

Døgnbehandling for personer med spiseforstyrrelse og kompleks traumelidelse – Skreddersøm uten unnvikelse

Malin Elisabeth Lunde ¹, Oda Bentzrød , Hanne Emilie Haugan , Ida Elise Johannesen ,
Hanne Gunn Jordheim , René Gilje Læknes , Karoline Randsborg & Silje Marie Vormdal

¹Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, OsloPsykologisk institutt, Universitetet i Oslo

maeo@lds.no

Publisert: 24.08.2026

Alle forfattere har fylt ut ICMJE-skjema. Samtlige oppgir at prosjektet er internt finansiert av Lovisenberg Diakonale Sykehus, hvor alle forfatterne var ansatt da det kliniske prosjektarbeidet ble utført. OB og RGL har siden skiftet arbeidssted. Kasuset er fiktivt og basert på kliniske erfaringer.

KONTAKT: maeo@lds.no

Abstract



Inpatient treatment of patients with eating disorders and complex post-traumatic stress disorder: Treatment individualisation without avoidance

Eating disorders (ED) that are comorbid with complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) are associated with increased severity, functional impairment and treatment challenges. At the same time, clinical guidelines are inadequate. Drawing on evidence-based psychological practice (EBPP), this article examines how inpatient treatment for ED can be adapted in cases of concurrent CPTSD and explores how exposure as a transdiagnostic treatment component may apply in clinical practice. Through a fictional case study, we illustrate clinical assessments that should be made before integrating trauma-focused treatment into a structured ED framework in which ED and CPTSD are conceptualised as functionally intertwined avoidance systems. The structure of inpatient treatment enables systematic exposure to feared stimuli, while close monitoring allows for flexible adaptation at each stage and continuous assessment of the patient's clinical status. The case study illustrates how a temporary increase in trauma symptoms may be understood as an expected part of a process of change rather than as clinical deterioration. The article argues that clinical progress depends more on the patient's regulatory capacity and the timing of interventions than on rigid and sequential phase-based treatment, and highlights the need for integrated, individualised approaches to treating ED-CPTSD.

Keywords: eating disorders, complex post-traumatic stress disorder, CPTSD, comorbidity, integrated treatment, inpatient treatment

Sammendrag

Spiseforstyrrelser (SF) med komorbid kompleks posttraumatisk stresslidelse (KPTSD) er forbundet med økt alvorlighet, funksjonssvikt og behandlingsutfordringer. Samtidig er de kliniske retningslinjene mangelfulle. Artikkelen undersøker hvordan døgntilpassing for SF kan tilpasses ved samtidig KPTSD med utgangspunkt i evidensbasert psykologisk praksis (EBPP). I den sammenhengen undersøker artikkelen også hvordan eksponering, som er en transdiagnostisk behandlingskomponent, kan anvendes i klinisk praksis. Vi bruker en fiktiv kasusbeskrivelse for å illustrere hvilke kliniske vurderinger som bør gjøres før man integrerer traumefokusert behandling i en strukturert SF-ramme, hvor SF og KPTSD forstås som funksjonelt sammenvevde unnavikelsessystemer. Døgntilpassingens struktur gjør det mulig å gjennomføre systematisk eksponering for fryktede stimuli. Samtidig gir tett oppfølging rom for fasefleksibel tilpassing og kontinuerlig vurdering av tilstanden. Kasuset viser hvordan en midlertidig økning i traumesymptomer kan forstås som en forventet del av en endringsprosess snarere enn en forverring. I artikkelen argumenterer vi for at klinisk fremgang i større grad avhenger av pasientens reguleringskapasitet og timing av intervensjoner enn av en rigid og sekvensiell faseinndeling av behandling, og fremhever behovet for integrerte, tilpassede tilnærminger ved SF-KPTSD.

Nøkkelord: spiseforstyrrelser, kompleks posttraumatisk stresslidelse, KPTSD, samsykkelighet, integrert behandling, døgntilpassing



Spiseforstyrrelser (SF) har dårligere prognose jo høyere samsykelighet med andre psykiske lidelser, som ruslidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (Wade et al., 2023). Klinikere opplever ofte at det er vanskelig å behandle SF med kompleks posttraumatisk stresslidelse (heretter KPTSD; Trottier et al., 2016), og som følge av kunnskapshull på feltet er det begrensninger i de kliniske retningslinjene for SF-behandling (Vist et al., 2025). Nylig fremhevet regjeringens ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern behovet for oppdaterte retningslinjer, lokale døgntilbud og helhetlige tiltak ved komorbid SF (Thorsen-Dahl, 2023).

