdom ikke forblir i behandling. Dette stemmer også overens med Mahon (2000), som beskriver at pasienter som har vært syke over lengre tid oftere ikke fullfører behandling. Wallier et al. (2009) finner derimot motstridende funn når det gjelder BMI ved innleggelse og hvorvidt dette kan predikere frafall.

Undertypen AN-B kan ifølge Fassino et al. (2009), Wallier et al. (2009) og Gregertsen et al. (2019) predikere frafall fra behandling, og en mulig forklaring er at denne gruppen har mer impulsiv atferd. I tråd med dette finner Fassino et al. (2009) også at forhøyet skår på trekkene impulsivitet, i tillegg til lave skårer på personlighetsdimensjonene selvstyring og samarbeid, assosieres med frafall. Både Wallier et al. (2009) og Fassino et al. (2009) finner forhøyet skår på trekket modningsfrykt, som beskriver opplevd frykt for å bli voksen, hos gruppen som faller fra behandling av AN. Selv om mange av oversiktsartiklene dreier seg om faktorer knyttet til enkeltindividet når det kommer til frafall, finner Gregersen et al. (2019) at prosessfaktoren lav motivasjon ved behandlingsstart også kan være viktig.

Fassino et al. (2009), Wallier et al. (2009), DeJong et al. (2012) og Gregertsen et al. (2019) er gjort på ulike pasientgrupper med AN. Der DeJong et al. (2012) studerer pasienter i poliklinisk behandling, studerer Wallier et al. (2009) pasienter innlagt på døgnpast. Både Fassino et al. (2009) og Gregersen et al. (2019) har på sin side aldersavgrensninger, henholdsvis pasienter fra og med 18 og 13 år og eldre.

Selv om Mahon allerede i år 2000 etterlyste mer kvalitativ forskning på dette feltet, inkluderer likevel ikke de resterende oversiktsartiklene kvalitative studier (DeJong et al.,

2012; Fassino et al., 2009; Gregertsen et al., 2019; Wallier et al., 2009). Gregertsen et al. (2019) er i skrivende stund den nyeste litteraturgjennomgangen på feltet, og tar bare for seg om funn fra studier som handler om faktorer ved pasientene ved behandlingsstart kan forutsi frafall.

Denne oppgaven

Problemstillingen i denne litteraturgjennomgangen er: Hvilke faktorer finner forskningslitteraturen er relatert til frafall fra behandling av anoreksi? Sett i lys av begrensningene ved de tidligere oversiktsartiklene ønsker vi med denne oppgaven å bidra til å gi en oversikt over feltet. Vi ønsker også å gjøre rede for kliniske implikasjoner av funnene våre, da dette kan være relevant for klinisk praksis og videre forskning. Denne litteraturgjennomgangen skiller seg fra Gregertsen et al. (2019) ved at vi inkluderer et bredere utvalg av studier enn de som kun dreier seg om målinger utført hos pasienter ved innleggelse. De øvrige gjennomgangene er mer enn ti år gamle (DeJong et al., 2012; Fassino et al., 2009; Mahon, 2000; Wallier et al., 2009), og det er dermed behov for en oppdatert gjennomgang på feltet. Vi vil inkludere et bredt studieutvalg for å sikre at faktorer knyttet til de teoretiske forklaringsmekanismene vi har presentert om AN kan fanges opp. I denne litteraturgjennomgangen vil vi dermed ikke gjøre begrensninger i henhold til psykologisk behandlingsform og -rammer, type mål utført eller type studie. Vi vil inkludere alle studier som omhandler frafall fra psykologisk behandling for AN for pasienter over 16 år, da dette er helsemyndig alder i Norge. Vi ønsker også å drøfte mulige kliniske implikasjoner av funnene våre. Med dette håper vi å gi en oversikt over feltet og bidra til en økt forståelse av frafall fra behandling av AN.

Metode

Inklusjonskriterier

Målet med denne systematiske litteraturgjennomgangen er å identifisere og systematisere potensielle faktorer som henger sammen med frafall fra AN-behandling. Disse sammenhengene kan blant annet handle om karakteristikk ved pasienten, terapeuten eller behandlingen som gis. Vi ønsket at denne gjennomgangen skulle basere seg på studier der selvbestemt frafall var mulig for deltakerne. I Norge regnes ungdommer som helserettslig myndige fra og med fylte 16 år, og kan dermed som hovedregel samtykke eller avstå fra behandling etter eget ønske (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4–3). Vi har i denne oppgaven derfor valgt å inkludere studier som har deltagere fra 16 år og oppover. Ettersom denne litteraturgjennomgangen dreier seg om AN og ikke andre spiseforstyrrelser, var det også en forutsetning at den innhentede litteraturen rapporterer resultater avgrenset til AN.

Det ble gjort store endringer i kriteriene for å diagnostisere AN fra DSM-IV da den ble revidert og gjenuttgitt i 2013 som DSM-V (Moskowitz & Weiselberg, 2017). Det virker dermed nærliggende å anta at studier gjort før og etter dette tidspunktet har hatt ulike kriterier for når en pasient diagnostiseres med AN. Ettersom denne litteratur inkluderer litteratur fra både før og etter dette tidspunktet, har vi ansett det som hensiktsmessig å inkludere en bred definisjon av AN. Vi har derfor inkludert litteratur med ulike definisjoner på AN, slik som atypisk AN og "subthreshold"-AN, der pasientene gjerne mangler ett kriterie for å fylle AN-diagnosen.

For å sikre vitenskapelig kvalitet valgte vi å basere denne litteraturstudien på fagfellevurderte artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Vi valgte å inkludere forskning på norsk og engelsk, ettersom det er disse språkene forfatterne kan.

Litteraturen på spiseforstyrrelser tyder på at forståelsen av AN har endret seg betraktelig frem mot 2000-tallet. I manualene DSM-IV fra 1994 og ICD-10 fra 1993 blir vi presentert for konsensus for forståelsen av lidelsen fra og med utgivelsesåret til henholdsvis 2013 og 2019 (American Psychiatric Association, 2013; Hebebrand et al., 2004; Madden,

2004; World Health Organization, 2019). Vi ønsket derfor å begrense søket til å omfatte konsensus presentert i de siste to utgavene av de to diagnosemanualene DSM og ICD. Vi begrenset derfor søket til artikler fra og med år 2000, da det virker rimelig å anta at de reviderte diagnosemanualene var oversatt og tatt i bruk på dette tidspunktet.

Oppsummert benyttet vi oss altså av inklusjonskriteriene: 1) Artikkelen omhandlet faktorer relatert til frafall fra psykologisk behandling av AN, 2) Behandlingen gitt var enten gruppeterapi eller individualterapi, 3) Pasientene var over 16 år, 4) Det ble presentert resultater avgrenset til AN, 5) Fagfellevurderte artikler publisert i vitenskapelige tidsskrift, 6) Publisert fra og med år 2000.

Søkestrategi

For å orientere oss om de vanligste begrepene brukt for å favne frafall i psykologisk behandling av pasienter med AN, gjorde vi usystematiske referansesøk i Google Scholar, Web of Science Core Collection og PsycINFO mellom 11. og 14. januar 2022. Vi ble her oppmerksomme på at frafall ble omtalt i litteraturen i en rekke ulike former, og brukte denne informasjonen i utformingen av litteratursøket. I tillegg viste litteraturen en rekke ulike begreper brukt for å beskrive psykologisk behandling ved AN, som vi også benyttet oss av for å forme et godt litteratursøk.

Søket i denne litteraturgjennomgangen ble gjennomført med bakgrunn i oppdaterte retningslinjer for systematiske litteraturgjennomganger presentert av PRISMA (Page et al., 2021). Vi søkte i denne systematiske litteraturgjennomgangen etter litteratur i indeksdatabasene Web of Science Core Collection (Web of Science) og PsycINFO (OVID). Disse databasene ble valgt på bakgrunn av at begge ifølge Gusenbauer & Haddaway (2020) møtte alle nødvendige kriterier for søkemotorer egnet til systematiske litteratursøk, og ble kategorisert som velfungerende hovedsøkemotorer. Web of Science Core Collection ble valgt ettersom det er en anerkjent, multidisiplinær, bred og hyppig brukt søkemotor i

litteraturstudier, som gjør at denne fanger opp store deler av litteraturtilgjengelig innenfor flere ulike fagfelt (Gusenbauer & Haddaway, 2020; Li et al., 2017; Wu et al., 2012).

PsycINFO ble valgt fordi dette er en spesialisert database innenfor psykologi og brukes hyppig som søkemotor i litteraturgjennomganger på fagfeltet (Bramer et al., 2017; Wu et al., 2012).

Søket ble gjennomført 20. januar 2022, der vi benyttet et avansert søk over flere felt. Den boolske operatoren "OR" ble brukt mellom begrepene i hver kategori, og operatoren "AND" ble brukt mellom de ulike kategoriene. Trunkering ble benyttet hyppig i søket for å fange opp de ulike variasjonene av søkeordene. Søket inneholdt tre kategorier av begreper i enten tittel og/eller sammendrag (abstract). En av kategoriene omhandler begrepet frafall, og inneholdt åtte følgende søkeord for best mulig å inkludere alle skrivemåter for begrepet: drop*-out, dropout, drop* out, terminat*, attrition, withdraw*, failure to og non-completion. Kategorien etter dreide seg om å inkludere AN, og søkeordene anorectic* og anorexi* ble benyttet. I den tredje kategorien inkluderte vi søkeordene treat*, servi*, therap*, psychotherap* og intervention*, med mål om å dekke ulike begreper for psykologisk behandling. Det endelige søket illustreres dermed slik: ("drop*-out" OR "dropout" OR "drop* out" OR "terminat*" OR "attrition" OR "withdraw*" OR "failure to" OR "non-completion") AND ("anorectic*" OR "anorexi*") AND ("treat*" OR "servi*" OR "therap*" OR "psychotherap*" OR "intervention*"). Oversikt over søkeord er å finne i appendiks A. Forfatterne kontaktet også bibliotekar ved institusjonen oppgaven er skrevet, for å forhøre oss om søkestrategien var av god kvalitet.

Søket gav totalt 824 treff, 339 av disse i PsycINFO og 485 i Web of Science Core Collection.

Vi gjennomførte også supplerende søk i Google Scholar og PubMed for å sikre at vi hadde fått med alle artikler som møtte inklusjonskriteriene våre. Ingen nye artikler ble identifisert gjennom supplerende søk.

Utvelgelse av studier

Av de 824 identifiserte studiene, ble 198 duplikater fjernet. 626 studier ble dermed inkludert for gjennomlesning av tittel og sammendrag, utført av alle tre forfatterne i fellesskap. 562 av disse handlet ikke om frafall fra AN-behandling, og ble derfor ekskludert.

64 artikler ble inkludert for gjennomlesning av fulltekst, der to av disse var utilgjengelig for forfatterne. Følgelig etterspurte forfatterne de utilgjengelig artiklene fra biblioteket tilknyttet institusjonen denne artikkelen er skrevet ved (Universitetet i Bergen), men fikk ikke tilgang til disse. 62 artikler ble dermed vurdert for seleksjon gjennom å hente ut fulltekst. Vi vurderte artiklene ved hjelp av fulltekst, der to av forfatterne vurderte i fellesskap, og den tredje selvstendig. De to forfatterens vurdering samsvarte godt med den tredje forfatterens uavhengige vurdering, der det bare var én studie som ble vurdert ulikt. Denne studien diskuterte forfatterne i fellesskap, der vi var i tvil om denne skulle inkluderes på tross av at den i hovedsak presenterte resultatene transdiagnostisk, men inneholdt en setning som omtalte AN separat. Forfatterne kom til enighet om at dette ikke var tilstrekkelig for inklusjon, og studien ble dermed ekskludert på bakgrunn av transdiagnostisk presentasjon av resultater. Totalt ble 44 studier ekskludert: Ni studier ble ekskludert på grunnlag av at resultatene ble presentert transdiagnostisk, der det ikke fremkom data avgrenset til AN (Del Barrio et al., 2019; Franzen et al., 2004; Masson et al., 2007; Nozaki et al., 2007; Sansfaçon et al., 2018; Swift et al., 2017; Thaler et al., 2022; Vandereycken & Vansteenkiste, 2009; von Brachel et al., 2014). Én av artiklene ble ekskludert på bakgrunn av at frafall ble rapportert sammen med andre mål, og ikke separat (Fernández-Aranda et al., 2021). Seks av artiklene studerte ikke frafall som et hovedmål, men fokuserte heller på andre mål slik som terapiutfall

(Bokade et al., 2021; Gentile et al., 2008; Martinez & Craighead, 2015; Neeren et al., 2010; Nordbø et al., 2012; Simpson et al., 2021). Tre av studiene studerte hovedsakelig familierapi, som verken er gruppeterapi eller individualterapi (Conti et al., 2021; Lock et al., 2006; Rienecke, 2019). Fire av studiene var ikke fagfellevurdert (Bewell-Weiss, 2010; Godart et al., 2005; Kurotori et al., 2019; Sly, 2009). Syv av studiene var utgitt på andre språk enn engelsk, ingen studier var utgitt på norsk (Gunnarsdottir et al., 2015; Link et al., 2017; Rodríguez Guarín, 2009; Souza & Pessa, 2016; Tagay & Herpertz et al., 2010; Zanetti et al., 2005; Zeeck & Herzog, 2000). Seks av studiene rapporterte resultater for pasienter under 16 sammen med for dem som var eldre enn 16, der resultater avgrenset til aldersgruppen over 16 ikke ble presentert (El Ghoch et al., 2013; Halmi et al., 2005; Hubert et al., 2013; Joja et al., 2015; Gregertsen et al., 2019; Ngo & Isserlin, 2014). En studie ble ekskludert på grunnlag av den ikke omhandlet psykologisk behandling (Kan et al., 2020). To studier ble ekskludert på bakgrunn av at intervensjonene ikke var psykologisk terapi gitt av behandlere, men selvhjelpsprogrammer gitt over internett (Brewin et al., 2016; Cardi et al., 2020). En studie ble ekskludert ettersom det var en rettelse av de inkluderte studiene, der vi inkluderte rettelsen i den allerede inkluderte artikkelen (Kahn & Pike, 2002). Utvelgelsesprosessen er også illustrert i appendiks B.

Litteratursøket vårt inkluderte også fire oversiktsartikler. Litteraturen brukt i disse oversiktsartiklene ble gjennomgått, og vi valgte å ekskludere disse fire oversiktsartiklene på bakgrunn av at alle artiklene som møtte våre inklusjonskriterier allerede var fanget opp i litteratursøket vårt (DeJong et al., 2012; Fassino et al., 2009; Mahon., 2000; Wallier et al., 2009). 18 artikler ble dermed inkludert i denne systematiske litteraturgjennomgangen.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført av alle tre forfatterne, organisert slik at datainnhenting på hver artikkel alltid ble utført av to forfattere uavhengig av hverandre.

Datainnhenting ble gjennomført ved å utvikle et skjema for uthenting av informasjon fra de inkluderte artiklene. Vi valgte å hente ut data som handlet om både studiekarakteristikk og kartleggingsinstrumenter fra de inkluderte artiklene. Følgende studiekarakteristikk ble hentet ut: forfatter, år, studiedesign, utvalg, rammer for behandling (eksempelvis poliklinisk eller døgn), behandlingsform, prosent som falt fra, definisjon på frafall, målet med studien og hovedfunn. Fra kartleggingsinstrumenter ble følgende informasjon hentet ut: hvilke kartleggingsinstrumenter som ble brukt for å fange opp diagnose, symptomer og andre faktorer relatert til frafall.

Kvalitetsindikatorer

Ettersom denne studien ikke gjør begrensninger i inkluderingen av ulike studier når det kommer til forskningsdesign og metodiske tilnærminger, har det vist seg utfordrende å velge et standardisert verktøy for kvalitetsvurdering. Ettersom de fleste artiklene inkludert i denne oppgaven er ikke-randomiserte studier der gruppene ikke er matchet, har forfatterne med bakgrunn i The Newcastle-Ottawa Scale (Lo et al., 2014), og i samarbeid med veileder, valgt ut fem punkter for kvalitetsindikatorer. Disse punktene går på tvers av de 18 inkluderte studiene. De fem punktene er som følger: seleksjon, utvalgets representativitet, gruppestørrelser og statistisk power, bakenforliggende faktorer (konfundere) og prediktorer.

Resultater

Studiekarakteristikk

I appendiks C har vi laget en oversikt over følgende karakteristikk i studiene vi inkluderte: forfatter, år, design, utvalg, rammer for behandling, behandlingsform, frafallsrate, definisjon på frafall, målet med studien og hovedfunn som henger sammen med frafall. Hovedtrendene innenfor de ulike karakteristikkene vil også kort oppsummeres under. De 18 studiene som vi har inkludert i denne oppgaven ble publisert mellom år 2002 og 2017.

Utvalg

Utvalget av pasienter med AN i de ulike studiene varierte fra 8 deltakere i den kvalitative studien til Eivors, et al. (2003) til 601 deltakere i den retrospektive kohortstudien til Huas et al. (2011). Deltakerne var i aldersgruppen 13 til 61 år, men vi inkluderte bare resultatene fra deltakerne som hadde fylt 16. Jordan et al. (2014) og Jordan et al. (2017) benyttet samme datasett, og hadde derfor samme utvalg. Sly et al. (2013) og Sly et al. (2014) hadde også samme utvalg.

Studiedesign

De 18 inkluderte studiene hadde tre ulike design. Med unntak av Eivors et al. (2003), som var en kvalitativ studie, var de resterende kvantitative. Alle de 17 kvantitative studiene var kohortstudier, som her innebærer å velge ut mennesker i behandling for AN og utføre en rekke målinger ved bruk av ulike kartleggingsverktøy (se appendiks D). Utvalgene ble fulgt over en tidsperiode for å kartlegge hvem som falt fra, og bruker pasientene som forblir i terapi som interne kontroller (Mann, 2003). Dermed blir to grupper sammenlignet; pasientene som faller fra sammenlignes med pasientene som fullfører behandling. Ni av de inkluderte kohortstudiene var prospektive, der forfatterne selv rekrutterte eller identifiserte ønsket populasjon og gjennomførte ulike målinger. Åtte av studiene var retrospektive, som betyr at forfatterne hentet inn data som allerede var samlet inn av andre, ofte i forbindelse med andre studier som er gjennomført (Mann, 2003).

Rammene for behandling varierte mellom poliklinisk og døgnbehandling, eller en kombinasjon av disse i de ulike studiene. Syv av studiene benyttet bare poliklinisk behandling, som innebar at pasientene møtte opp til bestemte behandlingstimer utenfor hjemmet i et gitt tidsrom (Abd Elbaky et al., 2014; Bandini et al., 2006; Fassino et al., 2002; Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Lockwood et al., 2012; Schnicker et al., 2013). Ni av studiene baserte seg utelukkende på døgnbehandling, der pasienten var innlagt på behandlingsinstitusjon og bare kunne reise hjem over kortere tidsperioder (Carter et al., 2006;

Huas et al., 2011; Kahn & Pike, 2001; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Sly et al., 2013, Sly & Mountford et al., 2014; Surgenor et al., 2004; Zeeck et al., 2005). Eivors, et al. (2003) rekrutterte pasienter som hadde vært i behandling både poliklinisk og/eller på døgnpost. Woodside et al. (2004) hadde et behandlingsdesign der pasientene startet med innleggelse tilsvarende døgnbehandling, men i løpet av programmet reduserte oppfølgingen til tilsvarende poliklinisk behandling.

Behandlingsformene som ble benyttet for å behandle spiseforstyrrelsen til pasientene varierte betraktelig i de inkluderte studiene. I de fleste studiene hadde pasientene mottatt behandlingsalternativer basert på CBT (Abd Elbaky et al., 2014; Bandini et al., 2006; Eivors, et al., 2003; Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Lockwood et al., 2012;), spesialisert klinisk støtte til håndtering av lidelsen (SSCM) (Abd Elbaky et al., 2014; Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017), interpersonlig terapi (Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Schnicker et al., 2013) eller en psykodynamisk tilnærming (Eivors, et al., 2003; Zeeck et al., 2005).

Måleinstrumenter

Alle de inkluderte artiklene benyttet seg av diagnosemanualene DSM eller ICD for å stille en AN-diagnose, der mange av disse også inkluderte pasienter med atypisk AN. Appendix D gir en oversikt og kort beskrivelse av de ulike kartleggingsverktøyene i de inkluderte studiene.

Det ble i tillegg til diagnosemanualene DSM og ICD også benyttet 36 ulike kartleggingsverktøy i de 18 inkluderte studiene. De fleste måleverktøyene ble administrert som selvrapporterings skjema. Ti av verktøyene ble administrert for å måle karakteristikk ved spiseforstyrrelsen, der skjemaene Eating Disorder Inventory-II (EDI-II) og Eating Disorder Examination (EDE) hyppigst ble brukt. Fire ulike former for intervjuer ble benyttet for å kartlegge generell psykopatologi, der ulike versjoner av Structural Clinical Interview for DSM (SCID) ble hyppigst brukt. For å kartlegge komorbiditet, slik som eksempelvis angst og

depresjon, ble syv ulike instrumenter benyttet. Beck Depression Inventory (BDI) var det klart mest brukte i de inkluderte studiene, og måler komorbid depresjon hos pasientene. 11 ulike kartleggingsinstrumenter ble benyttet i de inkluderte studiene for å måle ulike aspekter knyttet til generelle psykiske symptomer og funksjon innenfor ulike aspekter. De mest brukte skjemaene her var Symptom Check List 90-R (SCL-90-R) for å måle generelle psykiske symptomer, og Temperament and Character Inventory (TCI) for å kartlegge personlighetstrekk. Fire kartleggingsverktøy målte ulike aspekter i terapiprosessen, der selvrapporteringskjema Working Alliance Inventory–Short form (WAI-S) ble brukt flest ganger.

