

Notat vedr. Mandometermetoden

Psykiatri- og socialledelsen har bedt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) om et fagligt notat vedr. Mandometermetoden.

Behandlingen

Mandometermetoden (MM) er udviklet i Stockholm af blandt andet Cecilia Bergh, læge, lektor, ph.d., og Per Södersten, professor, ph.d., begge ansat ved Section of Applied Neuroendocrinology, Karolinska Institut, Sverige. Begge er tilknyttet Mandometer klinikken, Huddinge. Ifølge deres egne referencer (publikationer samt www.mando.se) består behandlingen af overvejende 4 elementer:

- a) spisetræning vha. et mandometer,
- b) varmebehandling,
- c) aktivitetsbehandling og
- d) social træning.

Der udarbejdes kostplan af diætist, læge og seniorbehandler. Der udvikles behandlingsplan med kortsigtede og langsigtede mål samt forventet vægtudvikling. Derudover dagplanlægning af søvn, hvile og fysisk aktivitet. Man anbefaler patienter at spise varieret og afholde sig fra for vegetarisk kost. Behandlingsmål bestemmes i fællesskab mellem patient og behandler, og patienten vejes hver uge, men informeres ikke om sin vægt. Hver 6. uge evalueres patientens spiseadfærd, psykologiske symptomer og livskvalitet. Adfærdsterapeutiske metoder er de foretrukne inden for MM (Bergh et al., 2002). Behandlingen kan ske såvel under indlæggelse som ambulant. I de beskrevne studier er et gennemsnit for indlæggelsesvarighed for alle patientgrupper 1,5 måned. Behandlingsforløbet for patienterne er herefter i ambulant regi.

- ad a) Mandometeret er en avanceret vægt, der er koblet til en lille computer. Via den får pt. feedback om sit spisetempo og kan indtaste sult- og mæthedsfornemmelse, som sammenlignes med normmateriale fra raske kontroller. Mandometeret bruges én gang daglig i forbindelse med enten frokosten eller aftensmaden. Formålet er at lære patienten at spise normalt og genoprette sult/mæthedsfornemmelser.
- ad b) Varmebehandling handler om at opholde sig i ro i et ekstra varmt rum (evt. brug af varmeveste) 1 time efter hvert måltid. Dette har til hensigt at få pt. til at føle sig bedre tilpas og afslappet samt mindske hyperaktivitet, angst og kompenserende adfærd. Varmebehandlingen bygger på en antagelse om at patienterne lider af hypothermia (Bergh et al., 2002).



Dato: 3. november 2015

Kontaktperson:

Per Hove Thomsen

Tlf.: +45 7847 3161

per.hove.thomsen@ps.rm.dk

dk

Side 1 af 8

- ad c) Aktivitetsbehandlingen går ud på, at alle undervægtige patienter placeres i en kørestol, alternativt får lov at gå stille omkring i sengeafdelingen. Begrænsningen af fysisk aktivitet ophæves gradvist igennem behandlingen (Bergh et al., 2002).
- ad d) Social træning: Ifølge udviklerne af mandometermetoden har anoreksi ikke en psykopatologisk grund men er alene en lidelse, der er bundet i reduceret fødeindtagelse og øget fysisk aktivitet. Følgelig mener de også, at de psykologiske symptomer ved anoreksi alene skyldes sulttilstanden (Bergh & Södersten, 1996). De arbejder via motivations samtaler mod at give patienten sunde livsmål, emotionel støtte og et mere relevant belønningssystem (www.mando.se).

Hvordan behandlingen foregår i ambulant regi fremgår ikke tydeligt, ud over at patienter over tid går fra 5 ugentlige konsultationer (dvs. dagligt) til 1 gang hver anden uge. Den gennemsnitlige behandlingsvarighed i studierne er 12,5 måned. Behandlingen gives til patienter med anoreksi, bulimi og atypiske spiseforstyrrelser (EDNOS). Prisen for en behandling blev i 1998 anslået til £ 65.000 (Bergh & Södersten, 1998). MM-gruppen har ikke patienter med spiseforstyrrelse, som kræver tvangsbehandling, idet tvangsbehandling i Sverige i lighed med i Danmark skal foregå i offentligt regi under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, og ikke er tilladt i et privat regi som Mandometerklinikkerne.