Komorbid tilsier at to eller flere lidelser eksisterer parallelt. Imidlertid tar vi utgangspunkt i at samsykelighet utgjør en kompleksitet som medfører høyere alvorlighet og lavere fungering samt et mer omfattende forbruk av helsetjenester (Maj, 2005). Grunnet dette mottar pasienter med SF-KPTSD ofte døgntilbud (Brewerton et al., 2020a). Noen mener til og med at tilstanden utgjør en egen distinkt undergruppe (Meneguzzo et al., 2024; Monteleone et al., 2021).

I artikkelen tar vi utgangspunkt i evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), som integrerer forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasientens verdier og kontekst (Norsk psykologforening, 2007). I EBPP tilpasses intervensjonene til pasientens tilstand, behov og ønsker gjennom en trinnvis prosess der klinikerens skjønn og vurdering av tilgjengelig kunnskap står sentralt (Rønnestad, 2008). Ved SF kan slike vurderinger være spesielt utfordrende, da mange pasienter opplever ambivalens knyttet til behandlingen (Peterson et al., 2016), og komorbid KPTSD kompliserer behandlingen ytterligere (Trim et al., 2018). Hovedformålet med artikkelen er å besvare følgende forskningsspørsmål ut fra EBPP:

- Hvordan kan døgntilbud for SF tilpasses ved komorbid KPTSD?
- Hvordan kan eksponering forstås og anvendes i behandling av SF med komorbid KPTSD?

Det fiktive kasuset Emma gjenspeiler en integrering av forfatterens kliniske erfaring, ekspertise innen den aktuelle forskningsfronten og Emmas verdier. Vi ønsker med artikkelen å bidra til psykologers utøvelse av evidensbasert psykologisk praksis i møte med pasientgruppen.

Fremgangsmåte



Refleksivitet og valgt forskningsgrunnlag

Forfatterne har omfattende klinisk erfaring med SF i psykiatrisk andre- og tredjelinjetjeneste, der alle har hatt Femdøgnsposten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus som arbeidssted i prosjektperioden. HEH, IEJ, HGJ er kliniske sykepleiere, SMV er seksjonsoverlege, RGL og OB er psykomotoriske fysioterapeuter, og KR er klinisk ernæringsfysiolog. MEL er psykologspesialist med doktorgrad og klinisk og teoretisk spisskompetanse på SF-KPTSD.

Forskningsgrunnlaget i artikkelen er ikke ment å være uttømmende, men er basert på et ikke-systematisk litteratursøk, hvor vi brukte søkeordene *childhood trauma*, *integrated treatment* og *eating disorders* i søkemotoren Oria, som inkluderer databaser som PsychInfo og PubMed. Forskningens relevans ble vurdert med utgangspunkt i både kliniske og forskningsmessige erfaringer og praksis. Vi har valgt forskning som kan belyse samsykeligheten mellom SF og KPTSD som kliniske fenomener, og som samtidig bidrar til å besvare problemstillingene. Hovedfokuset har vært på psykologisk behandling, og vi har derfor ikke gått nærmere inn på somatiske og ernæringsmessige problemstillinger. Nyere forskning og oppsummerende oversikter ble prioritert, samt forskning på pasienter i Norge.

Forskningsgrunnlaget presenteres først i en egen del som omhandler kliniske fenomener og evidens om behandlingseffekt overordnet sett. Deretter vil annen relevant forskning som bidrar inn i valgene underveis i utøvelsen av behandlingen, trekkes inn i presentasjonen av kasus.

Vi har ved Femdøgnsposten over flere år fokusert på tverrfaglig døgntilrettelegging av SF. Det fiktive kasuset Emma er utarbeidet av MEL og basert på forfatternes samlede erfaringer med SF-KPTSD i andre- og tredjelinjetjenesten i spesialisert psykisk helsevern. Under arbeidet med artikkelen i 2024 drøftet forskningsgruppen kontinuerlig hvordan vi ville behandle Emma i tråd med EBPP.