Begrepsdefinisjoner

Begrepet frafall hadde en rekke ulike definisjoner i de inkluderte artiklene. Mange definerte frafall som at det var pasienten selv som valgte å avslutte behandling (Bandini et al., 2006; Eivors et al., 2003; Lockwood et al., 2012; Surgenor et al., 2004). En annen hyppig definisjon på frafall var at avgjørelsen om å avslutte behandling kom ensidig fra enten pasienten selv eller behandlingsteam (Carter et al., 2006; Huas et al., 2011; Sly et al., 2013, Sly & Mountford et al., 2014; Zeeck et al., 2005). Mange av artiklene definerte ikke hvem som tok avgjørelsen om å avbryte behandlingen, men spesifiserte tidsrammene eller vektkriterium for når det ble regnet som frafall (Abd Elbaky et al., 2014; Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Pham-Scottez et al., 2012; Schnicker et al., 2013; Woodside et al., 2004). To studier hadde ulike kombinasjoner av disse definisjonene (Kahn & Pike, 2001; Roux et al., 2016).

Faktorer assosiert med frafall

De 18 inkluderte studiene viser generelt sprikende og inkonsistente funn når det gjelder frafall fra behandling av AN. Flere studier rapporterer om funn innenfor pasientens demografiske mål, personlighet, generell fungering, spesifikke mål når det gjelder

psykopatologi og ulike karakteristikk ved AN. Funnene preges av at forskningen i størst grad handler om karakteristikk ved pasienten som nevnt ovenfor, men noen studier gjør også funn innenfor mål på terapi og kvalitative intervjuer. Funnene innenfor de ulike kategoriene demografi, generelle mål på psykopatologi, spesifikke psykopatologimål, spiseforstyrrelserelaterte mål, terapi og kvalitative funn vil nå bli presentert. Oppsummering og oversikt over de signifikante resultatene fra denne litteraturgjennomgangen er i appendiks E. De samme resultatene er grafisk fremstilt i appendiks F.

Demografi

I flertallet av de inkluderte studiene ble det samlet inn demografiske data fra pasientene. Disse dataene inneholdt som regel informasjon om alder, utdanning, sivilstatus, barn og ansettelsesforhold.

Av de 11 studiene som rapporterte demografiske målinger, fant syv ingen signifikante assosiasjoner mellom disse og frafall (Abd Elbaky et al., 2014; Fassino et al., 2002; Jordan et al., 2014; Kahn & Pike, 2001; Surgenor et al., 2004; Woodside et al., 2004; Zeeck et al., 2005).

Enkelte demografiske faktorer ble imidlertid identifisert som assosiert med frafall. Både Huas et al. (2011) og Roux et al. (2016) fant at pasienter som hadde lavt utdanningsnivå hadde signifikant høyere sannsynlighet for å falle fra behandlingen av AN. I tillegg fant Huas et al. (2011) det samme for pasientene som hadde minst ett barn. Pham-Scottez et al. (2012) fant at pasientene som falt fra hadde signifikant høyere alder enn pasientene som fullførte behandling. Både det å være ansatt og ha samboer gjorde sannsynligheten for å falle fra lavere ifølge Schnicker et al. (2013).

Sammenhengen mellom demografiske variabler og frafall ser ikke ut til å være sentral, da flertallet av studiene som undersøker dette ikke finner signifikante resultater.

Personlighet

Fire av de inkluderte studiene kartla ulike aspekter ved deltakernes personlighet i forbindelse med frafall ved The Temperament and Character Inventory (TCI). Jordan et al. (2014), Jordan et al. (2017) og Pham-Scottez et al. (2012) beskriver at lav skår på delskalaen for personlighetstrekket selvoverskridelse er assosiert med frafall fra behandling av AN. Fassino et al. (2002) finner ikke den samme signifikante assosiasjonen. Pasientene som falt fra behandling hadde ifølge Fassino et al. (2002) lavere skår enn gruppen som forble på trekket samarbeidsvilje, der tre av de resterende studiene ikke fant denne sammenhengen (Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Pham-Scottez et al., 2012). Fassino et al. (2002) fant også, som den eneste av de fire artiklene, en sammenheng mellom lav skår på personlighetstrekket selvstyring og frafall (Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Pham-Scottez et al., 2012).

Én studie administrerte også spørreskjema om sinne til pasientene i behandling. Fassino et al. (2002) fant en sammenheng mellom sinne og frafall, der pasientene som falt fra behandlingen hadde høyere grad av selvrapportert sinneuttrykk og temperament relatert til sinne.

Sammenhengen mellom personlighet og frafall er dermed lite gjennomgående.

Generelle mål på psykopatologi

11 av de inkluderte studiene utførte generelle mål knyttet til symptomer og fungering på ulike livsarenaer.

Ved bruk av selvrapporteringskjemaet SCL-90 fant Zeeck et al. (2005) at frafallsgruppen rapporterte flere symptomer på SCL-90 ved innleggelse. Huas et al. (2011) fant at gruppen som falt fra behandling for AN hadde signifikant høyere skår på symptomområdet mistenksomhet enn gruppen som forble i behandling. De resterende to studiene som benyttet seg av samme verktøy fant ingen sammenheng mellom pasientenes skårer på verktøyet og frafall fra behandling (Kahn & Pike, 2001; Pham-Scottez et al., 2012).

Lockwood et al. (2012) beskriver ved bruk av Brief Symptom Inventory (BSI) signifikant lavere skårer på interpersonlig sensitivitet, angst og fobisk angst hos pasientgruppen som falt fra behandling enn hos gruppen som ble værende. Schnicker et al. (2013) finner ikke tilsvarende sammenheng.

Jordan et al. (2014) fant ingen signifikante forskjeller med tanke på globalt funksjonsnivå hos de ulike pasientgruppene. Abd Elbaky et al. (2014) fant ingen forskjeller på gruppene når det kom til sosial tilpasning i parforhold, familie, jobb, økonomi eller fritid. Pasientene som falt fra behandlingen rapporterte heller ikke om signifikant ulik grad av interpersonlige problemer enn gruppen som fullførte (Kahn & Pike, 2001; Zeeck et al., 2005).

Den ene studien som målte selvopplevd livskvalitet hos pasientene med AN fant at gruppen som falt fra behandling hadde lavere selvopplevd livskvalitet ved oppstart av behandling enn gruppen som fullførte. Dette funnet omhandlet både totalskår, og skår innenfor de ulike undergruppene psykologisk livskvalitet, i tillegg til lavere skårer på livsområdene som handler om jobb, skole og finansielle aspekter (Abd Elbaky et al., 2014). Selvfølelsen til pasientene som falt fra behandling var ikke signifikant ulik gruppen som ble værende (Kahn & Pike, 2001; Surgenor et al., 2004; Woodside et al., 2004).

Oppsummert blir det i studiene rapportert motstridende funn knyttet til generelle mål på psykopatologi, samt et funn om lavere selvopplevd livskvalitet hos de som falt fra behandlingen.

Spesifikke psykopatologimål

I elleve av de inkluderte studiene ble det også gjennomført kartlegginger for spesifikk psykopatologi utover spiseforstyrrelse og hvorvidt denne hadde en sammenheng med frafall fra behandling (Abd Elbaky et al., 2014; Carter et al., 2006; Huas et al., 2011; Jordan et al., 2014; Kahn & Pike, 2001; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Schnicker et al., 2013; Surgenor et al., 2004; Woodside et al., 2004; Zeeck et al., 2005).

Ni av de inkluderte studiene gjorde spesifikke kartlegginger når det gjaldt komorbide depresjonssymptomer ved hjelp av ulike kartleggingsinstrumenter, der BDI ble brukt hyppigst. Syv av de ni studiene fant ingen sammenheng mellom frafall fra behandling av AN og depresjonssymptomer (Abd Elbaky et al., 2014; Huas et al., 2011; Jordan et al., 2014; Kahn & Pike, 2001; Pham-Scottez et al., 2012; Schnicker et al., 2013; Surgenor et al., 2004). Samtidig klinisk depresjon var signifikant hyppigere hos pasientene som forble ifølge Zeeck et al. (2005), men ikke ifølge Jordan et al. (2014). Roux et al. (2016) fant i likhet med Zeek et al. (2005) også at lave skårer på depresjon var signifikant assosiert med frafall. Tilstedeværelsen av tvangstanker og -handlinger var ikke signifikant ulik hos gruppene som falt fra eller forble i behandling (Woodside et al., 2004).

Seks av de inkluderte studiene kartla også andre komorbide psykiatriske tilstander hos pasientgruppene i sammenheng med frafall ved hjelp av kliniske intervjuer. Pasienter med AN som falt fra behandling, hadde ifølge Pham-Scottez et al. (2012) signifikant høyere forekomst av komorbid personlighetsforstyrrelse. Tilsvarende signifikante sammenhenger mellom frafall og personlighetsforstyrrelser ble ikke funnet av Jordan et al. (2014), Schnicker et al. (2013), Surgenor et al. (2004) eller Zeeck et al. (2005).

Carter et al. (2006) utforsket som den eneste inkluderte studien i denne oppgaven forekomsten av seksuelt misbruk i barndommen, og hvordan dette hang sammen med frafall fra behandling hos pasienter med AN. På tross av høy forekomst, var det ingen sammenheng mellom slike opplevelser i seg selv og frafall. Studien fant derimot at pasientgruppen som hadde opplevd slike handlinger, i tillegg til å ha undertypen AN-B falt signifikant mer fra behandling enn de resterende pasientgruppene.

Oppsummert er det mangel på funn knyttet til spesifikke psykopatologimål og deres sammenheng med frafall. Et par studier fant sammenheng mellom depresjonsskår og frafall, de fleste ikke fant denne sammenhengen. Noen studier fant sammenheng mellom

tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelse og frafall, mens andre ikke fant dette.

Karakteristikk ved lidelsen

13 av de inkluderte studiene gjorde også mål direkte relatert til spiseforstyrrelsen, og kartla hvorvidt disse hadde en sammenheng med frafall fra behandling av AN (Abd Elbaky et al., 2014; Bandini et al., 2006; Fassino et al., 2002; Huas et al., 2011; Jordan et al., 2014; Kahn & Pike, 2001; Lockwood et al., 2012; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Schnicker et al., 2013; Sly et al., 2013; Woodside et al., 2004; Zeeck et al., 2005). Et mål som ble benyttet i flertallet av disse studiene var BMI. Huas et al. (2011) fant at både lavere BMI i løpet av livet og ønsket om lavere BMI hang sammen med frafall. Kahn og Pike (2001) fant ingen sammenheng mellom lavere BMI i løpet av livet og frafall. Lav BMI ved innleggelse predikerte ifølge Surgenor et al. (2004) frafall. De resterende ti studiene fant ikke denne sammenhengen (Abd Elbaky et al., 2014; Fassino et al., 2002; Jordan et al., 2014; Kahn & Pike, 2001; Lockwood et al., 2012; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Schnicker et al., 2013; Sly et al., 2013; Woodside et al., 2004; Zeeck et al., 2005).

Fem av de inkluderte studiene fant at pasientene med undertypen AN-B falt fra behandling signifikant mer enn gruppene som ikke var diagnostisert innenfor denne undertypen (Abd Elbaky et al., 2014; Bandini et al., 2006; Kahn & Pike, 2001; Surgenor et al., 2004; Woodside et al., 2004). Syv av studiene fant ikke denne sammenhengen (Fassino et al., 2002; Huas et al., 2011; Jordan et al., 2014; Lockwood et al., 2012; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Zeeck et al., 2005).

Roux et al. (2016) fant at pasientene som skåret lavt på bekymring om vekt på EDE falt signifikant mer fra behandling, og Woodside et al. (2004) fant tilsvarende for pasienter som skåret høyt. Woodside et al. (2004) fant at gruppen som hadde lavere skårer på begrensende spisemønster ("restraint" på EDE) falt signifikant mer fra behandling. De tre resterende artiklene som også vurderte disse sammenhengene når det gjaldt frafall, fant ikke

tilsvarende resultater (Abd Elbaky et al., 2014; Jordan et al., 2014; Lockwood et al., 2012). Sly et al. (2013) fant heller ingen sammenheng mellom global skår på EDE og frafall.

Pasientene som falt fra behandling, hadde signifikant høyere grad av modningsfrykt på EDI enn gruppene som forble i behandling ifølge Woodside et al. (2004). I tillegg opplevde frafallsgruppen et sterkere ønske om å være tynn, ifølge Fassino et al. (2002) og Schnicker et al. (2013), målt med EDI. Fassino et al. (2002) fant også at gruppen som falt fra var mer usikre sosialt. Huas et al. (2011), Jordan et al. (2014), Pham-Scottez et al. (2012) og Surgenor et al. (2004) fant ingen av de samme funnene på EDI.

Surgenor et al. (2004) fant at pasientene som aktivt begrenset væskeinntak i større grad falt fra behandling, og Huas et al. (2011) fant at pasientene som ikke brukte avføringsmidler hadde mer frafall. Huas et al. (2011) fant også at pasientene som skåret høyere på subskalaen som handlet om matinntak på Morgan Russell Outcome Assessment Schedule (MROAS) falt signifikant mer fra behandling.

Oppsummert blir det i studiene presentert motstridende funn knyttet til karakteristikk ved spiseforstyrrelsen. I de fleste studiene blir det ikke funnet noen sammenheng mellom BMI og frafall. Det blir i de inkluderte studiene presentert motstridende funn også knyttet til undertype og frafall. Det ble i mange av studiene brukt spørreskjemaene EDE og EDI, og det ble funnet motstridende funn også her. Noen fant at skårer på EDE-skalaene bekymring for vekt og begrensende spisemønster hang sammen med frafall, mens andre ikke fant en slik sammenheng. På EDI fant noen at skalaene modningsfrykt, ønske om å være tynn og sosial fungering kunne henge sammen med frafall, mens andre ikke fant dette.

Terapi

Fire studier gjorde målinger knyttet til tilfriskning og terapi. Hvor motivert pasientene rapporterte å være for å bli friske fra AN, målt gjennom Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ), hadde ikke sammenheng med hvem som falt fra eller fullførte

behandling (Abd Elbaky et al., 2014; Sly et al., 2013; Sly & Mountford et al., 2014). Sly et al. (2013) og Jordan et al. (2017) fant begge ved bruk av ulike måleinstrumenter sammenhenger mellom allianse og frafall fra behandling. Jordan et al. (2017) fant at lave skårer på allianse og grad av utforskning hos pasienten i løpet av de første fem behandlingstimene predikerte frafall fra behandling. Sly et al. (2013) fant også at pasienter som skåret lavt på allianse droppet signifikant mer ut av behandling. I tillegg predikerte lave skårer på utforskning og varme hos terapeuten, og lav opplevd behandlingstroverdighet hos pasienten frafall fra behandling (Jordan et al., 2017).

Oppsummert blir det ikke i studiene funnet at motivasjonsskårer målt med ANSOCQ predikerte frafall, men det ble funnet at allianse kan ha sammenheng med frafall. Det ble også funnet sammenhenger mellom frafall fra behandling og utforskning hos pasient og utforskning og varme hos terapeuten.

Kvalitative funn

Eivors et al. (2003) gjennomførte som den eneste av de inkluderte studiene kvalitative intervjuer med pasienter som hadde falt fra behandling for AN. Pasientene hadde selv valgt å avslutte behandling, og gjennomgående forklaringer omhandlet at behandlingen var for symptomfokuset, at lidelsens funksjon ikke ble anerkjent og ønske om gjenopprettelse av kontroll. Pasientene forklarte at de opplevde stort kontrolltap ved behandling, og at de savnet fokus på underliggende vansker bak atferden.

Poliklinisk versus døgnterapi

Det ser generelt ut til at hvorvidt studien er gjennomført poliklinisk eller på døgnterapi ikke påvirker resultatene. Når det gjelder lavt utdanningsnivå og frafall, var begge studiene som fant denne sammenhengen fra døgnterapi. Det samme gjelder sammenhenger mellom høyere skårer på SCL-90 og sammenheng mellom BMI og frafall, der alle studiene som fant disse sammenhengene også var gjennomført på døgnterapi. Andre studier fra både poliklinisk

setting og døgnpost fant ikke tilsvarende sammenhenger som de beskrevet ovenfor. Dette tyder på at behandlingssettingen i seg selv ikke er avgjørende for resultatene.

Oppsummering av våre resultater

Oppsummert er det lite konsistente funn på faktorer som predikerer frafall fra AN-behandling. De fleste funn er motstridende eller funnet i bare én studie. Noen funn støtter tilstedeværelsen av depresjon eller personlighetsforstyrrelser som en påvirkningsfaktor for frafall, men like mange finner det motsatte. Undertypen AN-B nevnes ofte som en viktig faktor som predikerer frafall, men denne litteraturgjennomgangen finner ikke gjennomgående funn når det kommer til dette. Det er også noen funn knyttet til skårer på EDE og EDI, men også disse er motstridende. Det mest konsistente funnet var at lave skårer på tidlig allianse henger sammen med frafall, men bare to studier har undersøkt denne sammenhengen. Den kvalitative studien fant at pasientene savnet fokus på de underliggende vanskene bak spiseforstyrrelsen, og opplevde behandlingen altfor symptomfokuset.

Studieutvalgets kvalitet

Studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen var av varierende kvalitet basert på kriteriene i kvalitetsindikatorene. Appendix G gir en oversikt over studienes seleksjon, gruppestørrelser, statistisk styrke, bakenforliggende faktorer, antall faktorer i gruppesammenligning og antall prediktorer.

Seleksjon

Når det gjelder seleksjon av deltagere i de inkluderte studiene, hentet åtte av studiene deltakerne fra allerede gjennomførte studier, mens ni valgte ut deltagere som allerede var i behandling. Eivors et al. (2003) rekrutterte deltagere som allerede hadde falt fra behandling gjennom kontaktinformasjon lagret ved lokale behandlingsinstitusjoner. Fem av studiene som baserte seg på ferdige datasett inkluderte alle deltakerne med AN i disse (Abd Elbaky et al., 2014; Huas et al., 2011; Jordan et al., 2014; Jordan et al., 2017; Schnicker et al., 2013). I tre

av studiene var det uklart om alle pasientene fra det opprinnelige datasettet ble inkludert eller ei (Bandini et al., 2006; Surgenor et al., 2004; Zeeck et al., 2005). Roux et al. (2016) beskrev og begrunnet at bare en andel av pasientene fra det opprinnelige datasettet ble inkludert.

Deltakerne var rekruttert fra ulike land i de ulike studiene. Tre studier ble eksempelvis gjennomført på pasienter fra Frankrike (Huas et al., 2011; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016), tre fra Storbritannia (Lockwood et al., 2012; Sly et al., 2013, Sly & Mountford et al., 2014), to fra Italia (Bandini et al., 2006; Fassino et al., 2002) og to fra Canada (Carter et al., 2006; Woodside et al., 2004), to fra Tyskland (Schnicker et al., 2013; Zeeck et al., 2005), og to fra mer enn ett land (Abd Elbaky et al., 2014; Surgenor et al., 2004).

Eksklusjons- og inklusjonskriterier varierte mellom de ulike studiene. Enkelte studier hadde få eksklusjons- og inklusjonskriterier, slik som Carter et al. (2006), der alle pasientene måtte være diagnostisert med AN og være kvinner. Noen av studiene hadde betraktelig flere kriterier for hvilke pasienter som ble inkludert, slik som Roux et al. (2016), der pasientene måtte være innlagt for AN, være kvinner, være over 13 år, ha BMI lavere enn 15 ved inntak og/eller plutselig og rask vektneidgang, være tilknyttet det franske velferdssystemet, måtte kunne tilstrekkelig fransk, ikke ha komorbid patologi som kunne være konfunderende (slik som diabetes), det måtte være gjort en full psykopatologisk vurdering i forkant og pasientene måtte ha satt et vekt mål på forhånd.

12 av de 18 inkluderte studiene beskriver utvalgets representativitet ved å reflektere over studienes generaliserbarhet. Flertallet av disse studiene beskriver at studiene ikke er generaliserbare til alle pasienter med AN, ettersom utvalget enten er for snevert eller er hentet fra spesifikke behandlingsforhold som også ofte reflekterer graden av alvorlighet i sykdommen.

Gruppestørrelser

Gruppestørrelsene og statistisk styrke varierte mellom de ulike studiene. Den største frafallsgruppen i utvalget var på 320 pasienter (Huas et al., 2011), og den minste var på seks pasienter (Lockwood et al., 2012). Flere av studiene reflekterte over hvordan deres utvalg hadde en påvirkning på studiens statistiske styrke (Abd Elbaky et al., 2014; Carter et al., 2006; Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016; Schnicker et al., 2013).