Det bør bemærkes, at MM og dens resultater har været udsat for nogen kritik (se bl.a. Schmidt (2003) og <http://www.scienceofeds.org/2013/12/30/the-finest-quality-snake-oil-mandometer-treatment-for-eating-disorders-part-ii/>).

Kritikken går bl.a. på

- at metoderne, de bruger til at opgøre deres resultater med, ikke giver den nødvendige forskningsmetodologiske gennemsigthed,
- at behandlingen ikke er sammenlignet under randomiserede forhold med tilstrækkelig mange patienter og en tilstrækkelig homogen gruppe,
- at beskrivelsen af behandlingen og undersøgelserne ikke gør det muligt at bedømme mandometerets egentlige selvstændige effekt,
- at grundlagt for varmebehandlingen og antagelsen om hypothermia ikke er tilstrækkelig fagligt underbygget, og
- at beregningerne af prisen for den samlede behandling – sammenlignet med andre behandlinger – ikke er ordentligt underbygget.

Resultater

Ophavsmaendene har præsenteret deres resultater i 2 publikationer (Bergh et al., 2002 og Bergh et al., 2013). Derudover har en neutral forskergruppe testet metoden (van Elburg et al., 2012).

I 2002-artiklen beskrives et randomiseret kontrolleret studie, der inkluderer 19 AN-ptt. og 13 BN-ptt. (alder 10-54 år, mean 16 år for AN og 19 år for BN, sygdomsvarighed 0-21 år). Halvdelen blev behandlet med MM og sammenlignes med en ventelistegruppe, der ikke får behandling de første 7 måneder (n=16 incl. 4 dropouts i kontrolgruppen), 5 af patienterne i gruppen, som fik MM-behandling, var indlagt, resten blev ambulant behandlet. Opfølgning var 14 måneder (5-27) for behandlede patienter og 22 måneder for kontrolgruppen (som startede behandling 17 (range: 7-22) måneder efter baseline). Årsagen til de forskellige opfølgningstidspunkter for og i de to grupper er uklar, ligesom det er uklart hvorfor kontrolgruppen ikke bedres på trods af at de ender med at få behandling i hvad der ser ud til at være gennemsnitlig 5 måneder (22 måneder til opfølgning minus 17 måneder til behandlingsstart). 49 % i patientgruppen var i remission efter 11,8 måneder, 14 % droppede ud af behandlingen kun delvist bedret, og estimeret tid til remission var 14,7 måneder (Bergh et al., 2002).

I 2013-publikationen opgør Bergh-gruppen deres resultater for alle deres patienter (i Sverige, Australien, Holland og USA) i perioden 1993-2011 (N=1.428: 571 med anoreksi, 246 med bulimi og 611 EDNOS). 251 patienter blev behandlet under indlæggelse. De opgiver en estimeret remissionsrate (defineret som ikke at opfylde kriterierne for en spiseforstyrrelsesdiagnose) på 75 % med en median tid til remission på 12,5 måned. Det reelle antal patienter der opnåede remission var 737/1.428 svarende til 51,6 %, 124 havde dårligt outcome og 567 (40 %) blev

trukket ud af studiet af ukendte grunde og beskrives ikke yderligere. Omkring 80 % af de 737 i remission kom til efterfølgende opfølgning. Af disse 80 % fik ca. 10 % tilbagefald (det præcise antal er ikke opgivet) efter en median opfølgningstid på 24 måneder efter remission (Bergh et al., 2013).