Behandlingskontekst

Behandlingen ved Femdøgnsposten strekker seg over seks til åtte uker med fokus på atferdsendring ved hjelp av ikke-forhandlingsbare rammer (Geller & Srikameswaran, 2006). Eksempler på slike rammer er regelmessige måltider og fravær av kompensatorisk atferd som oppkast, trening eller bruk av laksativer. Pasientene er i helgepermisjon for å generalisere positive endringer til hjemmet. Dette er

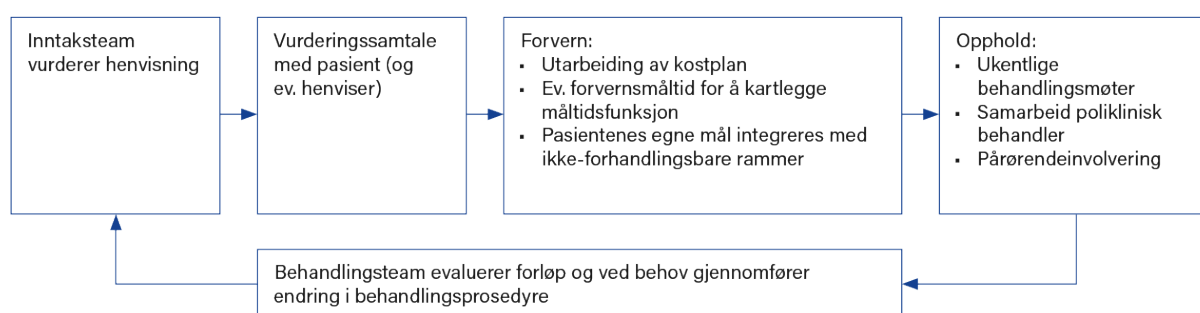
særlig hensiktsmessig ved SF-KPTSD, da tilbakefall ofte skyldes vansker med å videreføre endringer uten døgnsammene (Convertino & Mendoza, 2023).



Behandlingsteamet består av behandlingsansvarlig psykologspesialist/psykiater, sykepleiere/vernepleiere, klinisk ernæringsfysiolog (KEF), psykomotorisk fysioterapeut og lege som følger opp somatikk. I ukentlige behandlingsmøter med pasienten til stede drøftes rammejusteringer for å sikre samarbeid og progresjon (Figur 1). Det kan for eksempel omhandle endring i kostplan/næringsinntak, hviletid etter måltid, tillatt fysisk aktivitet eller støtte ved måltider.

Figur 1

Prosedyre for SF-behandling ved Femdøgnsposten



Forskningsgrunnlag

Sammenheng mellom SF og traumer

Negative barndomserfaringer utgjør en risiko for utvikling av både SF og KPTSD. Nærmere 60 % av pasienter med SF har opplevd barndomstraumer (Molendijk et al., 2017). Barndomstraumer defineres av Verdens helseorganisasjon som «alle former for fysisk og emosjonell mishandling, seksuell mishandling, forsømmelse og eksploatering som resulterer i faktisk og/eller potensiell skade for barnets helse, utvikling og verdighet» (World Health Organization [WHO], 2022). Barndomstraumer er vanligst ved de typene SF som innebærer overspising med/uten oppkast, for eksempel bulimi, overspisingslidelse og former for atypisk anoreksi hvor oppkastproblematikk er en del av symptombildet i kombinasjon med restriktivt næringsinntak og lav vekt (Brewerton et al., 2020a).

KPTSD kjennetegnes av samme type gjenopplevelse, unnvikelse og vedvarende opplevelse av trusler som ved PTSD etter enkeltstående traumehendelser. I tillegg kommer forstyrrelser i



selvorganisering, som emosjonell dysregulering, relasjonsproblemer og stabilt lavt selvbylde (se for eksempel International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-11]; WHO, 2022). Komorbid SF og KPTSD sammenfaller med tidligere SF-debut, lavere livskvalitet og kortere levealder, samt alvorligere SF, suicidalitet, selvskading og dissosiasjon (Brewerton, 2023a, 2023b; Molendijk et al., 2017). Skam, skyld, emosjonell reaktivitet/nummenhet, avmakt, verdiløshet, ustabile relasjoner og nærhetsfobi er også vanlige opplevelser (Maercker et al., 2013).

Traumesymptomer og SF-symptomer har en tendens til å forsterke hverandre. For eksempel kan SF-atferd dempe fysiologisk aktivering, flashbacks og uønskede følelser (Mitchell et al., 2021). Kroppsstørrelse som manipuleres kan fungere som regulering av nærhet og avstand. En tynnere og mer sosialt akseptert kropp hjelper den enkelte å våge å nærme seg andre i søken etter tilhørighet. En overvektig kropp som ofte følger ved overspising *uten* renselse, kan på sin side oppleves beskyttende mot potensielle overgripere (Olofsson et al., 2020).