Statistisk styrke

Når det gjelder studiens statistiske styrke var det varierende om poweranalyse ble gjennomført, og om p-verdien ble justert. Bare to av de 17 inkluderte kvantitative studiene gjennomførte poweranalyse (Kahn & Pike, 2001; Sly et al., 2013), og fire av de inkluderte studiene justerte p-verdi før gjennomføring av gruppesammenligninger (Abd Elbaky et al., 2014; Fassino et al., 2002; Jordan et al., 2017; Lockwood et al., 2012).

Alle de kvantitative studiene gjennomførte gruppesammenligninger på flere faktorer. Antall faktorer varierte fra Carter et al. (2006) med 77 deltagere som sammenlignet gruppene på seks faktorer, til Zeeck et al. (2005) med 133 deltagere sammenlignet gruppene på 45 faktorer. To av de kvantitative studiene utførte bare gruppesammenligninger, ikke prediktoranalyser (Fassino et al., 2002; Kahn & Pike, 2001). Av studiene som gjennomførte prediktoranalyser, hadde disse også et varierende antall prediktorer. Prediktorer varierte fra en prediktor målt ved tre ulike tidspunkt i Lockwood et al. (2012) som hadde 40 deltagere, til Huas et al. (2011) med 601 deltagere og 24 prediktorer, der 13 gjenstod i den endelige modellen for å studere frafall og fullføring av behandling. To av studiene problematiserte eksplisitt forholdet mellom antall prediktorer og utvalgsstørrelse (Pham-Scottez et al., 2012; Roux et al., 2016).

Konfundere

Fem av studiene hadde tydelige hypoteser (Abd Elbaky et al., 2014; Carter et al., 2006; Jordan et al., 2017; Lockwood et al., 2012; Pham-Scottez et al., 2012). Uten tydelige

hypoteser kan det være utfordrende å kontrollere for konfundere faktorer. Likevel beskrev Huas et al. (2011) og Woodside et al. (2004) i sine statistiske analyser at de kontrollerte for AN undertype som konfunderende faktor.

Diskusjon

Vi finner i denne litteraturgjennomgangen generelt få faktorer som gjennomgående er signifikant forbundet med frafall i behandling av AN. Resultatene er heller preget av motstridende funn, der enkelte studier finner en sammenheng med en spesifikk faktor, mens flertallet av studiene ikke finner en sammenheng. Dette gjelder for både demografiske variabler, personlighet, generell psykopatologi, spesifikk psykopatologi og karakteristikk ved AN. Det eneste funnet som ikke er motstridende, er at lav skåre på tidlig allianse predikerte frafall, men dette ble funnet i bare to studier. Den kvalitative studien i litteraturgjennomgangen fant at deltakerne som hadde avsluttet behandlingen for tidlig opplevde sterkt tap av kontroll og savnet fokus på symptomenes underliggende funksjon. Vår litteraturgjennomgang indikerer at forskningen på frafall fra AN-behandling til nå har store metodiske svakheter, som fører til at vi i liten grad kan trekke informerte slutninger på bakgrunn av den. Det finnes også svært lite forskning på prosessfaktorer i behandlingen, og pasientenes egne erfaringer i sammenheng med frafall.

Vi vil i denne delen av oppgaven diskutere utvalgte funn og hvordan vi kan forstå disse. Disse funnene er valgt ut både på bakgrunn av at de er sentrale og kan ha meningsfulle forklaringer. Videre vil vi trekke frem styrker og svakheter med både de inkluderte studiene og denne oppgaven. Til sist vil vi foreslå implikasjoner for videre forskning og kliniske implikasjoner av funnene våre.

Mulige forklaringer på utvalgte funn

Vi vil i denne delen trekke frem og drøfte sentrale funn og mulige forståelser av hvorfor disse kan bidra til frafall. Samtidig ønsker vi å understreke at ettersom funnene er lite

gjennomgående på tvers av studier, er det stor grad av usikkerhet knyttet til mange av funnene og hvorvidt disse faktisk henger sammen med og kan predikere frafall. I denne delen vil vi trekke frem funn knyttet til karakteristikk ved spiseforstyrrelsen, komorbiditet, allianse, og pasienters egne beskrivelser av å avslutte behandling.

Karakteristikk ved spiseforstyrrelsen

BMI. Surgenor et al. (2004) og Huas et al. (2011) finner signifikante sammenhenger mellom lavere BMI og frafall. Flertallet av studiene i denne litteraturgjennomgangen finner imidlertid ingen sammenheng mellom lavere BMI og frafall.

Våre kvalitetsindikatorer tyder på at Surgenor et al. (2004), som finner en sammenheng mellom BMI ved innleggelse og frafall, ikke tydelig skiller seg fra studiene som ikke finner tilsvarende sammenheng. Det er derfor ikke noen grunn til at denne studien skal tillegges mer vekt enn de øvrige. At lavere BMI ved innleggelse tilsynelatende ikke henger sammen med frafall i flertallet av studiene kan tyde på at vekt ved behandlingsstart ikke er særlig relevant for hvilke pasienter som forblir i behandling. Trolig vil pasienter med kritisk lav vekt som gjør det vanskelig å fungere i poliklinisk behandling overføres til døgnbehandling ved behov heller enn at behandlingen avsluttes og registreres som frafall. Lav utvalgsstørrelse i mange av studiene gjør imidlertid at resultatene må tolkes med forsiktighet og at det er mulig at en sammenheng eksisterer til tross for få signifikante funn.

Huas et al. (2011) studerte om andre mål knyttet til BMI kunne predikere frafall, som laveste BMI noensinne og ønsket BMI. Studien har et større utvalg enn de andre studiene som undersøker BMI, noe som gir mer tiltro til funnene. En forklaringsmekanisme for at laveste BMI noensinne og ønsket BMI kan ha sammenheng med frafall kan være knyttet til alvorlighetsgraden til spiseforstyrrelsen. Ønsket BMI kan reflektere frykt for og grad av motivasjon for vektoppgang, og dermed større motstand mot tilfriskning. Disse funnene måler trolig noe annet enn faktisk BMI. Kahn og Pike (2001) har undersøkt laveste BMI

noensinne i et lite utvalg uten å finne tilsvarende sammenheng med frafall. Samlet sett kan dette indikere at laveste BMI noensinne og ønsket BMI kan ha en sammenheng med frafall, men flere studier trengs.

EDE. Subskalaen på EDE som måler bekymring om vekt var signifikant knyttet til frafall i to studier. Studiene var motstridende, da Roux et al. (2016) fant at lave skårer predikerte frafall, mens Woodside et al. (2004) fant at høye skårer predikerte frafall. Begge studiene har store utvalg, og er gjort på døgnavdeling. Studiene som ikke finner tilsvarende sammenhenger har derimot mindre utvalg og er gjennomført på poliklinikk (Abd Elbaky et al., 2014; Jordan et al., 2014; Lockwood et al., 2012). Sammenhengen mellom EDE og frafall kan dermed være knyttet til metodologiske ulikheter, særlig utvalgsstørrelse og behandlingsnivå.

Både lave og høye skårer på bekymring om vekt kan begge reflektere alvorlighetsgrad ved sykdommen og ulike vansker med å forbli i behandling. Mens høye skårer kan føre til at pasienten avslutter terapi grunnet store vansker med å håndtere vektoppgang, kan lave skårer føre til avslutning grunnet manglende opplevelse av å være syk. En hypotese kan være at lav skåre på denne skalaen predikerer frafall fordi det kan reflektere en fornektelse av å anerkjenne alvorlighetsgraden av sykdommen. I utvalget som Roux et al. (2016) studerte var pasientene alvorlig underernærte, hadde svært lav BMI ved innleggelse og hadde betydelig begrensning av matinntak. Pasienter som har store vansker med å innse hvor alvorlig lidelsen er, kan sannsynligvis stå i større risiko for å falle fra behandling (Roux et al., 2016). AN kan være spesielt assosiert med fornektelse, som kan henge sammen med den egosyntone naturen til lidelsen.

AN-B. Funnene knyttet til undertypen AN-B og frafall fra behandling er motstridende. Fem studier finner at pasienter med denne undertypen oftere faller fra behandling, og syv gjør ikke det. To studier beskriver selv at fokus på å håndtere

renselsesatferd ved døgnenheten kan være en årsak til at de ikke finner sammenheng mellom AN-B og frafall (Pham-Scottez et al., 2012; Zeeck et al., 2005). Ifølge våre kvalitetsindikatorer skiller ikke studiene som finner sammenheng mellom AN-B og frafall seg overordnet fra studiene som ikke gjør det. Vi finner ingen tydelige ulikheter når det gjelder utvalg, metode, analyser og rammer for behandling på tvers av de ulike funnene. Dette tyder på at forskjellen mellom disse funnene ikke kan tilskrives slike indikatorer.

En gjennomgående hypotese for hvorfor pasienter med AN-B oftere faller fra behandling er at dette kan henge sammen med forskjeller i personlighetskarakteristikk mellom pasienter som har undertypen AN-R og AN-B. Det blir i flere studier funnet at individer med AN-B er mer impulsive som gruppe (DaCosta & Halmi, 1992; Rowsell et al., 2016; Surgenor et al., 2004; Walsh & Garner, 1997). Surgenor et al. (2004) og Walsh og Garner (1997) argumenterer for at individer som har renselsesatferd har dårligere impuls kontroll enn dem som bare begrenser matinntaket, og at denne økte impulsiviteten kan bidra til frafall. Rowsell et al. (2016) fant i sin studie om emosjonsregulering at pasienter med AN-B hadde større vansker med impuls kontroll når de ble opprørt, sammenlignet med pasienter med AN-R. Pasientene med AN-B hadde også mer begrenset kapasitet til emosjonsregulering når de stod overfor negative følelser. Å ta imot behandling for AN innebærer vekt oppgang, der pasienten må gi opp aspekter ved lidelsen som kan ha fungert som en mestringsstrategi. Dette kan for mange være angstskapende, og pasienter med AN-B kan som gruppe ha større vansker med å tåle dette emosjonelle ubehaget, og velger heller å avslutte behandlingen.

En annen måte å forstå hvorfor pasienter med AN-B som gruppe oftere faller fra behandling kan være knyttet til de strukturelle rammene ved døgnbehandling. Surgenor et al. (2004) argumenterer for at strukturen ved døgnbehandling kan påvirke muligheten for rensetse, og at dette potensielt kan føre til at noen velger å forlate behandlingen grunnet

manglende mulighet til å bruke disse strategiene. Et annet aspekt ved dette er at det gjennomgående i døgnavdelinger er strenge regler for rensesatferd, og at slik atferd kan føre til avslutning initiert av behandlingsteamet (Carter et al., 2006; Huas et al., 2011; Pham-Scottez et al., 2012; Sly & Mountford et al., 2014; Woodside et al., 2004).

Komorbiditet

AN er i stor grad komorbid med andre psykiske lidelser, men ut fra resultatene våre fremkommer det ingen tydelig sammenheng mellom komorbiditet og frafall fra behandling. Pham-Scottez et al. (2012) var den eneste studien i vårt utvalg som fant tydelig sammenheng mellom komorbid personlighetsforstyrrelse og frafall. I studien brukte forfatterne SIDP-IV for å kartlegge tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelse, som er et semistrukturert intervju for å vurdere personlighetsforstyrrelse diagnostisk ut fra DSM-IV. Forfatterne kritiserer andre studier som ikke finner lignende sammenheng (Surgenor et al., 2004; Zeeck et al., 2005), for å ikke bruke standardiserte diagnostiske instrumenter, men bare kliniske intervjuer. Pham-Scottez et al. (2012) argumenterer for at komorbid personlighetsforstyrrelse ifølge deres kliniske erfaring står sentralt i behandlingsprosessen ettersom det i stor grad påvirker prosessen med å bygge opp en allianse, og derfor også er relevant når det gjelder frafall.

En måte å forstå økt frafall i gruppen med komorbid personlighetsforstyrrelse på, er at det kan være utfordrende for pasienter med denne lidelsen å tilpasse seg et miljø hvor interpersonlige relasjoner er viktig, slik som ved et sykehusopphold. Å opprette, opprettholde og avslutte en terapeutisk relasjon med behandlingsteamet kan også være mer utfordrende for denne gruppen enn andre. Karakteristikk vanlige for personlighetsforstyrrelser, slik som høyt nivå av sinne, lav toleranse for frustrasjon og impulsiv atferd kan føre til at noen av disse pasientene har større vansker med å tilpasse seg en streng protokoll ved døgnheten, og fortære bryter regler eller utagerer. Vansker med å tilpasse seg rammene ved

døgnbehandling kan særlig være aktuelt for frafall de første ukene (Pham-Scottez et al., 2012).

En annen sammenheng mellom komorbiditet og frafall, var at samtidig depresjon var beskyttende for frafall. Roux et al. (2016) og Zeeck et al. (2005) finner begge at tilstedeværelsen av komorbid depresjon er beskyttende for frafall. Flertallet av studiene finner imidlertid ikke noen tilsvarende sammenheng. Forfatterne i studiene som finner en sammenheng argumenterer for at pasienter med AN og depressive symptomer er mer bevisst på lidelsestrykket og er mer motivert for å ta imot hjelp (Roux et al., 2016; Zeeck et al., 2005). Dette kan stå i kontrast til pasienter med AN uten depresjon, som kan fornekte at de er syke eller trenger hjelp, som igjen kan kobles til den egosyntone naturen til AN. Huas et al. (2011) fremhever at depresjonssymptomer er svært vanlig hos pasienter med AN, men beskriver at dette tilsynelatende ikke har noen prediktiv verdi for frafall, noe funnene til litteraturgjennomgangen vår i stor grad støtter.

Allianse

To studier i utvalget vårt fant at lave skårer på tidlig allianse predikerer frafall fra behandling for AN (Jordan et al., 2017; Sly et al., 2013). Allianse har generelt blitt ansett som en viktig fellesfaktor i effektiv psykoterapi (Zaitsoff et al., 2015). Sly et al. (2013) rapporterer at det var overraskende at førsteinntrykket var så sentralt for frafall, fremfor alliansen som ble utviklet over tid. En kvalitativ studie på allianse fant at førsteinntrykket hadde stor betydning for videre utvikling av alliansen, og deltakerne beskriver at de tidlig hadde en opplevelse av hvorvidt de hadde tro på at behandlingen skulle fungere eller ikke (Sly & Morgan et al., 2014). Det er mulig at pasienter med AN som opplever et dårlig førsteinntrykk av helsetjenestene er særlig sårbare for å forlate terapi på bakgrunn av den ambivalente naturen til lidelsen. En annen forklaring er at pasientene, i tråd med Sly & Morgan et al. (2014) sine funn, mister troen på at de vil kunne få hjelp av en behandler de ikke tidlig opplever god

kontakt med. Behandling for AN kan være krevende å stå i, og det å oppleve manglende støtte i denne prosessen kan gjøre at pasientene ikke holder ut å stå i behandlingen. En systematisk litteraturgjennomgang om allianse og behandlingsutfall støtter opp under at tidlig allianse kan ha betydning for både tidlig bedring og senere bedring. Dette kan være en sammenheng som går begge veier, da også tidlig bedring kan føre til bedre allianse, og det å forbli i behandling (Graves et al., 2017).

Kvalitative funn

Den kvalitative studien fra Eivors et al. (2003) identifiserte særlig tre hovedtemaer som pasientene selv beskriver som årsak til at de valgte å avslutte behandling. Pasientene opplevde at behandlingen var for symptomfokusert, at lidelsens sin funksjon ikke ble anerkjent og et ønske om gjenopprettelse av kontroll. Senere kvalitative studier støtter også opp under at individer med AN opplever at behandling har for mye fokus på mat og vekt. Pasientene savner mer fokus på underliggende vansker, og ønsker fokus på allianse med behandler (Escobar-Koch et al., 2010; Rance et al., 2017). Deltakerne i Eivors et al. (2003) studie ga uttrykk for at de opplevde at behandler ikke var opptatt av dem som mennesker, men bare brydde seg om at de gikk opp i vekt. Perspektivet med at pasienter ønsker seg et mer eksplisitt helhetlig fokus i behandlingen kan ha implikasjoner for de høye frafallstallene i behandlingen av AN (Escobar-Koch et al., 2010; Rance et al., 2017).

Frafall ble også i studien attribuert til et ønske om gjenopprettelse av kontroll. Eivors et al. (2003) mener at restriktiv spising ble en måte deltakerne kunne få tilbake kontroll på etter opplevd kontrolltap i livet ellers. Pasientene opplevde at de i behandlingen mistet kontrollen spiseforstyrrelsen ga dem, og at det å forlate behandling ble en måte å ta denne kontrollen tilbake på. Denne opplevelsen av tap av kontroll ble forsterket av fokuset på lidelsen som noe negativt. Det at behandlere presenterer sykdommen som utelukkende dysfunksjonell og problematisk, kan skape en konflikt i pasienten ved at det ikke kan

integreres i deres opplevelse av sykdommen. Dette ble en negativ spiral hvor manglende opplevelse av å føle seg forstått og opplevelsen av å miste kontroll forsterket behovet for å bruke spiseforstyrrelsen som en måte å ta tilbake kontroll på.

Begrensninger ved forskningsfeltet

Vi har i denne litteraturgjennomgangen identifisert flere begrensninger på forskningsfeltet. Det mangler en entydig enighet om begrepet frafall, som fører til at frafall blir definert ut fra ulike kriterier. Dette fører til at resultatene baserer seg på ulike former for frafall, og gjør det utfordrende å trekke konklusjoner på tvers av studier.

En annen begrensning på feltet er at de fleste studier i flere tiår har utført målinger knyttet til karakteristikk ved pasienter med AN, uten å ha funnet sterke, konsistente sammenhenger med frafall. Disse funnene er i samsvar med tidligere litteraturgjennomganger på feltet (DeJong et al., 2012; Fassino et al., 2009; Gregertsen et al., 2019; Mahon, 2000; Wallier et al., 2009). En mulig forklaring på manglende funn kan være at feltet har hatt for stort fokus på karakteristikk ved pasienten. En hypotese kan være at det i større grad er faktorer relatert til behandlingen, behandlingssystemet og hvorvidt pasientene føler seg møtt og forstått som er relatert til frafall. En annen årsak til mangel på tydelige sammenhenger på feltet kan handle om metodologiske utfordringer med studiene som er gjort. Retrospektive kohortstudier benytter seg av allerede gjennomførte målinger for andre formål, og dermed ikke nødvendigvis målinger som i utgangspunktet kan tenkes å henge sammen med frafall. Mange av studiene på feltet er preget av små utvalg og inkonsistent bruk og definisjon av begrepet frafall, som kan være sentralt for mangelen på gjennomgående funn. Samtidig er det å studere frafall fra AN-behandling krevende, fordi AN er en lavprevalent diagnose, som fører til utfordringer med å få store utvalg.

Begrepet frafall

Manglende konsensus om hva som regnes som frafall er et gjennomgående funn i vår litteraturgjennomgang. Forskningsfeltet kritiserer i stor grad også seg selv for å ikke ha enighet rundt begrepet frafall (DeJong et al., 2012; Mahon, 2001; Sly, 2009). Hva som regnes som frafall varierer på tvers av studier hvor noen studier regner alt frafall etter første time, mens andre ikke regner frafall før det har vært et visst antall behandlingstimer. Dette vil kunne bidra til at studiene får ulike resultater. Inkonsistent begrepsbruk av begrepet frafall fører til at det er vanskelig å generalisere funn på feltet (DeJong et al., 2012).

På engelsk kalles frafall i forbindelse med behandling av AN i forskning for “dropout”. Sly (2009) problematiserer begrepet “dropout”, og beskriver at dette et nedsettende begrep som påvirker holdninger og måter å tilnærme seg denne gruppen på. Han beskriver at det er viktig å ha bevisst forhold til hvilket begrep som brukes, og at begrepet kan ha lagt føringer for det sterke fokuset på pasientkarakteristikker som finnes på forskningsfeltet. Ved å kalle frafall “dropout” antyder dette at skylden legges på pasienten, da pasienten var den som droppet ut av behandling.

Grunnlag for frafall

Det kan være ulike grunner til at pasientene avslutter behandlingen for tidlig, uten at dette blir skilt mellom i analysene til de inkluderte studiene. Pasienter kunne blant annet bli definert inn i frafallsgruppen grunnet praktiske årsaker som flytting, endring i behandlingsrammer ved forverring eller tidlig utskrivelse grunnet større bedring enn forventet. Dette kan tyde på at frafall ikke alltid nødvendigvis er negativt og reflekterer mislykket behandling. Frafall grunnet endring i behandlingsrammer kan anses som en styrke da det kan reflektere fleksibilitet hos behandler som tilpasser seg pasientens endrede behov (DeJong et al., 2012). Pasienten faller da ikke fra behandling, men rammene for behandlingen endres.