Van Elburg et al. (2012) sammenligner MM (n=24) med treatment as usual (TAU) (n=45). De inkluderede unge med anoreksi og atypisk anoreksi i regi af daghospital og efterfølgende ambulans behandling (med indlæggelse om nødvendigt). Studiet var ikke randomiseret da behandlingstype var styret bl.a. af patienternes bopæl. De to grupper var sammenlignelige ved baseline. 63 % i MM og 85 % i TAU nåede normalvægt efter gennemsnitlig 10 måneders behandling. Efter 1 år var 21 % i MM og 36 % i TAU normaliseret fysiologisk (normal BMI og menstruation), mens tallene var 29 % og 41 % efter 2 år. 75 % i MM og 71 % i TAU blev vurderet til at have et godt outcome (målt vha. Morgan-Russell Outcome Assessment schedule) efter 1 år mens resultaterne var 59 % og 71 % efter 2 år. 33 % MM og 9 % TAU oplevede tilbagefald fra godt til medium outcome. Flere i MM end TAU opnåede score under den kliniske grænse for angst, obsession og depression gennemsnitligt 10 måneder efter start men ikke ved opfølgning 2 år efter start.

Som det fremgår, er mandometeret kun et enkelt element af den samlede behandling, og det er på baggrund af de ovenstående publikationer ikke muligt at sige noget om det er det virksomme element i behandlingen, eller i hvilken grad det specifikt bidrager til bedringsprocessen. Andre behandlingselementer som fremhæves er: arbejde med kompenserende adfærd, dæmpe angstsymptomer samt øge selvtillid, samme behandler, individuel behandlingsplan med kortsigtede og langsigtede mål. Disse er alle naturlige elementer i god klinisk håndtering i al spiseforstyrrelsesbehandling.

Sammenligning med behandlingen i Region Midtjylland

Behandlingen på Center for Spiseforstyrrelser (CfS), BUC, følger de nationale og internationale retningslinjer for god klinisk håndtering af spiseforstyrrelser som netop beskrevet ([Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje](#)). Derudover følger vi de nationale intentioner om god klinisk praksis og arbejder med udgangspunkt i LEON-princippet samt med inddragelse af netværket generelt og pårørende specifikt.

Til unge arbejdes der med udgangspunkt i familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling (FBT) (Lock & le Grange, 2013), som er den anbefalede og bedst dokumenteret behandling (Berkman et al., 2006, NICE, 2004), og til voksne med bulimi arbejdes der med udgangspunkt i kognitivt adfærdsterapeutiske metoder, som ligeledes er best practise (ibid). Til voksne med anoreksi arbejdes der tværfagligt med klinisk håndtering af spiseforstyrrelsessymptomer, forskellige psykoterapeutiske elementer tilpasset den enkeltes specifikke og grundlæggende vanskeligheder samt de fastholdende psykologiske mekanismer (ibid). CfS har igennem årene sørget for at medarbejdere trænes i de internationalt bedst dokumenterede spiseforstyrrelsesbehandlinger (family based treatment of anorexia nervosa (FBT) og specialised supportive care management of anorexia nervosa (SSCM), fra Australien) og behandlergruppen er uddannet inden for en bred vifte af relevante uddannelser (kognitive, familiebaserede, psykodynamiske m.m.). Samtidig har vi med udgangspunkt i evaluering og testning af egen praksis løbende udviklet forskellige behandlingsmetoder (herunder både individuelle og gruppebaserede behandlinger samt multifamiliebehandling), der synes både effektive og passer til rammerne for behandling i Danmark. Behandlingen er beskrevet og dokumenteret i flere publikationer (se CfS's publikationslisten nr. 1, 6, 7, 10, 12, 15, 16, 17, 22).

Sammenlignet med den eksisterende behandling ved CfS er MM forskellig på flere områder. Mest afgørende er selve mandometeret, som bruges til ét måltid dagligt, varmebehandlingen og så den grundlæggende forståelse af, hvad en spiseforstyrrelse er. Hvor MM ser årsagen i sulttilstanden, ser CfS, i overensstemmelse med den generelle internationale forskning om spiseforstyrrelse, årsagerne i et multifaktoriel og udviklingspsykopatologisk perspektiv. Selve mandometerets feedback til patienten er relevant. På CfS gives denne feedback sammen med opmuntring, afledning m.m. af miljøpersonalet i dag- og døgnbehandling under og lige efter de enkelte måltider, og pårørende støttes og vejledes i at give den hjemme i ambulans regi. Der-

udover støttes patienten i at udvikle andre mere konstruktive coping-strategier under måltidet og helt generelt. Således er den første del af behandlingen meget fokuseret på at støtte patienten og dennes pårørende i at bekæmpe spiseforstyrrelsessymptomerne, men den sidste del har til hensigt at støtte patienten i at udvikle hensigtsmæssige strategier til at håndtere livets udfordringer og dermed mindske risikoen for tilbagefald.