Siden barndomstraumer er vedvarende og inntreffer i formative utviklingsperioder, påvirker de ofte personlighetsutviklingen. Mange pasienter med SF-KPTSD har derfor personlighetsmessige sårbarheter i tillegg til KPTSD og SF (Powers et al., 2022). En norsk studie viste blant annet at SF-pasienter med unnnvikende trekk og erfaring med seksuelle overgrep i barndommen hadde dårligere behandlingsutfall enn øvrige SF-pasienter i døgntbehandling (Vrabel et al., 2010). Unnnvikende personlighetstrekk er kjennetegnet av opplevd sosial inkompetanse og å være lite attraktive samt frykt for kritikk og avvisning, som gjerne fører til sosial tilbaketrekning (Moran et al., 2016). Emosjonelt ustabile personlighetstrekk er vanlige i SF-populasjoner og innebærer lignende vansker med følelsesregulering og relasjoner som ved KPTSD, i tillegg til ustabil selvopplevelse og separasjonsangst (Ibrahim et al., 2018; Sansone & Levitt, 2004). Denne typen personlig sårbarhet bør kartlegges og tas i betraktning i behandlingen ved SF-KPTSD. Et eksempel på hvordan en slik behandlingsprosess kan se ut i en døgntamme, er beskrevet i Eielsen et al. (2025).

Effekt av ulike behandlingsformer

Spiseforstyrrelser

Den nasjonale retningslinjen for behandling av SF anbefaler SF-rettet psykoterapi med kognitiv atferdsterapi (CBT) som førstevalg (Helsedirektoratet, 2017). SF-rettet CBT har raskest effekt på gruppenivå ved bulimi og overspisingsslidelse (Fairburn et al., 2003; Waller et al., 2007,

2018), men klinikerer bør i enkelttilfeller overveie andre tilnærminger hvis endringen uteblir. Forskningsgrunnlaget for anoreksi er på den andre siden mer usikkert fordi kvaliteten på forskningsdokumentasjonen er lavere, og anbefalingene bygger derfor i større grad på klinisk konsensus (Helsedirektoratet, 2017).



Posttraumatiske lidelser

Flere traumefokuserte behandlinger for PTSD har et solid forskningsgrunnlag, herunder kognitiv atferdsterapi (*cognitive behavioural therapy* [CBT]), forlenget eksponering (*Prolonged Exposure* [PE]; Foa, 2011), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; Shapiro & Solomon, 2017) og kognitiv prosesseringsterapi (*Cognitive Processing Therapy* [CPT]; Resick et al., 2017) (se National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Evidensgrunnlaget er imidlertid svakere for behandling av KPTSD enn for enkeltstående PTSD, selv om en metaanalyse støtter effekten av CBT, EMDR og andre eksponeringsbaserte intervensjoner (Karatzias et al., 2019). I tråd med dette viste en nylig norsk studie at pasienter med KPTSD både tolererer og har utbytte av traumefokusert eksponering, og at en forutgående stabiliseringsfase ikke er nødvendig som tidligere antatt (Sele, 2026). Samlet indikerer forskningsfeltet at eksponeringsterapi er sentralt i kunnskapsbasert behandling av traumelidelser.

Integrert behandling ved SF-KPTSD

SF-behandling kan integreres med traumebehandling for PTSD på en hensiktsmessig måte (Waller & Beard, 2024). Nylige studier indikerer også at traumeeksponering er en viktig komponent i lovende tilnærminger for SF-KPTSD, forutsatt at pasienten har tilstrekkelig kapasitet for informasjonsprosessering (Brewerton, 2023b; Claudat et al., 2022; Rossi et al., 2024). En enkeltstudie viste blant annet at SF-pasienter med en kroppsmasseindeks (KMI) så lav som 14–16,5 med senskader etter barndomstraumer hadde utbytte av traumeeksponering (ten Napel-Schutz et al., 2022). Slike integrerte tilnærminger er fortsatt under utvikling, og de preliminnære resultatene bør tolkes med forsiktighet.

Eksponering som behandlingstiltak

Eksponering kan defineres som å møte det man frykter, og stå i ubehaget og angsten (Pallister & Waller, 2008). Noen forskere, spesielt fra CBT-tradisjonen, argumenterer for at SF bør behandles som



en angstlidelse (Waller & Raykos, 2019). Som nevnt ovenfor er eksponering en sentral komponent i behandling ved både posttraumatiske tilstander (Foa, 2011; Resick et al., 2017; Shapiro & Solomon, 2017) og SF (Fairburn et al., 2003; Waller et al., 2018).