Flertallet av de inkluderte studiene i vår litteraturgjennomgang skilte ikke mellom om det var pasient eller behandlingsteam som initierte frafall fra behandlingen. Sly & Mountford et al. (2014) argumenterer for å skille mellom gruppene i videre forskning. Forfatterne fant at gruppen som ble avsluttet av behandlingsteamet ble avsluttet senere enn de som avsluttet behandlingen på eget initiativ. Gruppen som ble avsluttet av behandlingsteamet var ikke statistisk signifikant forskjellig fra gruppen som fullførte behandlingen med tanke på utfallsmål som lengde på behandling og BMI ved utskrivelse, hvilket kan indikere at de vil ha lik prognose fremover. I tråd med dette fremkommer det i noen studier at det ikke alltid er en tydelig sammenheng mellom frafall fra behandling for AN og dårlig behandlingsutfall. Faktorer slik som hvor langt pasienten er kommet i behandlingssløpet før frafallet skjer, kan ha en effekt på hvor negative konsekvenser frafallet får (Björk et al, 2009; Di Pietro et al., 2002; Jordan et al., 2014; Schnicker et al., 2013; Sly & Mountford et al., 2014).

Basert på dette kan ulike årsaker bak frafall representere ulike pasientgrupper, som kan være av betydning for resultater i forskning og kliniske implikasjoner.

Styrker og begrensninger ved studieutvalget

Metode

Metodene som ble benyttet i studiene har en rekke styrker og begrensninger. En styrke ved at flertallet av studiene i utvalget var kohortstudier, er at mange mål har blitt gjennomført i hver studie, som gjør at flere prediktorer for frafall kunne ha blitt identifisert. Denne måten å gjennomføre studier på er også nødvendig for fenomenet som studeres, der en naturalistisk setting fører til at forskningen kan fange opp de reelle prediktorene for frafall. En begrensning med denne måten å studere frafall fra behandling av AN på innebærer at det er utfordrende å forutsi hvor mange pasienter som vil falle fra og hvor mange som vil tilhøre de ulike gruppene, som i stor grad kan påvirke den statistiske styrken til resultatene. Konfunderende variabler er også utfordrende å kontrollere for i disse metodene (Mann,

2003). En styrke ved de retrospektive studiene er at sannsynligheten for bias er redusert, ettersom dataene ofte er hentet fra andre studier der målet i utgangspunktet ikke var å studere frafall i seg selv. Dette kan også være problematisk da studiene ikke nødvendigvis gjør målinger som er relevante for frafall, og funnene kan dermed bli tilfeldige og lite gjennomgående på tvers av ulike studier.

Det er i seg selv vanskelig å gjennomføre store studier på behandling av AN fordi tilstanden er relativt lavprevalent og behandling er ofte langvaring. Det at en pasient faller fra behandling ved et gitt tidspunkt betyr heller ikke at ikke behandling gjenopptas ved et senere tidspunkt. Flere behandlingsforsøk før en tilfriskning skjer, er heller regelen enn unntaket.

Seleksjon, representativitet og statistisk styrke

Seleksjon av deltagere ble gjort med ulike kriterier på tvers av de ulike studiene, der det er varierende hvor godt denne prosessen er beskrevet. Dette kan ha konsekvenser for generaliseringen av funnene, ettersom deltakerne i de ulike studiene er hentet fra ulike populasjoner og gjennom ulike kriterier. Der seleksjonsprosessen ikke er tilstrekkelig beskrevet fører dette også til vanskeligheter med replikasjonsstudier, og dermed til fagfeltets grunnlag for konsensus.

Ettersom antall deltakerne i de ulike gruppene i studiene varierte, var en svakhet ved en rekke av studiene statistisk styrke sett i lys av antallet prediktorer som ble testet. En annen begrensning ved prediktorene i flertallet av studiene er at de i hovedsak baserer seg på karakteristikk ved pasienten, et område det ikke er gjort konsistente funn på tidligere. Dette gjør at bredden av mulige prediktorer begrenses, og følgelig dreier studiene seg om de samme prediktorene slik at feltet tilsynelatende ikke videreutvikles. En styrke ved de inkluderte studiene var at noen av disse så på prosessmål (Jordan et al., 2017; Sly et al., 2013), og en studie intervjuet pasienter som hadde falt fra behandling kvalitativt (Eivors et al., 2003).

Disse prediktorene og metodene ser ut til å gi mer konsistente funn, som gjør disse lovende å utforske i videre studier.

Styrker og begrensninger ved vår litteraturgjennomgang

Søkestrategien vi har benyttet oss av i denne gjennomgangen har både styrker og begrensninger. En styrke er at vi i utformingen av strategien orienterte oss på feltet for å skape en best mulig sammensetning av søkeord. Ved å ha flere og relevante søkeord kan vi anta at gjennomgangen har fanget opp relevante studier. På en annen side benyttet vi ikke søkeord som omhandlet spiseforstyrrelser generelt, men avgrenset søkestrategien til AN-begrepet. Dette kan ha ført til at studier som ikke hadde noen variant av begrepet AN i tittel eller sammendrag har gått tapt. En annen ulempe med strategien var at vi bare benyttet oss av de to søkemotorene PsycINFO og Web of Science Core Collection, og ikke andre databaser, eksempelvis PubMed som mange av artiklene benytter. Dette kan ha ført til at vi i denne gjennomgangen har gått glipp av relevante studier.

Når det gjelder inkluderingen av studier i denne gjennomgangen anser vi det som en styrke at to forfattere selekterte uavhengig av hverandre. En begrensning med inklusjonskriteriene våre var at vi bare inkluderte studier som omhandlet AN, og ikke studier som i hovedsak presenterte funnene sine transdiagnostisk. Det er mulig at vi på bakgrunn av disse kriteriene kan ha gått glipp av relevante funn for gjennomgangen. En annen begrensning ved inklusjonsprosessen er at studier som dreide seg om behandlingseffekt og utfall for ulike behandlingsformer for AN ikke ble inkludert. For at studiene skulle inkluderes måtte de omhandle frafall, og gjøre konkrete mål knyttet til dette. Dette kan ha ført til vi gikk glipp av potensielt relevante og viktige funn.

En styrke ved denne gjennomgangen er at vi ikke har gjort begrensninger i utvelgelsen av studier basert på metoden de ulike studiene benyttet. Dette førte til at vi i denne litteraturgjennomgangen inkluderte både kvantitative studier med ulikt design, i tillegg

til en kvalitativ studie. Ved å ikke gjøre begrensninger i inklusjon basert på metode, er det mulig at vi i denne gjennomgangen har fanget opp en rekke viktige momenter vi ikke ellers ville gjort. En begrensning med denne utvelgelsen var at det ved å inkludere ulike design var utfordrende å utføre en standardisert kvalitetsvurdering på alle studiene.

Implikasjoner for videre forskning

Denne litteraturgjennomgangen kan ha flere implikasjoner for videre forskning. Sentralt for feltet er manglende konsensus om hva begrepet frafall innebærer, og hvilke kriterier som blir satt for å måle dette. Det bør derfor defineres kriterier for frafall som kan benyttes på tvers av studier. Med dette vil funn i større grad være generaliserbare til pasienter som faller fra behandling, åpne opp for replikasjon av studier og med dette styrke feltet.

Forskningsfeltet på frafall fra AN-behandling er som beskrevet tidligere preget av motstridende funn, og fokus på karakteristikker ved pasientene som prediktorer for hvorfor frafall fra terapi forekommer. Funnene på pasientkarakteristikker har i følge denne literaturgjennomgangen de siste tiårene ikke brakt med seg konsistente resultater, og dermed heller ikke videreutviklet klinisk praksis. Dette kan indikere at videre studier i større grad bør benytte seg av andre prediktorer. Vi foreslår at videre studier også bør undersøke andre faktorer knyttet til frafall enn spiseforstyrrelsessymptomer, personlighetsfaktorer eller komorbiditet. Studiene bør i større grad undersøke faktorer som velges ut på bakgrunn av gjeldende teorier om AN og frafall eller er identifisert gjennom kvalitative studier. Gjennom denne literaturgjennomgangen ser prosessfaktorer ut til å være et lovende felt og vil også i større grad være av nytte for klinisk praksis. Et terapiforløp vil naturlig variere mellom fremgang og motgang, og det vil dermed være viktig å identifisere faktorer som utgjør en risiko for frafall underveis i behandlingen (Hartmann et al., 2007), og sette inn tiltak mot disse. Flere av de inkluderte studiene har også selv foreslått at videre forskning bør studere prosessfaktorer slik som allianse (Fassino et al., 2002; Kahn & Pike, 2001), motivasjon for

tilfriskning (Fassino et al., 2002; Jordan et al., 2014) og forventninger til behandlingseffekt (Kahn & Pike, 2001).

Vi finner få kvalitative studier om pasienter som faller fra AN-behandling. Det er derfor også behov for flere kvalitative studier som går i dybden på pasientenes egen opplevelse av prosesser og faktorer som leder fram til frafall.

Kliniske implikasjoner

Etter gjennomgang av studier, funn og mulige årsaker til disse, ønsker vi avslutningsvis å diskutere kliniske implikasjoner av utvalgte funn, som vi håper kan være nyttig for klinisk praksis og for videre forskning. Vi ønsker her å foreslå tiltak som vi tror kan være nyttig for å forebygge frafall.

Kliniske implikasjoner av funnene

AN-B. Til tross for inkonsistente funn i vår litteraturgjennomgang om hvorvidt det er en sammenheng mellom AN-B og frafall, har AN-B gjennomgående på forskningsfeltet tidligere blitt trukket frem som å ha sammenheng med frafall (Fassino et al., 2009; Gregertsen et al., 2019; Vall & Wade, 2015; Wallier et al., 2009). Gitt at det er en sammenheng mellom pasienter med denne undertypen og frafall virker det også å ha stor betydning å finne måter å hjelpe denne pasientgruppen til å forbli i behandling, ettersom undertypen er assosiert med dårligere prognose (Vall & Wade., 2015).

Det fremkom i studiene vi inkluderte at det var strenge regler på døgnavdelingene knyttet til rensesatferd, og at slik atferd kunne føre til utskrivelse av behandlingsteamet etter kort tid. Rensesatferd har imidlertid for mange med AN blitt en sentral mestringsstrategi, og det kan være utfordrende å gi slipp på denne uten nok støtte og tid til å jobbe med dette i behandling. Renselse er også et av hovedsymptomene ved AN-B, og det kan diskuteres hvorvidt symptomer ved selve lidelsen bør føre til umiddelbar utskrivelse uten

forsøk på intervensjoner eller å ha en overgangsfase hvor man jobber med å redusere atferden.

Erfaringer fra to behandlingstilstander tyder på at fokus på rennesatferd ved døgnheten kan hjelpe pasienter med AN-B å forbli i terapi. Studiene fremhever at de har et terapeutisk fokus på de spesifikke symptomene ved rennesatferd, i tillegg til trekk som impulsivitet, sinne og interpersonlig dynamikk (Pham-Scottez et al., 2012; Zeeck et al., 2005). Et terapeutisk fokus på rennesatferd i døgnbehandling kan trolig redusere denne atferden og hjelpe pasientene med underliggende vansker

Allianse. Et annet lovende område for å forebygge frafall, er å fokusere på å skape god allianse mellom pasient og behandler. Selv om litteraturgjennomgangen bare inneholder to studier om dette, støtter forskningen på feltet generelt opp om dette som et viktig fokusområde for behandlingsutfall. Å skape god allianse med pasienter med AN blir ofte ansett som utfordrende (Skårderud et al., 2020; Vitousek et al., 1998). Behandling kan være preget av sterk grad av motstand og ambivalens fra pasientens side (Skårderud et al., 2020). Vitousek et al. (1998) fremhever at det er viktig at behandlere uttrykker treffende empati overfor pasientene, men at det grunnet de sterke reaksjonene pasienter med AN kan vekke i behandler, noen ganger kan være utfordrende å utvikle denne empatien i første omgang. Fremfor å møte pasienter som er motivert for behandling, kan det oppleves som de mangler sykdomsinnsikt og klamrer seg til sin lidelse (Skårderud et al., 2020). Den egosyntone naturen til lidelsen kan være med på å belyse denne opplevelsen fra pasientens side. Skårderud et al. (2020) trekker frem mentalisering som et nyttig rammeverk å navigere ut fra i slike utfordrende møter. Å hjelpe behandlere å møte pasienten der de er kan bidra til at pasienten føler seg forstått. Dette kan styrke alliansen og motivasjonen for å bli værende i terapi, til tross for at det er utfordrende. Rammeverket kan også hjelpe behandler med å håndtere egne reaksjoner, samt få økt empati og tålmodighet overfor pasientene.

Vansker med å etablere god allianse kan også være utfordrende ved komorbid personlighetsforstyrrelse. I behandlingen av AN og samtidig personlighetsforstyrrelse, kan det være sentralt å ta høyde for de spesifikke behovene hos denne gruppen, og døgntillegget må trolig være mer fleksibel i hvordan disse individene møtes (Pham-Scottet et al., 2012). Pasienter med tvangspregget personlighetsforstyrrelse kan for eksempel være særlig sårbare for opplevelsen av å miste kontroll (Pham-Scottet et al., 2012), og kan trenge ekstra støtte for å kunne forbli i behandling. Eksplisitt fokus på allianse og behandling tilpasset vansker knyttet til personlighetsforstyrrelsen, kan være en måte å beholde disse pasientene i terapi.

I Eivors et al. (2003) trekkes det frem at pasientene savnet at lidelsens funksjon ble anerkjent, og at dette kan være medvirkende til at pasientene opplevde alliansen med behandler som utfordrende og avsluttet behandlingen. Det å ta egosyntonitet og ambivalens aktivt inn i behandlingen kan trolig være viktig for at pasienten skal føle at han eller hun samarbeider med behandler for å bli frisk. I MBT-ED fremheves særlig viktigheten av å utforske både de negative og positive funksjonene til spiseforstyrrelsen (Skårderud et al., 2020). En mentaliserende tilnærming vil kunne åpne opp for utforskning av betydningen av symptomene, og at det å åpne opp for en dialog om de positive aspektene ved lidelsen kan gjøre at pasientene føler seg mer forstått. En behandlingstilnærming hvor funksjonen til lidelsen blir eksplisitt snakket om kan vise pasienten at det er lov å vise ambivalens, tvil og motstand i behandling, og dermed være med på å styrke alliansen (Skårderud et al., 2020).

Resultatene fra Eivors et al. (2003) viser også hvordan kontrollbehovet lidelsen medfører er viktig å anerkjenne og jobbe med i behandling. I mangel på at lidelsen blir anerkjent og kontrollbehovet blir jobbet med, kan pasientene bli satt i en posisjon hvor de forlater behandling i mangel på opplevelse av at de vil klare å mestre livet sitt uten spiseforstyrrelsen. Det virker av betydning å få til et samarbeid hvor tilfriskning kan bli et

felles prosjekt mellom pasient og behandler, og hvor man kan jobbe sammen om å utforske kontrollbehovet og tørre å gi slipp.

Trengs det en ny tilnærming i behandlingen og forståelsen av AN?

Hva kan vi lære av pasientenes opplevelse? Kvalitative studier på pasienter som har falt fra behandling, samt studier på pasienters opplevelse i AN-behandling har gitt oss viktig kunnskap om hva pasientene har opplevd som positivt og negativt (Eivors et al., 2003; Escobar-Koch et al., 2010; Nordbø et al., 2006; Nordbø et al., 2012; Rance et al., 2017).

Pasientene etterspør generelt større fokus på andre aspekter ved lidelsen enn vekt. En måte å imøtekomme dette ønsket på, er å gjøre behandlingen mer forutsigbar. Dette kan gjøres ved å gjennomgå hva behandlingsforløpet skal bestå av fra start, som også kan øke opplevelsen av kontroll for pasienten. CBT-E har et fokus på underliggende vansker, men dette kommer oftere senere i terapi grunnet fokus på å normalisere vekt først. Det kan virke som det har stor betydning, uavhengig av tilnærming, å kommunisere tydelig til pasienten at underliggende årsaker og vansker er viktig, og at dette vil bli tatt tak i på et tidspunkt. Det kan tenkes at noen av de pasientene som gir uttrykk for misnøye med CBT-E, kunne vært fornøyd med behandlingen dersom de fullførte, men at de forlater terapi for tidlig til å få den helhetlige tilnærmingen de savner. Innenfor CBT-E kan det for eksempel være viktig å gi pasienten et tydelig og eksplisitt rasjonale for hvorfor vektoppgangen må prioriteres, men at det vil komme mer helhetlig fokus senere.

En annen måte å imøtekomme ønsket om et mer helhetlig fokus i behandling, er å tilby pasienter større valgfrihet når det kommer til valg av behandlingstilnærming. En studie gjort på pasienter med spiseforstyrrelser på døgnavdelinger støtter opp under perspektivet med å gi pasienter større valgfrihet. Funnene fra studien viste at tidlig frafall ble betydelig redusert etter at pasientene fikk større valgfrihet rundt tilnærming til behandlingen ved oppstart (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). Andre behandlingstilnærming, som MBT-

ED, argumenterer for at det er mulig å ta inn underliggende vansker parallelt med fokus på vektoppgang. Det er uvisst enda hvorvidt behandlingstilnærminger slik som MBT-ED reduserer frafall eller om pasientene blir mer fornøyd, men det er et lovende felt å undersøke nærmere i videre forskning.

Det er imidlertid også viktig å diskutere om pasientenes ønske om å fokusere på andre områder enn mat og vekt kan bli en form for unngåelse. Det å fokusere på mat og vekt kan for pasientene skape sterk angst, og ønsket om å fokusere på andre ting i behandling kan også være drevet av det ubehaget vektoppgang skaper. Mange pasienter med AN har så lav BMI at fokus på vektoppgang er uunngåelig grunnet fare for liv og helse. Kunnskapen om hvordan undervekt i seg selv skaper og forsterker symptomer støtter også opp under viktigheten av å fokusere på dette. Pasientene beskriver behandling, og særlig vektoppgang, som angstfremmende og at det fører med seg en sterk følelse av kontrolltap. Det kan derfor være hensiktsmessig å snakke mer eksplisitt om hva som er vanlige følelser å kjenne på i AN-behandling ved oppstart, og repetere dette underveis, slik at reaksjoner normaliseres, valideres og reguleres. Mange pasienter beskriver at AN har en viktig funksjon i å regulere vonde følelser, og det er derfor naturlig at de kjenner på kontrolltap i behandlingen. Det kan være nyttig å ha fokus på å lære alternative strategier til å håndtere følelser. Fairburn (2008) beskriver at CBT-E har et fokusområde på å styrke andre arenaer i pasientens liv, slik som psykososial fungering, slik at spiseforstyrrelsen tar mindre plass. På den måten kan man hjelpe pasienten til å finne andre måter å fylle den funksjonen som spiseforstyrrelsen har hatt i livet.

Behandlerens perspektiv og rammene for behandling. Rance et al. (2017) argumenterer for at motstand og frafall fra behandling ikke bør ansees som utelukkende knyttet til pasientens sykdom, men også et signal på at noe på systemnivå bør endres. Den høye frafallsraten fra behandling av AN kan indikere at behandlingssystemet og -metodene

som brukes i dag ikke fungerer optimalt. Dette kan handle om måten pasienten forstås og behandles på, men også om systemet som behandler er en del av. AN er en vanskelig og komplisert lidelse å behandle, og dette blir ekstra utfordrende i et system som etter vår erfaring har et høyt tidspress, komplekse saker og press ovenfra om å fullføre behandling raskt. Behandlere beskriver en opplevelse av at helsetjenestene ikke har tilstrekkelige midler eller ressurser til å følge opp kompleksiteten pasienter med AN ofte uttrykker (Reid et al., 2010; Webb et al., 2022), og Skårderud et al. (2020) argumenterer for at pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse trenger langtidsbehandling. Dette er noe systemet ikke alltid legger opp til i dag, som peker i retning av at pasientene ikke nødvendigvis får den oppfølgingen de trenger.

I tillegg til at behandlingsrammene altså ikke ser ut til å være optimale i dag, opplever også mange behandlere det som utfordrende å jobbe med pasienter med AN (Skårderud et al., 2020; Vitousek et al., 1998). Det er dermed også viktig å være bevisst hvordan terapeuten påvirkes i møtet med denne pasientgruppen. Det er naturlig å tenke at holdninger og følelser behandler har til pasientene påvirker behandlingen som gis og dens utfall. Vandereycken og Beumont (1998) beskriver at denne pasientgruppen er utfordrende å behandle da det kan trigges sterke følelser i terapeuten, som sinne, avsky og fiendtlighet, i møte med pasientene som tidvis kan oppleves saboterende og manipulerende. Terapeuter, særlig uerfarne, rapporterer også om opplevelsen av håpløshet, frustrasjon, mangel på kompetanse og bekymring (Thompson-Brenner et al., 2012). Ved mangel på fremgang i terapien eller frafall fra behandling kan det tenkes at behandlere kjenner på nederlag. Det kan dermed være lettere å legge ansvaret for det som ikke fungerte over på karakteristikk ved pasienten, slik som at pasienten ikke var motivert nok. Behandler kan dermed glemme lidelsens natur og bli irritert på pasienten heller enn å huske på at motstand er en naturlig del av AN. En studie som så på utbrenthet blant spiseforstyrrelseterapeuter fant at egosyntonitet og motstand hos pasienten og

emosjonell utslitthet hos behandler bidro til at behandlere blir utbrent (Warren et al., 2013).

Behandling av pasienter med AN setter altså store krav til terapeutens selvregulering og selvrefleksjon, og er en krevende lidelse å behandle (Skårderud et al., 2020).