Patientgrundlaget ved CfS er mht. alder, køn og diagnoser sammenligneligt med gruppen fra MM-klinikken. Dog har CfS højt specialiseret funktion og ansvaret for behandlingen af de allerdårligste patienter i Danmark, herunder de der har brug for tvangsbehandling under døgnindlæggelse, og de der ikke er interesseret i behandling eller i at blive raske. Dette kan have betydning for sammenligningsgrundlaget.

Behandlingsresultater fra CfS er overordnet sammenlignelige med MM. I en 2,5 års opfølgning af både unge og voksne patienter med enten anoreksi og bulimi opnåede 72 % et godt outcome (opfylder ikke kriterierne for en spiseforstyrrelse) med en median tid til remission på 13 måneder. En mindre publikation af kun unge i multifamiliebehandling viste 65 % i remission efter 8-11 måneders behandling (Hollesen et al., 2013). De seneste 3 år har CfS udviklet en behandling der kombinerer traditionel individuel spiseforstyrrelsesbehandling, elementer fra multifamiliebehandling og behandlingselementer fra dag- og døgnafsnit (Clausen et al., 2015). En umiddelbar effektanalyse af denne behandling viser lovende resultater med vægtøgningssrater for voksne på 3,8 kg efter 20 uger og 8,7 kg ved 12 måneder og for unge 4,5 kg ved 20 uger og 8,7 ved 2 uger. For unge er disse resultater sammenlignelige med familiebaseret terapi, mens resultater for voksne er bedre end hvad der er dokumenteret internationalt i forbindelse med to forskellige terapier (2,49 kg efter ½ år og 3,55 kg efter 1 år (Schmidt et al., 2012)).

Ydelsesmængden (antal ambulante besøg og varigheden heraf) i MM er ikke beskrevet i eksisterende publikationer og bør afdækkes. En daglig kontakt med alle patienter i den indledende fase, som beskrives ved MM er ikke i overensstemmelse med LEON-princippet og synes ikke realistisk og hverken behandlingsmæssigt eller økonomisk rationelt. Information om det reelle antal ydelser (både mængde og intensitet) i den første fase samt i et samlet gennemsnitligt behandlingsforløb hos MM-klinikken bør indhentes ved vurdering af denne metode.

Samlet faglig vurdering

På baggrund af den eksisterende litteratur – se referencerne og udvalgte publikationer nedenfor – vurderes MM ikke at være fagligt bedre end den eksisterende behandling i Region Midtjylland:

- MM vurderes samlet set at være betydelig mere omfattende særligt i den indledende fase end traditionel ambulans behandling i CfS,
- mandometerets selvstændige effekt er ikke dokumenteret og de virksomme elementer ved MM gives formentligt allerede i anden form i den eksisterende behandling på CfS,
- MM's generaliserbarhed til hele gruppen af spiseforstyrrede patienter er uklar, da de (i kraft af at være et privat behandlingssted) ikke har patienter, der har brug for tvangsbehandling
- MM er ikke i kontrolleret undersøgelse dokumenteret mere effektiv end vanlig behandling (TAU).

Information om potentielle interessekonflikter

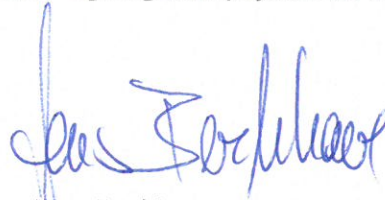
C. Bergh og Per Södersten ejer 47 % hver af aktierne i Mando Group, som ejer de intellektuelle rettigheder til Mandometer og Mandometerklinikkerne (Bergh et al., 2013).

Loa Clausen
Psykolog, Seniorforsker
Forskningsafsnittet, AUH Risskov, BUC


Per Hove Thomsen
Professor, dr.med., overlæge
AU og Forskningsafsnittet, AUH Risskov, BUC



Kristian Røkkedal
Overlæge
Center for Spiseforstyrrelser,
AUH Risskov, BUC



Jens Buchhave
Ledende centeroverlæge
AUH Risskov, BUC

Referencer

1. Bergh C et al. (2013) Effective treatment of eating disorders: Results at multiple sites. *Behavioural Neuroscience*, 127 (6), 878-89
2. Bergh C., Brodin U., Lindberg G. & Södersten P. (2002) Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *PNAS*, 99 (14), 9486-91
3. Bergh C. & Södersten P. (1998) Anorexia nervosa: rediscovery of a disorder. *The Lancet*, 351, 1427-29
4. Bergh C. & Södersten P. (1996) Anorexia nervosa, self-starvation and the reward of stress. *Nature Medicine*, 2, 1, 21-22
5. Berkman et al. (2006) Management of Eating disorders. *Evidence Report/Technology Assessment*, 135, 1-166
6. Clausen L et al. (2015) *Mestringsgruppen. Mestring af spiseforstyrrelsessymptomer, en behandlingsmanual*. Unpublished.
7. Elburg A. et al. (2012) Mandometer treatment not superior to treatment as usual for anorexia nervosa. *Int.J.Eat.Disord.* 45, 193-201
8. Helverskov J.L., Clausen L., Mors O., Frydenberg M., Thomsen P.H., Rokkedal K. (2010) Trans-diagnostic outcome of Eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 18, 453-63
9. Lock & le Grange (2013) *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. The Guilford Press
10. Nice (National Institute for Clinical Excellence) (2004) *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Clinical Guidelines 9.
11. Schmidt U (2003) Mandometer Musings. *Eur.Eat.Disorders Rev.*, 11, 1-6
12. Schmidt et al. (2012) Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 392-9
13. Sundhedsstyrelsen (2005) Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/A297287DE0F548A88DC8F8C44441A8A9.ashx>

Udvalgte publikationer fra Center for Spiseforstyrrelser

1. Clausen L., Jones A & Rokkedal K. (2014) Does screening for motivation and ability to change using behavioural analysis affect group CBT treatment outcome in bulimia nervosa Patients. Poster on *The 10th Nordic Eating Disorder Congress*, Stockholm
2. Koefod M., Rokkedal K. & Clausen L. (2014) Eating Disorder Examination – Differences in eating disorder pathology between men and women with eating disorders. Poster on *The 10th Nordic Eating Disorder Congress*, Stockholm
3. Rokkedal K. (2014). Spiseforstyrrelser. I: Klinisk Psykiatri. 3. udgave. Red: Ole Mors, Per Kragh-Sørensen, Josef Parnas. Munksgaard Danmark. Kapitel 10, 519-529.
4. Østergaard P. C. og Rokkedal K. (2014). Den spiseforstyrrede patient. I: Fysisk helbred blandt psykisk syge. Forebyggelse, diagnostik og behandling. Per Jørgensen og Claus Heikki Paavo Thomsen. Kapitel 13. Side?
5. Jones A., Helverskov J.L., Rokkedal K. & Clausen L. (2014) A comparison of eating disorder symptomatology in a clinical population of adolescents with subjective versus objective bulimic episodes. *Advances in Eating Disorders*)<http://dx.doi.org/10.1080/21662630.2014.969752>
6. Jones A & Clausen L. (2013) The efficacy of a brief group CBT program in treating patients diagnosed with bulimia nervosa: A brief report. *International Journal of Eating Disorders*. 46 (6) 560-62
7. Hollesen A. & Clausen L. (2013) Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal of Family Therapy*, 35 (suppl. 1): 53-67
8. Ramsing P og Rokkedal K (2013). Grupper for personer med spiseforstyrrelser. I: Brug Gruppen. Psykonynamisk gruppeterapi. (Red: Jan Nielsen og Per Sørensen). Hans Reitzels Forlag. Kap. 12, side 278-294.
9. Helverskov J.L. (2012) Classification and outcome of eating disorders. PhD dissertation, Health, Aarhus University.