Det virker av betydning at behandlere har fokus på de spesifikke utfordringene ved AN, slik som ambivalens, egosyntonitet og emosjonsregulering, som ofte fører til motstand i behandling. Ved å forvente motstand og ambivalens hos pasienter med AN kan dette bli ansett som en del av lidelsen heller enn at pasienten er vanskelig. Motstand og ambivalens kan også endres fra noe som gir grunnlag for utskrivelse fra behandling eller avslutning av behandling, til noe som må jobbes aktivt med i behandling. Gregertsen et al. (2017) argumenterer for å anse motstand som en naturlig respons til at terapeuten forsøker å endre et område av livet som pasienten selv opplever som nyttig. Det at terapeuten uttrykker forståelse rundt motstand og ambivalens og forventer dette, kan også gi en trygghet for pasienten, i å føle seg forstått og bedre alliansen (Skårderud et al., 2020). Dette kan kanskje bidra til at pasientene velger å forbli i behandling.

En måte å imøtekomme at det kan være krevende å jobbe med denne pasientgruppen, er å danne egne team for terapeuter som behandler pasienter med AN. Disse teamene kan bestå av behandlere som jobber med denne gruppen og erfarne terapeuter som har jobbet med pasientgruppen tidligere. Slike team er vanlige i behandling av EUPF, ettersom denne pasientgruppen anses som krevende å ha i behandling (Sayrs, 2018). Behandlingen for EUPF har et eksplisitt fokus på at det er viktig for behandlerne å være i team da det er en krevende pasientgruppe, og at behandlerne selv trenger å bearbeide, reflektere og finne støtte i hverandre for å være gode terapeuter. Ettersom pasienter med AN også oppleves som krevende for terapeuter å ha i behandling, kan et slikt team være en viktig drøftingsarena også for disse behandlerne. Et team kan bidra til å sikre gode holdninger til pasientgruppen ved å ha et eksplisitt fokus på hva det gjør med behandlere å møte pasienter med AN. Dette kan for

eksempel foregå ved å minne hverandre på lidelsens natur og veilede hverandre i krevende situasjoner. Teamet bør ha som funksjon at behandlerne får anledning til å bearbeide, mentalisere, reflektere og finne støtte i hverandre for å være gode terapeuter. Et slikt team vil kunne forbedre behandlingstilbudet for pasienter med AN, og dermed også forebygge frafall.

Mer forskning på behandlers opplevelser i møte med denne pasientgruppen, samt hvordan faktorer som system, holdninger, erfaring og kollegial støtte påvirker dette, virker å være sentral for å forstå fenomenet frafall fra AN-behandling. Behandling er et samspill mellom behandler og pasient, og det er derfor viktig å få mer innsikt i begge perspektiv for å forstå hvorfor det så ofte ikke fungerer med denne pasientgruppen, og resultatet blir frafall.

Konklusjon

I denne systematiske litteraturgjennomgangen hadde vi som mål å gjennomgå og gi en oversikt over forskningsfeltet på frafall fra behandling av AN, ettersom frafallsraten er høy og lidelsen ubehandlet kan gi store negative konsekvenser. De inkluderte studiene preges av metodologiske utfordringer og sprikende funn, og resultatene må derfor tolkes i lys av dette.

Resultatene våre tyder på at pasientenes opplevelse av behandlingen som for symptomfokuset, for lite anerkjennelse av lidelsens funksjon og ønsket om gjenoppretting av kontroll, var viktige årsaker til at de avsluttet behandlingen. God tidlig allianse mellom pasient og behandler ser også ut til å ha en betydning når det gjelder å forebygge frafall. Disse funnene er det bare et fåtall studier som har forsket på, og mer forskning er altså nødvendig. Det var hovedsakelig ulike pasientkarakteristikker som ble studert på tvers av de inkluderte artiklene, der demografiske variabler, BMI, undertype, spiseforstyrrelsespsykopatologi og komorbiditet var mest vanlig. Resultatene var i hovedsak motstridende, og øvrige funn var fra enkeltstudier. Videre forskning bør i større grad basere seg på kvalitative studier eller grunnleggende teorier om AN for å finne ut hvilke faktorer som burde studeres videre. AN er en alvorlig og samfunnsaktuell lidelse, og det er derfor av

stor betydning å finne ut hva som gjør at en så stor andel av pasientene ikke fullfører behandlingen.

Referanser

- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C. & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa [corrected]: a clinical overview. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 294. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-294>
- Abd Elbaky, G. B., Hay, P. J., le Grange, D., Lacey, H., Crosby, R. D. & Touyz, S. (2014). Pre-treatment predictors of attrition in a randomised controlled trial of psychological therapy for severe and enduring anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-69>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg.). American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, *68*(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Atwood, M. E. & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(3), 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Bewell-Weiss, C. V. (2010). *A brief Motivational Interviewing intervention as a prelude to intensive eating disorder treatment* [Doktorgradsavhandling, York University]. Library and Archives Canada. <https://www.bac-lac.gc.ca/eng/services/theses/Pages/item.aspx?idNumber=784287753>
- Balestrieri, M., Zuanon, S., Pellizzari, J., Zappoli-Thyrion, E., Ciano, R. & Res, T. M. (2015). Mentalization in eating disorders: a preliminary trial comparing mentalization-based treatment (MBT) with a psychodynamic-oriented treatment. *Eating and Weight*

Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 20(4), 525-528.

<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0204-1>

Bandini, S., Antonelli, G., Moretti, P., Pampanelli, S., Quartesan, R. & Perriello, G. (2006).

Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(4), 179-184.

<https://doi.org/10.1007/BF03327569>

Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*.

American Psychiatric Publishing, Inc.

Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2009). What happened to the

ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or

prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 109-119.

<https://doi.org/10.1002/erv.911>

Blinder, B. J., Cumella, E. J. & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>

Bokade, K., Wanjari, M., Kurian, B., Besekar, S., Wagh, P., Waware, S. & Gujar, S. (2021).

Effectiveness of the Video-Assisted Teaching on Anorexia Nervosa among

Adolescent Girls in Selected Colleges. *Journal of Pharmaceutical Research*

International, 33(57B), 135-142.

<http://apsciencelibrary.com/bitstream/123456789/9040/1/34037-Article%20Text-61377-1-10-20211224.pdf>

Bora, E. & Köse, S. (2016). Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa?

International Journal of Eating Disorders, 49(8), 739-740.

<https://doi.org/10.1002/eat.22572>

- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J. & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Systematic Reviews*, 6(1), 245-245. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Brewin, N., Wales, J., Cashmore, R., Plateau, C. R., Dean, B., Cousins, T. & Arcelus, J. (2016). Evaluation of a Motivation and Psycho-Educational Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED). *European Eating Disorders Review*, 24(3), 241-246. <https://doi.org/10.1002/erv.2431>
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. & Friederich, H.-C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 496-501. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003>
- Cardi, V., Albano, G., Salerno, L., Lo Coco, G., Ambwani, S., Schmidt, U., Macdonald, P. & Treasure, J. (2020). The Feasibility of Using Guided Self-Help in Anorexia Nervosa: An Analysis of Drop-Out From the Study Protocol and Intervention Adherence. *Frontiers in Psychology*, 11, 707. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00707>
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E. & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-269. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004>
- Carter, J. D., Crowe, M. T., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Frampton, C. & Joyce, P. R. (2015). Predictors of response to CBT and IPT for depression; the contribution of therapy process. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.003>
- Cassin, S. E. & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>

- Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153-160.
<https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Chidiac, C. W. (2019). An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Current Opinion in Pediatrics, 31*(4), 448-453.
<https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000755>
- Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2003). Decisional balance in anorexia nervosa: Capitalizing on ambivalence. *European Eating Disorders Review, 11*(2), 75-89.
<https://doi.org/10.1002/erv.493>
- Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 12*(5), 307-316.
<https://doi.org/10.1002/erv.587>
- Conti, J., Joyce, C., Natoli, S., Skeoch, K. & Hay, P. (2021). "I'm still here, but no one hears you": a qualitative study of young women's experiences of persistent distress post family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 9*(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00496-4>
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G. & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*(1), 91-97.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.003>
- DaCosta, M. & Halmi, K. A. (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 11*(4), 305-313.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199205\)11:4%3C305::AID-EAT2260110403%3E3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199205)11:4%3C305::AID-EAT2260110403%3E3.0.CO;2-2)
- del Barrio, A. G., Gonzalez, M. Y. V., Gomez, J. G., Marin, J. I. L., Carral-Fernandez, L., Hernandez, S. O., Rio-Hortega, I. M. & Malfaz, L. M. (2019). Characteristics of

patients in an eating disorder sample who dropped out: 2-year follow-up. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(4), 767-775.

<https://doi.org/10.1007/s40519-017-0416-7>

Dalle Grave, R., Sartirana, M. & Calugi, S. (2021). *Complex Cases and Comorbidity in Eating Disorders: Assessment and Management*. Springer International Publishing.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-69341-1>

DeJong, H., Broadbent, H. & Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal Eating Disorders*, 45(5), 635-647.

<https://doi.org/10.1002/eat.20956>

Di Pietro, G., Valoroso, L., Fichelle, M., Bruno, C. & Sorge, F. (2002). What happens to eating disorder outpatients who withdrew from therapy? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7(4), 298-303.

<https://doi.org/10.1007/BF03324976>

Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Ekins, K.,

Krishna, M., Herzog, D. B., Keel, P. K. & Franko, D. L. (2017). Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184-189.

<https://doi.org/10.4088/JCP.15m10393>

Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*,

11(2), 90-107. <https://doi.org/10.1002/erv.492>

El Ghoch, M., Calugi, S., Pellegrini, M., Milanese, C., Busacchi, M., Battistini, N. C.,

Bernabe, J. & Dalle Grave, R. (2013). Measured Physical Activity in Anorexia

Nervosa: Features and Treatment Outcome. *International Journal of Eating Disorders*,

46(7), 709-712. <https://doi.org/10.1002/eat.22140>

- Escobar-Koch, T., Banker, J. D., Crow, S., Cullis, J., Ringwood, S., Smith, G., van Furth, E., Westin, K. & Schmidt, U. (2010). Service users' views of eating disorder services: An international comparison. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 549-559. <https://doi.org/10.1002/eat.20741>
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2012). The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 451-460. <https://doi.org/10.1002/erv.2183>
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2009). Anorexia Nervosa's Meaning to Patients: A Qualitative Synthesis. *Psychopathology*, 42(2), 69-80. <https://doi.org/10.1159/000203339>
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S26-S30. <https://doi.org/10.1002/eat.20112>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A. & Rovera, G. G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(4), 200-206. <https://doi.org/10.1159/000063645>
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>
- Fernandez-Aranda, F., Treasure, J., Paslakis, G., Aguera, Z., Gimenez, M., Granero, R., Sanchez, I., Serrano-Troncoso, E., Gorwood, P., Herpertz-Dahlmann, B., Bonin, E. M., Monteleone, P. & Jimenez-Murcia, S. (2021). The impact of duration of illness on treatment nonresponse and drop-out: Exploring the relevance of enduring eating

disorder concept. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 499-513.

<https://doi.org/10.1002/erv.2822>

Fox, A. P., Larkin, M., & Leung, N. (2011). The personal meaning of eating disorder symptoms: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 16(1), 116-125. <https://doi.org/10.1177/1359105310368449>

Franzen, U., Backmund, H. & Gerlinghoff, M. (2004). Day treatment group programme for eating disorders: Reasons for drop-out. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 153-158. <https://doi.org/10.1002/erv.515>

Gagnon-Girouard, M.-P., Chenel-Beaulieu, M.-P., Aimé, A., Ratté, C. & Bégin, C. (2019). Psychological Meanings of Eating Disorders and Their Association With Symptoms, Motivation Toward Treatment, and Clinical Evolution Among Outpatients. *Europe's Journal of Psychology*, 15(2), 367-379. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1623>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, 6(2), 123-150. <https://doi.org/10.1007/BF01183887>

Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (Red.). (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press.

Garner, D. M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia-nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198321\)2:2<15::aid-eat2260020203>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198321)2:2<15::aid-eat2260020203>3.0.co;2-6)

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test – psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Geller, J., Williams, K. D. & Srikameswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 365-373. <https://doi.org/10.1002/erv.443>
- Gentile, M. G., Manna, G. M., Ciceri, R. & Rodeschini, E. (2008). Efficacy of inpatient treatment in severely malnourished anorexia nervosa patients. *Eating and Weight Disorders – Studies om Anorexia, Bulimia and Obesity*, 13(4), 191-197. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/BF03327506>
- Gibbons, R. D., Clark, D. C. & Kupfer, D. J. (1993). Exactly what does the Hamilton depression rating scale measure? *Journal of Psychiatric Research*, 27(3), 259-273. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(93\)90037-3](https://doi.org/10.1016/0022-3956(93)90037-3)
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y. & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00212-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00212-1)
- Godart, N. T., Rein, Z., Perdereau, F., Curt, F. & Jeammet, P. (2005). Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2398-2399. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2398>
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>

- Gregertsen, E. C., Mandy, W., Kanakam, N., Armstrong, S. & Serpell, L. (2019). Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 271, 484-501. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.068>
- Gregertsen, E. C., Mandy, W. & Serpell, L. (2017). The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 2273. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273>
- Grilo, C. M. & Mitchell, J. E. (2009). *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*. Guilford Press.
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, 94(1), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.020>
- Guarin, M. R. (2009). Drug use, impulsivity, and trauma in patients with eating disorders: A triad of risks for complex comorbidities affecting the prognosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 420-432. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000300003&script=sci_abstract&tlng=en
- Gunnarsdottir, G. M., Palsson, S. P. & Thorsteinsdottir, G. (2015). Eating Disorder Treatment in Iceland - Treatment adherence, psychiatric co-morbidities and factors influencing drop-out. *Laeknabladid*, 101(5), 251-257. <https://doi.org/10.17992/lbl.2015.05.26>
- Gusenbauer, M. & Haddaway, N. R. (2020). Which academic search systems are suitable for systematic reviews or meta-analyses? Evaluating retrieval qualities of Google Scholar, PubMed, and 26 other resources. *Research Synthesis Methods*, 11(2), 181-217. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1378>
- Hall, R. C. W. (1995). Global Assessment of Functioning: A Modified Scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)

- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W. & Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa - Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776-781. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.776>
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 348-356. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>
- Hartmann, A., Wirth, C., & Zeeck, A. (2007). Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain. *Psychotherapy Research*, 17(2), 218–229. <https://doi.org/10.1080/10503300600702315>
- Haynos, A. F. & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Hebebrand, J., Casper, R., Treasure, J. & Schweiger, U. (2004). The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*, 111(7), 827-840. <https://doi.org/10.1007/s00702-004-0136-9>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-818. <https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00006>

- Higbed, L. & Fox, J. R. E. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(3), 307-325.
<https://doi.org/10.1348/014466509X454598>
- Huas, C., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Fedorowicz, V., Peyracque, E., Dardennes, R., Falissard, B. & Rouillon, F. (2011). Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample. *Psychiatry Research*, 185(3), 421-426. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.004>
- Hubert, T., Pioggiosi, P., Huas, C., Wallier, J., Maria, A. S., Apfel, A., Curt, F., Falissard, B. & Godart, N. (2013). Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 209(3), 632-637.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.034>
- Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H. & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 433-439. <https://doi.org/10.1080/08039480260389352>
- Jagielska, G. & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205-218. <https://doi.org/10.12740/pp/64580>
- Joja, O., Procopiuc, C., Gherlan, I., Brehar, A., Circei, G., Dudau, D. & Dumitrescu, C. (2015). Outpatient psychotherapy after brief hospitalisation versus dropout in adolescent and young Anorexia Nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 605. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.064>
- Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, F. A., Joyce, P. R., Frampton, C. M. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M. & Bulik, C. M. (2014). Clinical Characteristics Associated with Premature Termination from Outpatient Psychotherapy for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 278-284. <https://doi.org/10.1002/erv.2296>

- Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, F. A., Joyce, P. R., Frampton, C. M. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Carter, J. D. & Bulik, C. M. (2017). Predictors of premature termination from psychotherapy for anorexia nervosa: Low treatment credibility, early therapy alliance, and self-transcendence. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(8), 979-983. <https://doi.org/10.1002/eat.22726>
- Kahn, C. & Pike, K. M. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(3), 237-244. <https://doi.org/10.1002/eat.1080>
- Kahn, C. & Pike, K. M. (2002). In search of predictors of drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, *32*(2), 249.
- Kan, C. R., Eid, L., Treasure, J. & Himmerich, H. (2020). A Meta-Analysis of Dropout and Metabolic Effects of Antipsychotics in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00208>
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. & Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2215-2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Kurotori, I., Abe, T., Kato, R., Ishikawa, S. & Suda, S. (2019). Dropout from cognitive behavioral approach with behavioral limitation in adolescents with severe anorexia nervosa in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *73*(11), 717-719. <https://doi.org/10.1111/pcn.12930>
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>

- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J. & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224-231.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Li, K., Rollins, J. & Yan, E. (2017). Web of Science use in published research and review papers 1997–2017: a selective, dynamic, cross-domain, content-based analysis. *Scientometrics*, *115*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s11192-017-2622-5>
- Link, T. M., Beermann, U., Mestel, R. & Gander, M. (2017). Treatment Outcome in Female In-Patients with Anorexia nervosa and Comorbid Personality Disorders Prevalence. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *67*(9-10), 420-430.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-103271>
- Lo, C. K.-L., Mertz, D. & Loeb, M. (2014). Newcastle-Ottawa Scale: comparing reviewers' to authors' assessments. *BMC Medical Research Methodology*, *14*(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-45>
- Lobbestael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*(1), 75-79.
<https://doi.org/10.1002/cpp.693>
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S. & Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(8), 639-647.
<https://doi.org/10.1002/eat.20328>
- Lockwood, R., Serpell, L. & Waller, G. (2012). Moderators of weight gain in the early stages of outpatient cognitive behavioral therapy for adults with anorexia nervosa.

International Journal of Eating Disorders, 45(1), 51-56.

<https://doi.org/10.1002/eat.20885>

Madden, S. (2004). 'Anorexia Nervosa' – Still Relevant in the Twenty-first Century? A

Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and*

Psychiatry, 9(1), 149-154. <https://doi.org/10.1177/1359104504039178>

Mahon, J. (2000). Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What

are the Issues? *European Eating Disorders Review*, 8(3), 198-216.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200005\)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3)

Malda-Castillo, J., Browne, C. & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment

and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and*

Psychotherapy, 92(4), 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>

Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross

sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 54-60.

<https://doi.org/10.1136/emj.20.1.54>

Martinez, M. A. & Craighead, L. W. (2015). Toward Person(ality)-Centered Treatment: How

Consideration of Personality and Individual Differences in Anorexia Nervosa May

Improve Treatment Outcome. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 22(3), 296-

314. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12111>

Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffler, A.-L.,

Martinsen, E. W. & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality

disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies*

on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22(2), 201-209.

<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>

- Marzola, E., Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F. & Fassino, S. (2015). A qualitative investigation into anorexia nervosa: The inner perspective. *Cogent psychology*, 2(1), 1032493. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1032493>
- Masson, P. C., Perlman, C. M., Ross, S. A. & Gates, A. L. (2007). Premature termination of treatment in an inpatient eating disorder programme. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 275-282. <https://doi.org/10.1002/erv.762>
- Mehler, P. S. & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa - medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., Voderholzer, U. & Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 29(2), 175-191. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Miller, W. R. (1998). Enhancing motivation for change. I W. R. Miller & N. Heather (Red.), *Treating addictive behaviors* (2.utg, s. 121-132). Peplum.
- Morrison, L. A. & Shapiro, D. A. (1987). Expectancy and outcome in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 59-60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1987.tb00724.x>
- Moskowitz, L. & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric Adolescent Health Care*, 47(4), 70-84. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S. & Le Grange, D. (2019). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 49(4), 535-544. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>

Neeren, A. M., Butryn, M. L., Lowe, M. R., O'Planick, A. P., Bunnell, D. W. & Ice, S. M.

(2010). Does attrition during follow-up bias outcome data in studies of eating disorders? *Eating Behaviors*, 11(1), 40-44.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.09.002>

Nelson, C. (1999). The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) web site.

Bulletin of the World Health Organization, 77(7), 614.

<https://www.proquest.com/scholarly-journals/composite-international-diagnostic-interview-cidi/docview/229620681/se-2?accountid=8579>

Ngo, M. & Isserlin, L. (2014). Body weight as a prognostic factor for day hospital success in

adolescents with anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(1), 62-71.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857522>

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A.

(2012). Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60-67. <https://doi.org/10.1002/erv.1097>

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2006). The

meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564.

<https://doi.org/10.1002/eat.20276>

Nozaki, T., Motoyama, S., Arimura, T., Morita, C., Koreeda-Arimura, C., Kawai, K., Takii,

M. & Kubo, C. (2007). Psychopathological features of anorectic patients who dropped out of inpatient treatment as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality

Inventory. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(1), 15.