10. Clausen L. (2012) Behandling og bedringsprocesser hos patienter med spiseforstyrrelser. *Best Practise*,
11. Helverskov J.L., Lyng B., Clausen L., Mors O., Frydenberg M., Thomsen P.H., Rokkedal K. (2011) Empirical support for a reclassification of eating disorders NOS. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 19, 303-315
12. Helverskov J.L., Clausen L., Mors O., Frydenberg M., Thomsen P.H., Rokkedal K. (2010) Trans-diagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 453-463
13. Clausen L., Rosenvinge J.H., Friberg O., Rokkedal K. (2011) Validating the eating disorder inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *J Psychopathol. Behav. Assess*, 33, 101-110
14. Lunn S. & Rokkedal K. (2010) Diagnostisk afgrænsning i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 25 – 38
15. Rokkedal K. (2010) Forundersøgelse og diagnostisk udredning i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 347 – 360
16. Rokkedal K. & Ramsing P. (2010) Behandling af anoreksi i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 361 – 386
17. Rokkedal K. & Valbak K. (2010) Behandling af bulimi i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 387 – 410
18. Godt K. (2010) spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 417 – 432
19. Clausen L. (2010) Opfølgningsstudier i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 433 – 452
20. Clausen L. & Rokkedal K. (2010) Undersøgelsesinstrumenter ved spiseforstyrrelser i Lunn S., Rokkedal K. & Rosenbaum B. *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*, Dansk psykologisk forlag, s. 491 - 505
21. Clausen L., Rosenvinge J., Rokkedal K. (2009) Validating the Eating Disorder Inventory (EDI-2) in two Danish samples: a comparison between female eating disorder patients and females from the general population. *European Eating Disorder Review*, 17, 462-467
22. Clausen L. (2008) Time to remission for eating disorder patients: a 2½-year follow-up study of outcome and predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (2), 151-6.
23. Godt K. (2008) Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 16 (2), 94-9
24. Clausen L. og Rokkedal K. (2006) Eating disorder Examination i Elsass, P, Ivanouw, J, Lykke Mortensen, E, Poulsen, S., Rosenbaum, B. *Assessmentmetoder – Håndbog for psykologer og psykiatere*, 589-596, Dansk Psykologisk Forlag.
25. Clausen L. og Rokkedal K. (2006) Eating disorder Inventory i Elsass, P, Ivanouw, J, Lykke Mortensen, E, Poulsen, S., Rosenbaum, B. (ed.) *Assessmentmetoder – Håndbog for psykologer og psykiatere*, 389-398, Dansk Psykologisk Forlag.
26. Bøgh EH, Rokkedal K, Valbak K. (2005). A 4-year follow-up on Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 13, 48-53.
27. Clausen L. (2004). Time course of symptom remission in eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 296-306.
28. Clausen L. (2003). Udbytte og forandring hos spiseforstyrrede patienter i psykoterapeutisk behandling – en 2½ års opfølgning, Ph.d. afhandling ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
29. Clausen L. (2003). Forandring hos spiseforstyrrede patienter i psykoterapi; et naturalistisk studie, *Nordisk Psykologi*, 55 (1), 31-44.
30. Godt K. (2002). Personality Disorders and Eating Disorders - The Prevalence of Personality Disorders in 176 Female Outpatients with Eating Disorders, *European Eating Disorder Review* 10,102-109.
31. Rokkedal K. (2001). Alvorlige spiseforstyrrelser – fra ord til handling. *Ugeskr Læger* 163: 3463.

32. Godt K. (2001). Spiseforstyrrelser og Personlighedsforstyrrelser, Ph.d. afhandling ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.