<https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-15>

- O'Malley, S. S., Suh, C. S. & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581-586. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.4.581>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D. & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Oldershaw, A., Startup, H. & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology*, 10, 219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., Mcdonald, S., ... Mckenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Online)*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health*, 4(3), 67-78. <https://doi.org/10.1007/s007370200002>
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., Speranza, M. & Rouillon, F. (2012). Why Do People With Eating Disorders Drop Out From

- Inpatient Treatment? The Role of Personality Factors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(9), 807-813. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318266bbba>
- Rance, N., Moller, N. P. & Clarke, V. (2017). 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 582-594. <https://doi.org/10.1177/1359105315609088>
- Reid, M., Burr, J., Williams, S. & Hammersley, R. (2008). Eating Disorders Patients' Views on Their Disorders and on an Outpatient Service: A Qualitative Study. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 956-960. <https://doi.org/10.1177/1359105308095070>
- Reid, M., Williams, S., & Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 390-398. <https://doi.org/10.1002/erv.976>
- Reyes-Rodriguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Huber, T., Johnson, C., Jones, I., Kaplan, A. S., Mitchell, J. E., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H. & Bulik, C. M. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 491-497. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31822232bb>
- Rienecke, R. D. (2019). Treatment dropout in a family-based partial hospitalization program for eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 163-168. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0543-9>
- Rivas, T., Franco, K., Bersabé, R., & Montiel, C. B. (2013). Spanish Version of the Eating Attitudes Test 40: Dimensionality, Reliability, Convergent and Criterion Validity. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E59. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.61>
- Robinson, P. (2014). Mentalisation-Based Therapy of Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disorders: MBT-ED. I L. Claes & J. Muehlenkamp (Red.), *Non-Suicidal Self-Injury*

in Eating Disorders: Advancements in Etiology and Treatment (s. 163–179). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40107-7_10

Rodríguez Guarín, M. (2009). Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: una tríada de riesgo para comorbilidades complejas que afectan el pronóstico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 420-432. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000300003&script=sci_abstract&tlng=pt

Rosenvinge, J. H., Martinussen, M. & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 5(2), 52-61. <https://doi.org/10.1007/BF03327480>

Roux, H., Ali, A., Lambert, S., Radon, L., Huas, C., Curt, F., Berthoz, S. & Godart, N. (2016). Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1010-7>

Rowell, M., MacDonald, D. E. & Carter, J. C. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0108-0>

Sansfacon, J., Gauvin, L., Fletcher, E., Cottier, D., Rossi, E., Kahan, E., Israel, M. & Steiger, H. (2018). Prognostic value of autonomous and controlled motivation in outpatient eating-disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1194-1200. <https://doi.org/10.1002/eat.22901>

Says, J. H. R. (2018). Running an Effective DBT Consultation Team: Principles and Challenges. I M. A. Swales (Red.), *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.10>

- Seidinger, F. M., Garcia, C., Bottcher-Luiz, F. & Turato, E. R. (2011). Dropout in the treatment for anorexia nervosa and bulimia: A systematic review from the international databases. *European Psychiatry*, 26(2), 738.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72443-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72443-9)
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
<https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Schnicker, K., Hiller, W. & Legenbauer, T. (2013). Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 812-823.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.007>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)
- Simpson, S., Azam, F., Brown, S., Hronis, A. & Brockman, R. (2021). The impact of personality disorders and personality traits on psychotherapy treatment outcome of eating disorders: A systematic review. *Personality and Mental Health*.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pmh.1533>
- Skinner, H. A., Steinhauer, P. D. & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2(2), 91-105.
<https://doi.org/10.7870/cjcmh-1983-0018>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>

Skårderud, F. (2012). Metallization-based treatments for eating disorders (MBT-ED).

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 5(60), S30.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.05.093>

Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012) Eating Disorders. I A. W. Bateman. & P. Fonagy. (Red).

Handbook of mentalizing in mental health practice (s. 347-384). American

Psychiatric Publishing.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B., & Robinson, P. (2020). *Sult: mentaliseringsbaserte*

tilnærminger til spiseforstyrrelser (1. utg.). Gyldendal.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen.

Mellanrummet, 26, 6-21. <https://mellanrummet.net/nr26-2012/Artikel-Den-reflekterande-kroppen.pdf>

Sly, R. (2009). What's in a Name? Classifying 'the Dropout' from Treatment for Anorexia

Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 405-407.

<https://doi.org/10.1002/erv.964>

Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A. & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature

termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors* 14(2), 119-123.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007>

Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C. & Lacey, J. H. (2014). Rules

of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233-243.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>

Sly, R., Mountford, V. A., Morgan, J. F. & Lacey, J. H. (2014). Premature Termination of

Treatment for Anorexia Nervosa: Differences Between Patient-Initiated and Staff-

Initiated Discharge. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 40-46.

<https://doi.org/10.1002/eat.22190>

Smarr, K. L. & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S454-S466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>

Smink, F. R. E., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543-548.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>

Souza, A. P. L. d. & Pessa, R. P. (2016). Eating disorders treatment: Factors associated with dropout. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 60-67.

http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000100060&script=sci_abstract

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>

Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 339-360. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199712\)22:4<339::AID-EAT1>3.3.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4<339::AID-EAT1>3.3.CO;2-H)

Supple, A. J., Su, J., Plunkett, S. W., Peterson, G. W. & Bush, K. R. (2013). Factor Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 748-764. <https://doi.org/10.1177/0022022112468942>

- Surgenor, L. J., Maguire, S. & Beumont, P. J. V. (2004). Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: Can risk factors be identified at point of admission? *European Eating Disorders Review*, 12(2), 94-100. <https://doi.org/10.1002/erv.539>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A. & Parkin, S. R. (2017). Treatment Refusal and Premature Termination in Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Their Combination: A Meta-Analysis of Head-to-Head Comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57. <https://doi.org/10.1037/pst0000104>
- Swinbourne, J. M. & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274. <https://doi.org/10.1002/erv.784>
- Sy, R., Ponton, K., De Marco, P., Pi, S. & IsHak, W. W. (2013). Quality of Life in Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Eating Disorders*, 21(3), 206-222. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.779176>
- Tagay, S., Herpertz, S., Mewes, R., Schlegl, S. & Senf, W. (2010). What Can Weight Losses in Anorexia Nervosa Predict About the Premature Termination of Treatment? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(5), 164-168. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1225362>
- Tagay, S., Schlegl, S. & Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 124-132. <https://doi.org/10.1002/erv.972>

Thaler, L., Booij, L., Burnham, N., Kenny, S., Oliverio, S., Israel, M. & Steiger, H. (2022).

Predictors of non-completion of a day treatment program for adults with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 30(2), 146-155.

<https://doi.org/10.1002/erv.2879>

Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2012). Clinician

Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Psychiatric*

Services (Washington, D.C.), 63(1), 73-78. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100050>

Vall, E. & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating

disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating*

Disorders, 48(7), 946-971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>

von Brachel, R., Hotzel, K., Hirschfeld, G., Rieger, E., Schmidt, U., Kosfelder, J., Hechler,

T., Schulte, D. & Vocks, S. (2014). Internet-Based Motivation Program for Women

With Eating Disorders: Eating Disorder Pathology and Depressive Mood Predict

Dropout. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), 145-157.

<https://doi.org/10.2196/jmir.3104>

van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality,

disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*,

33(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

Vandereycken, W. & Beumont, P. J. V. (1998). *Treating eating disorders: ethical, legal and*

personal issues. Athlone Press.

Vandereycken, W. & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide:

Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European*

Eating Disorders Review, 17(3), 177-183. <https://doi.org/10.1002/erv.917>

- Verdens helseorganisasjon. (2022). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10ende utg.). Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Vinchenzo, C., McCombie, C. & Lawrence, V. (2021). The experience of patient dropout from eating disorders treatment: a systematic review and qualitative synthesis. *BJPsych open*, 7(S1), S299. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.792>
- Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00012-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00012-9)
- Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., Huas, C., Hubert, T. & Godart, N. (2009). Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Critical review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 636-647. <https://doi.org/10.1002/eat.20609>
- Walsh, B. T., Attia, E., Glasofer, D. R., & Sysko, R. (Red.). (2015). *Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Walsh, B. T. & Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. *Handbook of treatment for eating disorders*, 2, 25-33. Guilford Press.
- Warren, C. S., Schafer, K. J., Crowley, M. E. J. & Olivardia, R. (2013). Demographic and Work-Related Correlates of Job Burnout in Professional Eating Disorder Treatment Providers. *Psychotherapy*, 50(4), 553-564. <https://doi.org/10.1037/a0028783>
- Watson, H. J., Fursland, A. & Byrne, S. (2013). Treatment engagement in eating disorders: Who exits before treatment? *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 553-559. <https://doi.org/10.1002/eat.22085>
- Webb, H., Dalton, B., Irish, M., Mercado, D., McCombie, C., Peachey, G., Arcelus, J., Au, K., Himmerich, H., Louise Johnston, A., Lazarova, S., Pathan, T., Robinson, P.,

- Treasure, J., Schmidt, U., & Lawrence, V. (2022). Clinicians' perspectives on supporting individuals with severe anorexia nervosa in specialist eating disorder intensive treatment settings. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00528-z>
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders, 43*(5), 398-404. <https://doi.org/10.1002/eat.20730>
- Williams, S. & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychology and Health, 25*(5), 551-567. <https://doi.org/10.1080/08870440802617629>
- Woodside, B. D. & Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs, 20*(8), 655-663. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620080-00004>
- Woodside, D. B. (2005). Treatment of anorexia nervosa: More questions than answers. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1), S41-S42. <https://doi.org/10.1002/eat.20115>
- Woodside, D. B., Carter, J. C. & Blackmore, E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2277-2281. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2277>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Wu, Y. P., Aylward, B. S., Roberts, M. C. & Evans, S. C. (2012). Searching the scientific literature: Implications for quantitative and qualitative reviews. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 553-557. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.007>

- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. & Aime, H. (2015). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders*, 23(2), 99-114. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>
- Zanetti, T., Cenci, L., Favaro, A. & Santonastaso, P. (2005). Middle term outcome in Anorexia Nervosa outpatients who dropped out from therapy. *Rivista di Psichiatria*, 40, 149-155.
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C. & Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders—A pilot study. *European eating disorders review*, 29(5), 783-801. <https://doi.org/10.1002/erv.2853>
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C. & Herzog, T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 111(1), 29-37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00378.x>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S. & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>
- Zeeck, A. & Herzog, T. (2000). Dropout in inpatient psychotherapy of anorexia nervosa. *Der Nervenarzt*, 71(7), 565-572. <https://doi.org/10.1007/s001150050627>

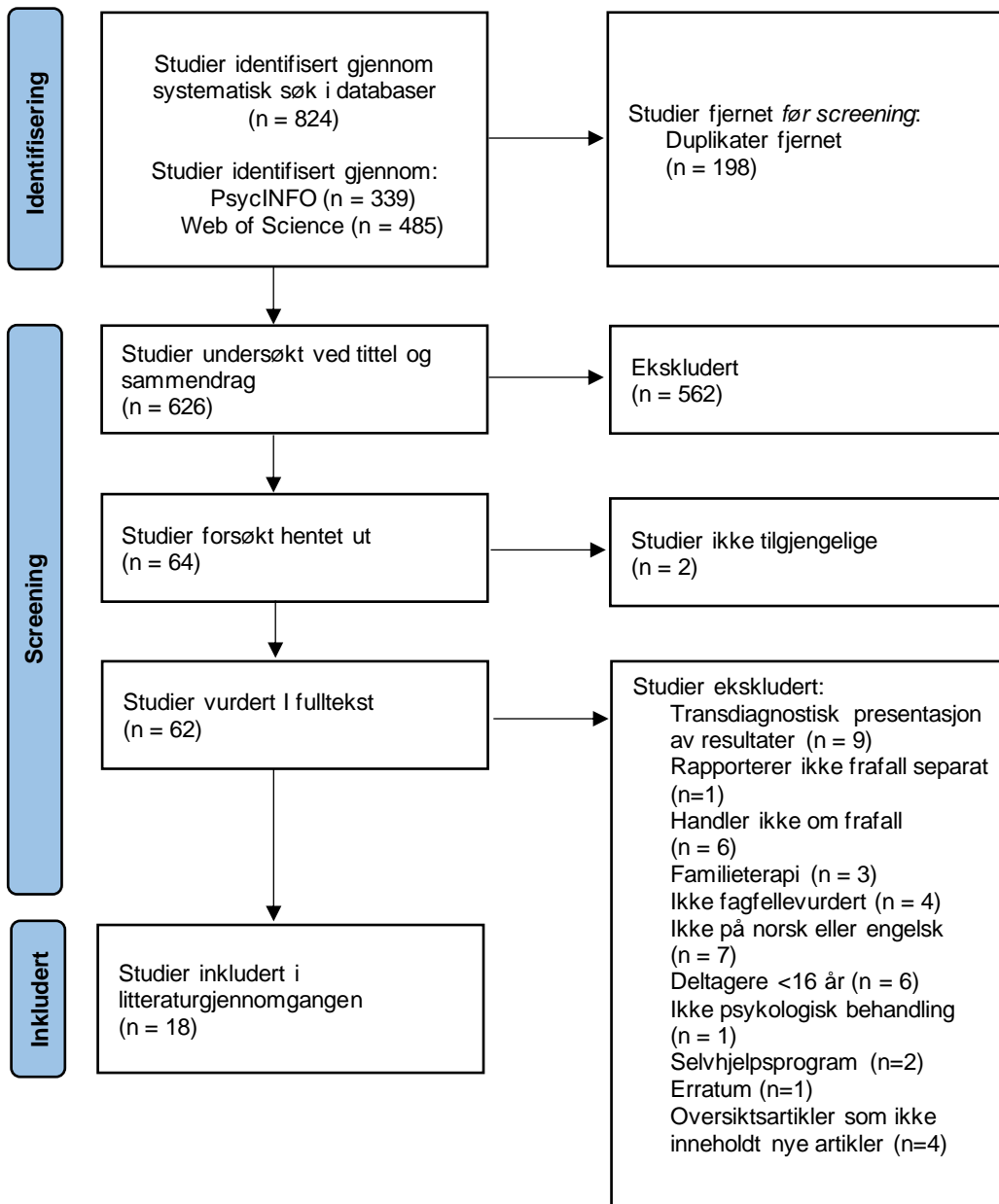
Appendiks A

Søkeord

Frafall	Anoreksi	Psykoterapeutisk behandling
drop*-out	anorectic*	treat*
dropout	anorexi*	servi*
drop* out		therap*
terminat*		psychotherap*
attrition		intervention*
withdraw*		
failure to		
non-completion		

Appendiks B

Utvelgelse av studier



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Appendiks C

Studiekarakteristikk

Forfatter	År	Design	Utvalg	Rammer for behandling	Behandlingsform	Frafall %	Definisjon på frafall	Målet med studien	Hovedfunn som henger sammen med frafall (som i abstract)
Abd Elbaky et al.	2014	Retrospektiv kohortstudie	AN=63	Poliklinisk	CBT eller SSCM	23,8%	Alle som ble randomisert men ikke begynte i terapi, og som avsluttet før 29 uker.	Ønsket å sammenligne styrken på assosiasjonen mellom adaptiv funksjon, motivasjonsstadiet av endring og andre tidligere kjente faktorer knyttet til frafall.	Signifikant flere med AN-B, og lavere skåre på EDQoL (livskvalitet ved spiseforstyrrelse) hos frafallsgruppen.
Bandini et al.	2006	Retrospektiv kohortstudie	AN=31	Poliklinisk	En type CBT-tilnærming	AN-R=27,3 % AN-B=33,3 % Totalt: 25,4 %	Pasientens avgjørelse, og at de ikke returnerte til behandling innen de neste 6 mnd etter de avsluttet.	Faktorer som potensielt påvirker at pasienter med spiseforstyrrelser dropper ut av poliklinisk behandling med CBT.	Signifikant flere med AN-B avsluttet behandlingen tidlig (andre funn ble presentert transdiagnostisk).
Carter et al.	2006	Prospektiv kohortstudie	AN=77	Døgnbehandling	Intensivt gruppeprogram	36 %	Avslutte selv eller bli avsluttet av team/behandler før BMI 20. Om de avsluttet med BMI på over 20, ble de regnet som friske.	Påvirkning av seksuelt misbruk i barndom (CSA) på frafall.	Pasienter med CSA droppet ikke signifikant mer ut fra behandling, men pasienter med AN-B med CSA droppet signifikant mer ut av behandling sammenlignet med de andre pasientene.
Eivors et al.	2003	Kvalitativ studie	AN=8	Poliklinisk: n=6 Poliklinisk og døgn: n=2	Fokus på kognitiv-atferdstilnærming og psykodynamisk tilnærming	Alle hadde droppet ut av behandling	Avslutte selv.	Undersøke hvorfor pasientene avsluttet behandlingen for tidlig.	Pasientenes opplevelse av tap av kontroll, konflikt rundt funksjonen/betydningen til spiseforstyrrelsen, for mye fokus på symptomer.

Fassino et al.	2002	Prospektiv kohortstudie	AN-R=53 AN-B=46 Totalt: 99	Poliklinisk	Individuell psykologisk korttidspsykoterapi (IPBP)	31,3%	Avslutte selv.	Evaluere rollen til personlighetsdimensjoner (temperament og karakter) og psykopatologiske egenskaper (sinne og alimentary style) som faktorer assosiert med tidlig avslutning av psykoterapi.	Frafallsgruppen skåret signifikant høyere på trekk-sinne og uttrykk av sinne (STAXI) og signifikant lavere på personlighetsmålene selvstyrhet og samarbeidsevne og høyere på unngåelse av skade (TCI). De skåret også signifikant høyere på ønske om å være tynn og sosial usikkerhet (EDI-II).
Huas et al.	2011	Retrospektiv kohortstudie	AN=601	Døgn-behandling	Tverrfaglig behandlingsprogram med fokus på å nå en målvekt (BMI over 19)	53,3%	Ensidig beslutning om avslutning av pasient/team.	Identifisere prediktorer for tidlig avslutning av døgnbehandling for anoreksi.	Øker risiko for frafall: ha minst et barn, lav minimum BMI noensinne, lav ønsket BMI, høyere skåre paranoid tankegang (SCL-90), lavt utdanningsnivå, høyere matinntakskåre på (MROAS). Bruk av avføringsmidler var beskyttende mot dropout.
Jordan et al.	2014	Retrospektiv kohortstudie	AN=56	Poliklinisk	SSCM, CBT eller interpersonlig terapi	37,5%	Avslutte før 15 timer uansett årsak.	Å utforske en omfattende rekke tidligere identifiserte kliniske karakteristikk potensielt assosiert med frafall.	Lavere nivå av selvovertredelse (TCI) predikerte frafall.
Jordan et al.	2017	Retrospektiv kohortstudie	AN=56	Poliklinisk	SSCM, CBT eller interpersonlig terapi	37,5%	Avslutte før 15 timer uansett årsak.	Å undersøke om terapirelaterte faktorer (pasientvurdert behandlingstroverdighet og tidlig behandlingsallianse) og selvovertredelse predikerte frafall.	Lav behandlingstroverdighet, tidlig allianse (subskalaer) og selvovertredelse (TCI) predikerte fall.

Kahn & Pike	2001	Prospektiv kohortstudie	AN=81	Døgn-behandling	Tverrfaglig tilnærming med fokus på medisiner, psykoterapi og ernæring/vektoppgang	33,3%	Alle pasienter som skrev seg ut før de hadde nådd 90% av målvekt og vedlikeholdt den i minst 2 uker.	Å undersøke risikofaktorer assosiert med prematur avslutning av behandling for anoreksi.	Mer sannsynlig å ha undertypen AN-B i frafallsgruppen.
Lockwood et al.	2012	Prospektiv kohortstudie	AN=40	Poliklinisk	CBT for anoreksi (ikke CBT-E, men lignende)	15%	Alle pasienter som droppet ut før tiende time.	Undersøke hvorvidt det er spiserelaterte eller andre psykopatologiske egenskaper i begynnelsen av behandling som predikerer tidlig respons til CBT (over de første 10 timene).	Lavere nivå av angst i begynnelsen av terapi predikerte frafall.
Pham-Scottez et al.	2012	Prospektiv kohortstudie	AN=64	Døgn-behandling	Tverrfaglig behandlingsmetode via et spesialisert team	29,7%	Enhver utskrivelse før behandlingsprogrammet var planlagt å ta slutt, initiert av pasient eller behandler.	Identifisere personlighetsfaktorer som kan predikere frafall fra døgnbehandling av anoreksi.	Høyere alder, det å ha minst en personlighetsforstyrrelse og lav skåre på selvovertredelse (TCI) predikerte frafall.
Roux et al.	2016	Prospektiv kohortstudie	AN=97 over 18 år	Døgn-behandling	Tverrfaglig behandling ifølge franske retningslinjer for spiseforstyrrelser	42,3% av de over 18 år	Ikke nå mål-BMI, all ensidig beslutning om å avslutte for tidlig.	Identifisere prediktive faktorer for frafall fra døgnbehandling av AN.	Lavt utdanningsnivå, lav skåre på bekymring for vekt (EDE), lave depresjonsskåre økte sannsynlighet for frafall, lav BMI amplitude (forskjell mellom BMI ved innkomst og mål-BMI satt av teamet) var assosiert med høyere sannsynlighet for frafall.

Schnicker et al.	2013	Retrospektiv kohortstudie	AN=35	Poliklinisk	Manualbasert CBT	22,9%	Frafall fra oppstartet behandling og avslutte før behandlingsmål var oppnådd.	Finne frafallsrate og forskjeller mellom de som fullførte og falt fra behandling. Studerte behandlingseffekt for begge grupper.	Frafallsgruppen hadde høyere skåre på ønske om å være tynn (EDI-II) og lavere sannsynlighet for å være ansatt og være samboer.
Sly et al.	2013	Prospektiv kohortstudie	AN=90	Døgn-behandling	Ikke beskrevet tilstrekkelig	57,8%	Frafall som var ensidig bestemt av enten pasient eller behandlingsteam.	Om motivasjon, allianse og vektendring de første fire ukene hang sammen med frafall.	Frafallsgruppen hadde lavere BMI ved utskrivelse og vektoppgang, de rapporterte også om dårligere tidlig allianse med behandler.
Sly et al.	2014	Prospektiv kohortstudie	AN=90	Døgn-behandling	Følger NICE retningslinjer: bio-psyko-sosial rammeverk. En time i uken med psykiatisk sykepleier	57,8%	Pasient avslutter behandling eller behandlingsteamet skriver pasienten ut.	Sammenlignet kliniske indikatorer på gruppen som falt fra initiert av pasient med gruppen som falt fra initiert av behandlingsteam.	Gruppen som hadde avsluttet etter eget ønske var var signifikant eldre, hadde oftere mottatt tidligere behandling. Etter fire uker hadde de også lagt på seg raskere og rapporterte nedgang i allianse. Gruppen som ble avsluttet av behandler var lengre i behandling, hadde lagt på seg mer og hadde en høyere BMI ved utskrivelse.
Surgenor et al.	2004	Retrospektiv kohortstudie	AN=213	Døgn-behandling	Ikke beskrevet tilstrekkelig	20,2%	Pasienten avslutter behandlingen etter eget ønske.	Ser på om frafall kan identifiseres ved de rutinemessige dataene som innhentes ved innleggelse.	Lavere BMI ved inntak, binge/purge undertype og begrenset væskeinntak økte risiko for frafall.
Woodside et al.	2004	Prospektiv kohortstudie	AN=166	Blanding: starter som døgn, blir poliklinisk etterhvert	Intensiv gruppeterapi	51%	Utskrivelse før man oppnådde BMI på 20. Behandlingsteam kunne skrive pasientene ut ved mangel på progresjon eller regelbrudd.	Identifisere prediktorer for frafall.	Frafallsgruppen hadde større sannsynlighet for å ha AN-B, lavere begrensende matinntak og høyere bekymring over vekt (EDE), og rapporterte mer intens modningsfrykt (EDI).

Zeeck et al.	2005	Retrospektiv kohortstudie	AN=133	Døgn-behandling	Psykodynamisk tilnærming med individuelle timer og gruppetimer, kroppsorientert terapi, kunstterapi og symptomorientert behandling	31,6%	Ensidig beslutning av pasient eller behandlingsteam. Felles beslutning ble rapportert som å ha fullført.	Identifisere pasientkarakteristikker som skiller frafallsgruppen fra gruppen som fullførte.	Pasienter som hadde færre symptomer (SCL-90-R), hadde vært innlagt før og hadde komorbid depresjon fullførte terapi i større grad. Pasientene som droppet ut hadde en trend med høyere skåre på modningsfrykt (EDI-II).
--------------	------	---------------------------	--------	-----------------	--	-------	--	---	---

Notat: CBT= kognitiv atferdsterapi, SSCM=Specialist Supportive Clinical Management, AN-B=anoreksi bulimisk type, AN-R=anoreksi restriktiv type, EDQoL= Eating Disorder Quality of Life, CSA=seksuelt misbruk i barndom, IPBP=Individuell psykologisk korttidspsykoterapi, STAXI=State-Trait Anger Expression Inventory, TCI=Temperament and Character Inventory, EDI=Eating Disorder Inventory, SCL-90=Symptom Checklist-90, MROAS=Morgan Russell Outcome Assessment Schedule, NICE=National Institute for Health and Care Excellence, EDE=Eating Disorder Examination Questionnaire.

Appendiks D

Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy spiseforstyrrelser

Verktøy	Administrasjon	Om verktøyet	Studier denne er brukt i
Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med 20 flervalgsspørsmål som kartlegger hvor klar pasienten er for tilfriskning fra AN. Skjemaet ser ut til å ha god validitet og høy grad av interater reliabilitet og test-retest reliabilitet (Abd Elbaky et al., 2014).	Abd Elbaky et al., 2014 Sly et al., 2013 Sly et al., 2014
Body Shape Questionnaire (BSQ)	Selvrapporterings-skjema	Verktøyet brukes for å vurdere grad av misfornøydhet med kroppsfasong, og består 34 spørsmål. Rapportert tilstrekkelig samtidig og diskriminant validitet (Kahn & Pike, 2001).	Kahn & Pike, 2001
Eating Disorder Examination (EDE)	Standardisert intervju	Intervjuet er ment for å vurdere alvorlighetsgraden av den karakteristiske psykopatologien til spiseforstyrrelser. Studier støtter dens bruk, sensitivitet, reliabilitet og validitet, som gjør denne til gullstandard for å vurdere spiseforstyrrelser. Inkluderer målinger av vekt og høyde for å regne ut BMI (Abd Elbaky et al., 2014).	Abd Elbaky et al., 2014 Carter et al., 2006 Jordan et al., 2014 Woodside et al., 2004
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjemaet vurderer holdninger pasienten har til spiseforstyrrelsen innenfor de fire områdene tilbakeholdenhet, i tillegg til bekymringer omhandlende spising, fasong og vekt. Skjemaet måler også tilstedeværelsen og hyppigheten av spiseforstyrrelsestaterferd. Høy skåre indikerer høyere grad av spisepatologi (Lockwood et al., 2012).	Lockwood et al., 2012 Roux et al., 2016 Sly et al., 2013 Sly et al., 2014
The Eating Disorder Inventory (EDI)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjemaet har 64 spørsmål som vurderer psykologiske og atferdsmessige trekk vanlig hos mennesker med AN og bulimi. Skjemaet har åtte delskalaer: driv for å være tynn, bulimi, misfornøydhet med kroppen, ineffektivitet, perfektjonisme, interpersonlig mistillit, introspektiv bevissthet og modningsfrykt (Garner et al., 1983; Woodside et al., 2004).	Huas et al., 2011 Woodside et al., 2004

Eating Disorder Inventory-II (EDI-II)	Selvrapporterings-skjema	Oppdatert versjon av EDI. Spørreskjemaet evaluerer symptomer og psykopatologiske trekk vanlig ved spiseforstyrrelser. Består av 91 spørsmål delt inn i 11 delskalaer som danner en psykopatologisk profil som kan sammenlignes med normalbefolkningen (Fassino et al., 2002).	Bandini et al., 2006 Fassino et al., 2002 Jordan et al., 2014 Pham-Scottez et al., 2012 Schnicker et al., 2013 Surgenor et al., 2004 Zeeck et al., 2005
Eating Disorder Quality of Life (EDQoL)	Selvrapporterings-skjema	Det første standardiserte og validerte spørreskjema for å vurdere den selvopplevde livskvaliteten til mennesker med spiseforstyrrelser. Skjemaet inneholder 25 flervalgsspørsmål innenfor områdene psykologisk, fysisk og kognitiv livskvalitet, i tillegg til livskvalitet innenfor finansielle aspekter, jobb og skole (Abd Elbaky et al., 2014).	Abd Elbaky et al., 2014
Eating Attitude Test-26 (EAT-26)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med 26 spørsmål som vurderer holdninger og atferd assosiert med anoreksi. Har vist adekvat intern konsistens og test-retest reliabilitet, i tillegg til samtidig og diskriminativ validitet (Garner et al., 1982).	Bandini et al., 2006 Kahn & Pike, 2001 Surgenor et al., 2004
The Eating Attitude Test 40 (EAT-40)	Selvrapporterings-skjema	Skjema med 40 spørsmål som måler typiske holdninger og spiseatferd hos pasienter med AN (Rivas et al., 2013).	Huas et al., 2011 Pham-Scottez et al., 2012
Morgan Russell Outcome Assessment Schedule (MROAS)	Kliniker-administrert skala	Skalaen har 15 spørsmål som utforsker de fem dimensjonene matinntak, menstruasjonssyklus, psykiske tilstand, psykoseksuell tilstand og sosioøkonomisk status. Hver av disse dimensjonene kan gi en maksskåre på 12, som er den skåren normalutvalget får, desto lavere skåren er, desto sykere er pasienten (Huas et al., 2011).	Huas et al., 2011 Roux et al., 2016

Kartleggingsverktøy generell psykopatologi

Verktøy	Administrasjon	Om verktøyet	Studier denne er brukt i
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Strukturert intervju	Diagnostisk intervju for psykiatriske lidelser som gjerne brukes i spørreundersøkelser der kliniske vurderinger er lite praktisk gjennomførbart (Nelson, 1999).	Roux et al., 2016
Patient Version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R	Strukturert klinisk intervju	Intervju som skal fastslå tilstedeværelsen av både nåværende og tidligere stemningsleie, angst, ruslidelser og personlighetsforstyrrelser (Jordan et al., 2014).	Jordan et al., 2014
Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	Semistrukturert klinisk intervju	Gullstandarden når det kommer til semistrukturerte kliniske kartlegginger som brukes som en del av vurderingen for å gi kliniske psykiatriske diagnoser og personlighetsforstyrrelser i henhold til DSM-IV (Lobbestael et al., 2011).	Bandini et al., 2006
Structured Clinical Interview II for DSM-III-R (SCID)	Semistrukturert klinisk intervju	Semistrukturert klinisk intervju for å bidra til å fastsette psykiatriske diagnoser. Administreres av behandler og inneholder ni moduler i tillegg til introduksjonsdel. Syv av modulene representerer de ulike akse 1-klassifiseringene av diagnoser. Intervjuet omfatter nåværende og tidligere tilstedeværelse av diagnoser (Spitzer et al., 1992).	Jordan et al., 2014

Kartleggingsverktøy spesifikk psykopatologi

Verktøy	Administrasjon	Om verktøyet	Studier denne er brukt i
Beck Depression Inventory (BDI)	Selvrapporterings-skjema	Kartleggingsverktøy for depresjon hyppig brukt i ulike studier som omhandler psykopatologi og psykoterapi. 21 spørsmål som besvares på en skala fra 0-3 (Abd Elbaky et al., 2014).	Abd Elbaky et al., 2014 Huas et al., 2011 Kahn & Pike, 2001 Pham-Scottez et al., 2012 Schnicker et al., 2013 Surgenor et al., 2004 Woodside et al., 2004
Beck Depression Inventory II (BDI-II)	Selvrapporterings-skjema	Kartleggingsverktøy for depresjon med spørsmål om reflekterer de kognitive, affektive, somatiske og vegetative symptomer i depresjon (Smarr & Keefer, 2011).	Carter, et al., 2006
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	Strukturert intervju	Kartleggingsverktøy for alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer (Gibbons et al., 1993).	Jordan et al., 2014
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Selvrapporterings-skjema	Skjema som består av 14 spørsmål, og vurderer tilstedeværelse og grad av de mest vanlige symptomene for angst og depresjon (Roux et al., 2016).	Roux et al., 2016
Mini international neuropsychiatric interview (MINI)	Strukturert klinisk intervju	Kort diagnostisk strukturert intervju som utforsker 17 diagnoser i henhold til diagnostiske kriterier i DSM-III-R. Verktøyet er strukturert slik at intervju kan administreres av også andre enn behandlere (Lecrubier et al., 1997).	Pham-Scottez et al., 2012
Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP)	Semistruert klinisk intervju	Verktøy utviklet for å bidra til å diagnostisere personlighetsforstyrrelser etter diagnosekriteriene i DSM-IV (Pham-Scottez et al., 2012).	Bandini et al., 2006 Pham-Scottez et al., 2012
The Padua Inventory (PI)	Selvrapporterings-skjema	Selvrapporterings-skjema som måler tvangshandlinger og -tanker (Woodside et al., 2004).	Carter, et al., 2006 Woodside et al., 2004

Generelle kartleggingsverktøy

Verktøy	Administrasjon	Om verktøyet	Studier denne er brukt i
Brief Symptom Inventory (BSI)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema på 55 spørsmål som omfatter nåværende psykologiske symptom mønstre hos pasienten. De primære dimensjonene skjemaet tar for seg er somatisering, tvangspregget atferd, interpersonlig fungering, depressivt stemningsleie, fiendtlighet, fobisk angst, paranoia og psykotisisme (Lockwood et al., 2012). Global Severity Index (GSI) er et mål hentet ut fra BSI som gir en indikasjon på generell alvorlighetsgrad av symptomene (Carter, et al., 2006).	Carter, et al., 2006 Lockwood et al., 2012 Schnicker et al., 2013
Global Assessment of Functioning (GAF)	Selvrapportering Intervju/samtaler Komparent-opplysninger Medisinsk historikk	Globalt funksjonsmål satt av intervjuer basert på pasientens generelle fungering. Pasienten får en skåre mellom 1 og 90, der 1 representerer sykest og 90 ingen symptomer (Hall, 1995).	Jordan et al., 2014
Short Form-12 Health Status Questionnaire (SF-12)	Selvrapporterings-skjema	Validert spørreskjema som måler generell helse relatert livskvalitet gjennom ulike dimensjoner omhandlende helse og rollebegrensninger som konsekvens av fysisk og mental helse (Abd Elbaky et al., 2014).	Abd Elbaky et al., 2014
Social Adjustment Scale (WSAS)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjemaet vurderer sosial tilpasning på ulike livsområder, dette inkluderer blant annet sivilstand, familie, jobb, økonomi og fritid. Skjemaet har blitt brukt på en mengde populasjoner, og har veletablert reliabilitet og validitet (Abd Elbaky et al., 2014).	Abd Elbaky et al., 2014
Symptom Check List 90 /-R (SCL-90/-R)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med 90 spørsmål som fylles ut av pasienten. Brukes for å vurdere et vidt spekter av symptomer (Kahn & Pike, 2001).	Bandini et al., 2006 Huas et al., 2011 Kahn & Pike, 2001 Pham-Scottez et al., 2012 Zeeck et al., 2005
State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med 44 spørsmål som er ment for å måle sinne som emosjonell tilstand og personlighetstrekk. Særlig intensiteten i den emosjonelle tilstanden, samt tilbøyeligheten til personlighetstrekket måles (Fassino et al., 2002).	Fassino et al., 2002

The Family Assessment Measure (FAM)	Selvrapporterings-skjema	Selvrapporteringsinstrument som gir kvantitative mål på familiens styrker og utfordringer. Skjemaet er basert på familiefungering som prosessmodell som integrerer ulike tilnærminger til familierapi og forskning (Skinner et al., 1983).	Woodside et al., 2004
The Temperament and Character Inventory (TCI)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med 226 spørsmål som utforsker fire temperamentdimensjoner: spenningssøkende, ubehagsunnvikende, belønningsavhengig og utholdenhet. I tillegg utforsker skjemaet tre personlighetsdimensjoner: selvstyring, samarbeidsvilje, selvoverskridelse (Pham-Scottez et al., 2012).	Bandini et al., 2006 Fassino et al., 2002 Jordan et al., 2014 Jordan et al., 2017 Pham-Scottez et al., 2012
The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C)	Selvrapporterings-skjema	Måleinstrument designet for å måle opplevd stress knyttet til interpersonlige hendelser. Verktøyet består av seks delskalaer: selvsikkerhet, sosiabilitet, intimitet, underdanighet, ansvar og kontroll (Carter et al., 2006).	Bandini et al., 2006 Carter et al., 2006 Kahn & Pike, 2001 Zeeck et al., 2005
Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)	Selvrapporterings-skjema	Skjemaet er utviklet for å kartlegge positive selvevalueringer. Det inneholder 10 spørsmål besvart på en skala mellom sterkt uenig (1) og sterkt enig (4) (Supple et al., 2013).	Carter et al., 2006 Kahn & Pike, 2001 Surgenor et al., 2004 Woodside et al., 2004

Kartleggingsverktøy terapiprosess

Verktøy	Administrasjon	Om verktøyet	Studier denne er brukt i
MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med fem spørsmål for å måle opplevd tvang (Iversen et al., 2002).	Sly et al., 2013
Treatment credibility scale	Selvrapporterings-skjema	Skala som måler opplevd behandlingstroverdighet hos pasienten gjennom spørsmål om hvor logisk behandlingen oppleves, hvor aktuell den er for gjeldende problemer og hvor hjelpsom vedkommende tror den vil være (Morrison & Shapiro, 1987).	Jordan et al., 2017
Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale-revised (VTAS-R)	Observatør-utfylling	Observatørutfylt skala som gir en summert allianseskåre, der god terapeutisk allianse gir høy skåre. Består av de tre delskalaene terapeutbidrag, pasientbidrag og terapeut og pasient-interaksjon (Carter et al., 2015).	Jordan et al., 2017
Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS)	Observatør-utfylling	Observatørutfylt skala som måler karakteristikker ved pasient og terapeut og interaksjonen mellom dem, og hvorvidt dette har en sammenheng med utfallet i terapien. Åtte subskalaer: pasientdeltagelse, negative holdninger hos terapeut, pasientutforskning, pasientens psykiske stress, terapeutens varme og vennlighet, pasientens fiendtlighet, terapeututforskning og pasientens avhengighet (O'Malley et al., 1983).	Jordan et al., 2017
Working Alliance Inventory-Short form (WAI-S)	Selvrapporterings-skjema	Spørreskjema med 12 spørsmål som ble utviklet ut fra den lengre WAI på 36 spørsmål. WAI-S har vist gode psykometriske egenskaper og regnes som et valid, robust, velbrukt reliabelt verktøy (Sly et al., 2014).	Sly et al., 2013 Sly et al., 2014

Appendiks E

Signifikante Funn

Kategori	Måleverktøy	Variabel	Sign. i antall	Ikke sign. i antall	Ikke inkl. i antall	Signifikant i studier	Ikke signifikant i studier
Demografi		Lav utdanning	2	9	7	Huas et al. (2011) Roux et al. (2016)	Abd Elbaky et al. (2014) Fassino et al. (2002) Jordan et al. (2014) Kahn & Pike (2001) Pham-Scottez et al. (2012) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004) Zeck et al. (2005)
		Å minst ett barn	1	0	17	Huas et al. (2011)	
		Alder	1	10	7	Pham-Scottez et al. (2012)	Abd Elbaky et al. (2014) Fassino et al. (2002) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Kahn & Pike (2001) Roux et al. (2016) Schnicker et al. (2013) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004) Zeck et al. (2005)
		Å være ansatt	1	10	7	Schnicker et al. (2013)	Abd Elbaky et al. (2014) Fassino et al. (2002) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Kahn & Pike (2001) Pham-Scottez et al. (2012) Roux et al. (2016) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004) Zeck et al. (2005)

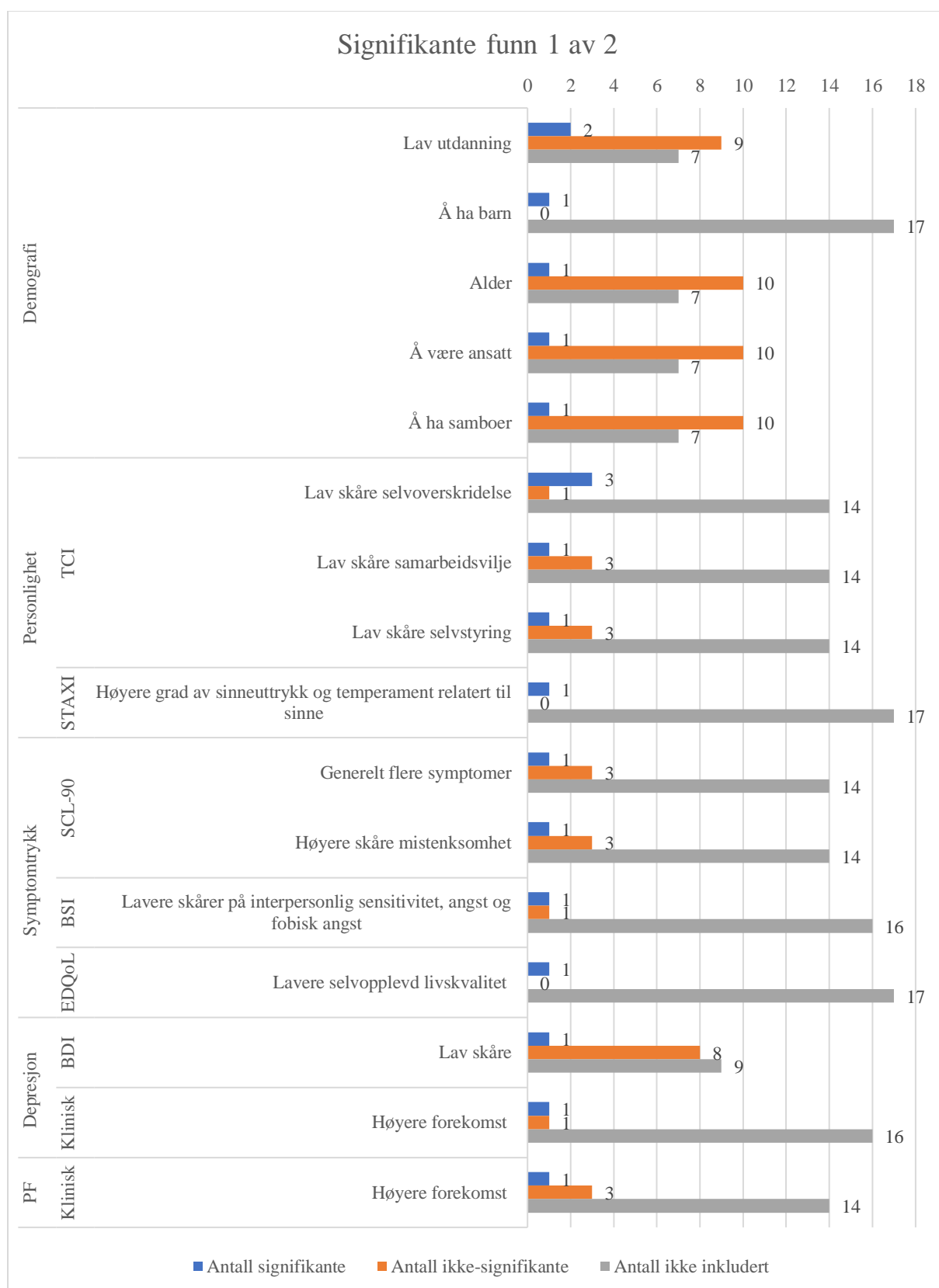
		Å ha samboer	1	10	7	Schnicker et al. (2013)	Abd Elbaky et al. (2014) Fassino et al. (2002) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Kahn & Pike (2001) Pham-Scottez et al. (2012) Roux et al. (2016) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004) Zeeck et al. (2005)
Personlighet	TCI	Lav skåre selvoverskridelse	3	1	14	Jordan et al. (2014) Jordan et al. (2017) Pham-Scottez et al. (2012)	Fassino et al. (2002)
		Lav skåre samarbeidsvilje	1	3	14	Fassino et al. (2002)	Jordan et al. (2014) Jordan et al. (2017) Pham-Scottez et al. (2012)
		Lav skåre selvstyring	1	3	14	Fassino et al. (2002)	Jordan et al. (2014) Jordan et al. (2017) Pham-Scottez et al. (2012)
	STAXI	Høyere grad av sinneuttrykk og temperament relatert til sinne	1	0	17	Fassino et al. (2002)	
Symptomtrykk	SCL-90	Generelt flere symptomer	1	3	14	Zeeck et al. (2005)	Huas et al. (2011) Kahn & Pike (2001) Pham-Scottez et al. (2012)
		Høyere skåre mistenksomhet	1	3	14	Huas et al. (2011)	Kahn & Pike (2001) Pham-Scottez et al. (2012) Zeeck et al. (2005)
	BSI	Lavere skårer på interpersonlig sensitivitet, angst og fobisk angst	1	1	16	Lockwood et al. (2012)	Schnicker et al. (2013)
	EDQoL	Lavere selvopplevd livskvalitet	1	0	17	Abd Elbaky et al., 2014	
Depresjon	BDI	Lav skåre	1	8	9	Roux et al. (2016)	Abd Elbaky et al. (2014) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Kahn & Pike (2001) Pham-Scottez et al. (2012) Schnicker et al. (2013) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004)

	Klinisk	Høyere forekomst	1	1	16	Zeeck et al. (2005)	Jordan et al. (2014)
Personlighets- forstyrrelse	Klinisk	Høyere forekomst	1	3	14	Pham-Scottez et al. (2012)	Schnicker et al. (2013) Surgenor et al. (2004) Zeeck et al. (2005)
Spiseforstyrrelse- karakteristikker	BMI	BMI ved innleggelse	1	12	5	Surgenor et al. (2004)	Abd Elbaky et al. (2014) Fassino et al. (2002) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Kahn & Pike (2001) Lockwood et al. (2012) Pham-Scottez et al. (2012) Roux et al. (2016) Schnicker et al. (2013) Sly et al. (2013) Woodside et al. (2004) Zeeck et al. (2005).
		Laveste BMI noensinne	1	1	16	Huas et al. (2011)	Kahn og Pike (2001)
		Ønske om lav BMI	1	0	17	Huas et al. (2011)	
	Subtype	Subtypen AN-B	5	7	6	Abd Elbaky et al. (2014) Bandini et al. (2006) Kahn & Pike (2001) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004)	Fassino et al. (2002) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Lockwood et al. (2012) Pham-Scottez et al. (2012) Roux et al. (2016) Zeeck et al. (2005)
	EDE	Høye skårer bekymring omhandlende vekt	1	4	13	Woodside et al. (2004)	Abd Elbaky et al. (2014) Jordan et al. (2014) Lockwood et al. (2012) Roux et al. (2016)
		Lave skårer bekymring omhandlende vekt	1	4	13	Roux et al. (2016)	Abd Elbaky et al. (2014) Jordan et al. (2014) Lockwood et al. (2012) Woodside et al. (2004)
		Lave skårer på begrensende spisemønster	1	4	13	Woodside et al. (2004)	Abd Elbaky et al. (2014) Jordan et al. (2014) Lockwood et al. (2012) Roux et al. (2016)

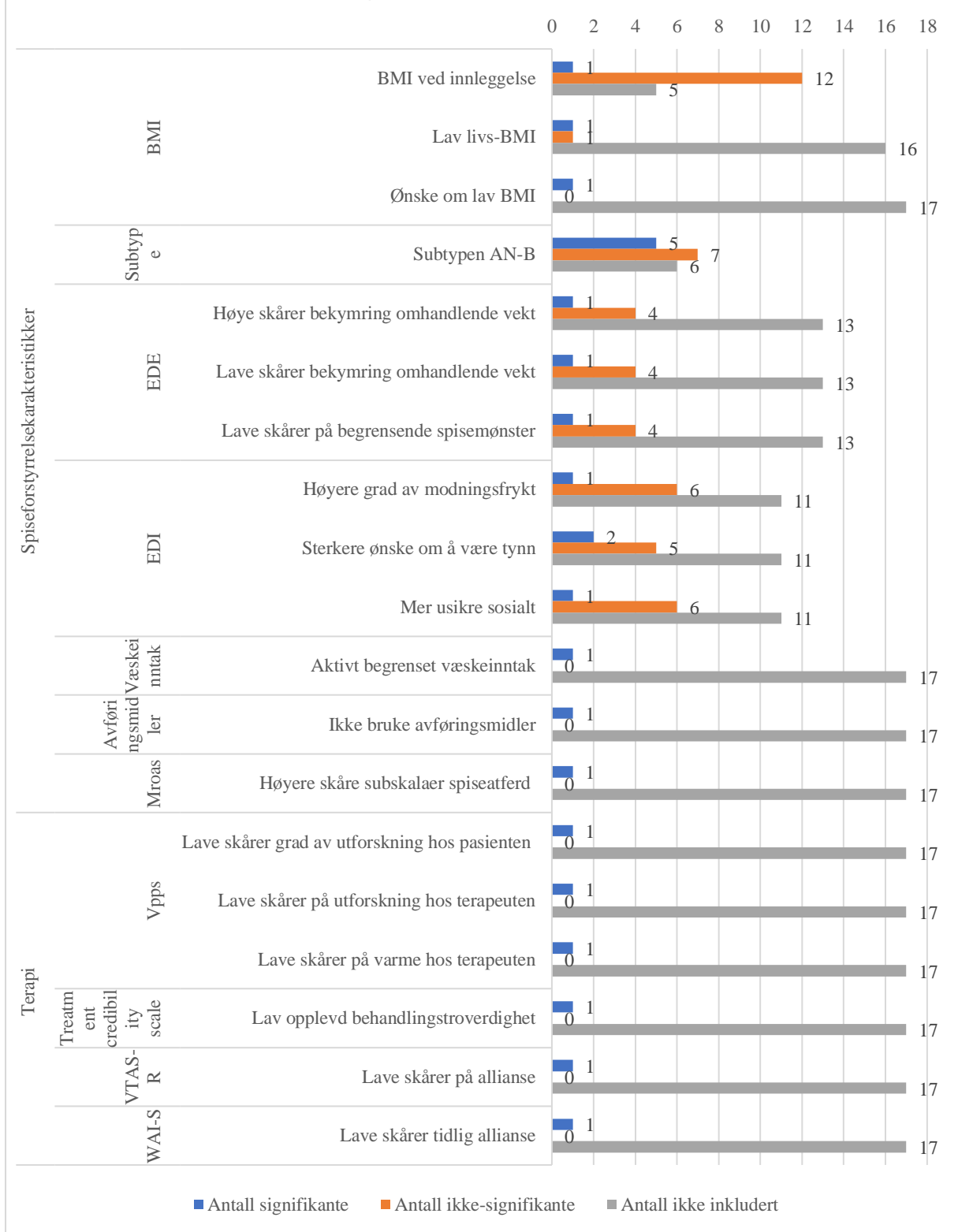
	EDI	Høyere grad av modningsfrykt	1	6	11	Woodside et al. (2004)	Fassino et al. (2002) Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Pham-Scottez et al. (2012) Schnicker et al. (2013) Surgenor et al. (2004)
		Sterkere ønske om å være tynn	2	5	11	Fassino et al. (2002) Schnicker et al. (2013)	Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Pham-Scottez et al. (2012) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004)
		Mer usikre sosialt	1	6	11	Fassino et al. (2002)	Huas et al. (2011) Jordan et al. (2014) Pham-Scottez et al. (2012) Schnicker et al. (2013) Surgenor et al. (2004) Woodside et al. (2004)
	Væskeinntak	Aktivt begrenset væskeinntak	1	0	17	Surgenor et al. (2004)	
	Avføringsmidler	Ikke bruke avføringsmidler	1	0	17	Huas et al. (2011)	
	Mroas	Høyere skåre subskalaer spiseatferd	1	0	17	Huas et al. (2011)	
Terapi	Vpps	Lave skårer grad av utforskning hos pasienten	1	0	17	Jordan et al. (2017)	
		Lave skårer på utforskning hos terapeuten	1	0	17	Jordan et al. (2017)	
		Lave skårer på varme hos terapeuten	1	0	17	Jordan et al. (2017)	
	Treatment credibility scale	Lav opplevd behandlingstroverdighet	1	0	17	Jordan et al. (2017)	
	VTAS-R	Lave skårer på allianse	1	0	17	Jordan et al. (2017)	
	WAI-S	Lave skårer tidlig allianse	1	0	17	Sly et al. (2013)	

Appendiks F

Signifikante Funn Fremstilt i Graf



Signifikante funn 2 av 2



Notat: PF= Personlighetsforstyrrelse

Appendiks G

Kvalitetsindikatorer

Artikkel	Seleksjon - Setting	Seleksjon - Inklusjonskriterier	Gruppe- størrelser	Statistisk styrke	Bakenforliggende faktorer	Faktorer undersøkt i gruppe- sammenligning	Prediktorer i regresjons- analyse
Abd Elbaky et al., 2014	Alle 63 deltakerne i en allerede gjennomført RCT ved universiteter i Australia og England.	<ul style="list-style-type: none"> - Bare kvinner ble inkludert - 18 år og oppover - Diagnostisert med AN i henhold til DSM-IV, med unntak av amenorrhea-kriteriet - Hadde vært syke med AN i minst 7 år - Ingen samtidig manisk eller psykotisk episode - Ingen samtidig ruslidelse - Ingen samtidig medisinsk eller nevrologisk lidelse (med unntak av lidelser relatert til ernæring - Være villige til å delta på studien med dens rammer. 	Frafall: n=15/ Fullført: n=48	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble justert.</p>	<p>Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer.</p> <p>Har definerte hypoteser.</p>	Valgt ut 22 faktorer i det allerede innsamlede datasettet de tenker er relevante for frafall.	5 prediktorer i regresjons-analyse
Bandini et al., 2006	Konsekutiv inklusjon av 31 deltakere som har blitt henvist til, og vært i behandling på forfatterens egen klinikk i Italia.	- Diagnostisert med en spiseforstyrrelse etter DSM-IV	Frafall: n=9/ Fullført: n=22	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble ikke justert.</p>	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer.	Utforsket 18 i gruppe-sammenligning	15 prediktorer i regresjons-analyse
Carter et al., 2006	Konsekutiv inklusjon av 77 deltakere innlagt på en døgnpost i Canada fikk tilbud om å delta, 84% takket ja.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV - Bare kvinner var inkludert 	Frafall n=28/ Fullført n=49	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble ikke justert.</p>	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer.	6 faktorer i gruppe-sammenligning	2 prediktorer i regresjons-analyse

Eivors et al., 2003	28 pasienter ved lokale enheter ble kontaktet, syv ble gjennomført intervjuer med.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV, eller "delvis" AN der eksempelvis et kriterie manglet - Ha avsluttet terapeutisk kontakt de to siste årene før de deltok i studien 	Syv deltakere ble intervjuet, en skrev bare narrativ.	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
Fassino et al., 2002	99 av 206 pasienter med AN som gikk i lokal poliklinisk behandling i Italia ble inkludert.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV - Bare kvinner ble inkludert - Alder mellom 18 og 30 år - Ingen komorbide psykiatriske lidelser - Ikke så syke at det var nødvendig med døgnterapi 	Frafall n=31/ Fullført n=68	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har ikke definerte hypoteser.	38 faktorer i gruppesammenligning	Ikke gjennomført regresjonsanalyse
Huas et al., 2011	Alle 601 pasienter fra en spesialisert døgnterapi i Frankrike.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV - Bare kvinner ble inkludert - Førstegangsinnlagte - Kunne lese og skrive fransk 	Frafall n=320/ Fullført n=280	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer for AN-subtype som konfunderende faktor. Har ikke definerte hypoteser.	31 faktorer basert på data allerede samlet inn fra utvalget som er tidligere assosiert med frafall.	24 prediktorer, 13 gjenstår i endelig modell.
Jordan et al., 2014	Alle 56 pasienter fra den opprinnelige studien ble inkludert.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV, trengte ikke nødvendigvis fylle alle kriterier - Bare kvinner ble inkludert - Alder 17-40 år - Ikke BMI under 14,5 - Ikke samtidig alvorlig depresjon eller høy selvmordsfare - Ingen samtidig ruslidelse - Ikke nedsatt kognitiv funksjon - Ikke komorbid bipolar lidelse eller schizofreni - Ikke samtidig alvorlig fysisk sykdom 	Frafall n=21/ Fullført n=35	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har ikke definerte hypoteser.	37 faktorer basert på data allerede samlet inn fra utvalget.	2 prediktorer i regresjon.

		<ul style="list-style-type: none"> - Ikke alvorlige medisinske komplikasjoner av AN - Ikke vært syk med AN i mer enn fem år, ikke gjennomgått to eller flere runder terapi uten respons 					
Jordan et al., 2017	Alle 56 pasienter fra den opprinnelige studien ble inkludert.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV, trengte ikke nødvendigvis fylle alle kriterier - Bare kvinner ble inkludert - Alder 17-40 år - Ikke BMI under 14,5 - Ikke kronisk AN - Ikke samtidig alvorlig depresjon - Ingen samtidig ruslidelse - Ikke nedsatt kognitiv funksjon - Ikke komorbid bipolar lidelse eller schizofreni - Ikke samtidig alvorlig fysisk sykdom - Ikke alvorlige medisinske komplikasjoner av AN 	Frafall n=21/ Fullført n=35	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har definerte hypoteser.	11 faktorer basert på data allerede samlet inn fra utvalget.	3 prediktorer i regresjon.
Kahn & Pike, 2001	81 pasienter fra en døgnpost i USA.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV - Må veie mindre enn 80% av ideell kroppsvekt - Ikke komorbid ruslidelse de siste 6 månedene - Ikke noen gang fylt kriteriene for bipolar lidelse eller psykoselidelse 	Frafall n=27/ Fullført n=54	Har gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har ikke definerte hypoteser.	13 faktorer i gruppesammenligning.	Ikke gjennomført regresjonsanalyse.
Lockwood et al., 2012	40 pasienter med AN henvist til en poliklinikk i England.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter ICD-10 - Være medisinsk forsvarlig å behandle poliklinisk 	Frafall n=6/ Fullført n=34	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har definerte hypoteser.	15 faktorer i gruppesammenligning.	Ikke gjennomført regresjonsanalyse.

Pham- Scottet et al., 2012	64 pasienter med anoreksi innlagt ved en spesialisert spiseforstyrrelsepost i Frankrike.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV - Bare kvinner ble inkludert - Alder over 18 år - Måtte kunne fransk 	Frafall n=19/ Fullført n=45	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har definerte hypoteser.	34 faktorer i gruppe-sammenligning.	4 prediktorer i regresjons-analyse.
Roux et al., 2016	Totalt 180 av 242 pasienter fra den opprinnelige studien på ulike døgnposter i Frankrike ble inkludert. 97 pasienter var over 18.	<ul style="list-style-type: none"> - Være innlagt for AN - Bare kvinner ble inkludert - Alder over 13 år - Ha BMI lavere enn 15 ved innkomst og/eller plutselig og rask vektneidgang - Være tilknyttet det franske helsevelferdssystemet - Måtte kunne tilstrekkelig fransk - Ikke komorbid patologi som kunne være konfunderende (slik som diabetes) - Det måtte være gjort en full psykopatologisk vurdering i forkant - Måtte ha satt et vekt mål på forhånd 	Over 18: Frafall n=41/ Fullført n=56 Generelt: Frafall n=58/ Fullført n=122	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har ikke definerte hypoteser.	14 faktorer i gruppe-sammenligning.	4 prediktorer i regresjons-analyse.
Schnicker et al., 2013	35 pasienter som mottok poliklinisk behandling ved en universitetsklinikk i Tyskland.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostisert med AN etter DSM-IV, der ett kriterie kunne mangle - Bare kvinner ble inkludert - Søkt terapi selv eller blitt henvist - Måtte gjennomføre minst 6 terapitimer 	Frafall n=8/ Fullført n=27	Har ikke gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har ikke definerte hypoteser.	17 faktorer i gruppe-sammenligning.	Bare trans-diagnostiske regresjoner.
Sly et al., 2013	90 av 135 pasienter med AN innlagt ved en av fire ulike døgnposter Storbritannia deltok i studien.	<ul style="list-style-type: none"> - Ha en bekreftet AN-diagnose - Alder over 18 år - BMI under 17,5 ved innleggelse - Være fysisk og psykisk i stand til å gjennomføre studiens kartlegginger - Ikke være innlagt på tvang 	Frafall n=52/ Fullført n=38	Har gjennomført poweranalyse. P-verdi ble ikke justert.	Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer. Har ikke definerte hypoteser.	8 faktorer i gruppe-sammenligning ved tre ulike tidspunkt.	3 regresjons-analyser, med 3 prediktorer i hver.

Sly et al., 2014	90 av 135 pasienter med AN innlagt ved en av fire ulike døgnposter i Storbritannia deltok i studien.	<ul style="list-style-type: none"> - Ha en bekreftet AN-diagnose etter DSM-IV - Alder over 18 år - BMI under 17,5 ved innleggelse - Være fysisk og psykisk i stand til å gjennomføre studiens kartlegginger - Ikke være innlagt på tvang 	Frafall n=52/ Fullført n=38	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble ikke justert.</p>	<p>Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer.</p> <p>Har ikke definerte hypoteser.</p>	7 faktorer i gruppesammenligning.	Ikke gjennomført regresjonsanalyse.
Surgenor et al., 2004	213 deltagere lagt inn på ulike døgnposter i Australia og New Zealand.	<ul style="list-style-type: none"> - Ha en bekreftet AN-diagnose etter DSM-IV - Frafallsstatus måtte være registrert 	Frafall n=43/ Fullført n=170	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble ikke justert.</p>	<p>Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer.</p> <p>Har ikke definerte hypoteser.</p>	42 faktorer i gruppesammenligning.	3 prediktorvariabler.
Woodside et al., 2004	166 pasienter fra en døgnpost i Canada.	<ul style="list-style-type: none"> - Ha en bekreftet AN-diagnose etter DSM-IV - Førstegangsinnleggelse 	Frafall n=85/ Fullført n=81	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble ikke justert.</p>	<p>Kontrollerer for AN subtype som konfunderende faktor.</p> <p>Har ikke definerte hypoteser.</p>	<p>27 faktorer i gruppesammenligning.</p> <p>Post-hoc: 2 faktorer i gruppesammenligning.</p>	5 prediktorvariabler.
Zeeck et al., 2005	133 pasienter henvist til ulike døgntilbud i en by i Tyskland.	<ul style="list-style-type: none"> - Ha en bekreftet AN-diagnose etter DSM-IV - Inkluderte bare pasientenes første innleggelse for dem som hadde mer enn en 	Frafall n= 42/ Fullført n= 91	<p>Har ikke gjennomført poweranalyse.</p> <p>P-verdi ble ikke justert.</p>	<p>Kontrollerer ikke for konfunderende faktorer.</p> <p>Har ikke definerte hypoteser.</p>	45 faktorer tidligere assosiert med frafall.	5 ulike prediktorvariabler. 3 av disse benyttet i to ulike analyser, 2 av disse benyttet i en analyse.