En kjent endringsmekanisme ved eksponering er habituering, som betyr at fryktresponsen gradvis minker ved gjentatt eksponering for det fryktede, der målet er at angsten skal gå gradvis ned for hver eksponering. En annen mekanisme, inhibitorisk læring, innebærer at gjentatt eksponering fører til at nye responser på fryktede stimuli utkonkurrerer fryktresponsen, og tryggere erfaringer kan generaliseres. Målet med inhibitorisk læring er altså å erfare at man tåler å stå i angst selv om angsten ikke alltid minker (Craske et al., 2014). For å øke den terapeutiske effekten av eksponering kan *maximum expectancy violation* brukes, som betyr at man lar pasienten stå i katastrofetanker – eller til og med bidrar til å øke disse – helt til pasienten erfarer det motsatte (Becker et al., 2022; Craske et al., 2014). Det kan for eksempel dreie seg om urealistiske forventninger om en ekstrem vektoppgang som blir avkreftet ved ukentlig veiing.

Det motsatte av eksponering er unnvikelse. Unnvikelsesatferd kan bidra til å opprettholde både SF og traumelidelser gjennom negativ forsterkning (Cardi et al., 2019; Pallister & Waller, 2008). Når man unngår, reduseres ubehaget på kort sikt, og den umiddelbare lettelsen forsterker atferden og gjør det mer sannsynlig at man vil fortsette å unngå i fremtiden. Samtidig hindres korrigerende erfaringer, og det man unngår, kan oppleves som stadig mer truende. Over tid vil da frykten forsterkes. Ved SF innebærer unnvikelse ofte å unnvike måltider, veiing eller å forholde seg til egen kropp. Ved traumelidelser dreier unnvikelsen seg gjerne om traumerelaterte minner, følelser, steder eller situasjoner. Ved seksuelle traumer kan unnvikelse også gjelde egen kropp. Dissosiasjon, som er svært vanlig ved KPTSD, kan konseptualiseres som en ekstrem form for unnvikelse, hvor en person automatisk faller ut av kognitiv, følelsesmessig og kroppslig tilstedeværelse ved overveldende affekt (Briere & Scott, 2024). Hvorvidt dissosiasjon faktisk reduserer effekten av eksponeringsterapi, er fortsatt uklart (Lebois et al., 2019).

Det er høyst menneskelig å forsøke å unngå ubehag. Behandleren kan også kjenne på trang til å unngå, for eksempel når man skal motivere pasienten til å stå i eget ubehag. Dette kan føre til avvik fra sentrale behandlingsprinsipper (*therapeutic drift*), som eksponerende tiltak (Langthorne et al., 2023; Waller & Turner, 2016). En faktor som bidrar til slike avvik, er overføringsfenomener. Overføring kan defineres som at pasienten ubevisst tillegger behandleren følelser eller reaksjoner som stammer fra tidligere viktige relasjoner, og dermed gjentar tidligere relasjonsmønstre (Gabbard,



2014). Å bli overinvolvert eller å føle seg ekstra spesiell er vanligst i møte med yngre pasienter som har opplevd seksuelle overgrep, ulykker eller foreldrenes skilsmisse (Groth et al., 2020). Relasjonelle vansker som mistillit og nærhetsfobi som har sammenheng med KPTSD kan i tillegg påvirke kvaliteten på behandlingsalliansen (Flückiger et al., 2018). Vansker med alliansen kan da stå i veien for en vellykket traumeeksponering hvis pasienten ikke tør å kommunisere egne meninger eller opplevelser i terapirommet (Olofsson et al., 2024).

Oppsummert er det fortsatt stor usikkerhet om hvordan SF best kan behandles ved samtidig KPTSD. Nyere forskning antyder at traumeeksponering kan integreres i SF-behandling også ved komorbid KPTSD som følge av barndomstraumer, og til og med ved lavere KMI (se ten Napel-Schutz et al., 2022). Samtidig er det uklart *hvordan* intervensjonene bør kombineres og integreres, og på hvilket tidspunkt i behandlingsforløpet. Samlet sett gir forskningen på feltet ikke tydelige retningslinjer for klinikere som arbeider med pasientgruppen.

Klinisk kasus: Emma

Forskningsgrunnlaget for behandling av SF-KPTSD er altså usikkert og gir få føringer til klinikeren. Ved hjelp av det fiktive kasuset Emma ønsker vi å illustrere hvordan traumeeksponering kan integreres i SF-døgnbehandling for en typisk pasient i vår behandlingskontekst i offentlig psykisk helsevern. Vi vil trekke inn forskning der det er relevant for valgene vi har gjort i integreringsprosessen. Vår erfaring tilsier at pasientene ofte trenger flere runder med behandling. Forløpet som beskrives er noe komprimert, der formålet er å illustrere prosesser som ofte forekommer og hvordan man kan håndtere disse.

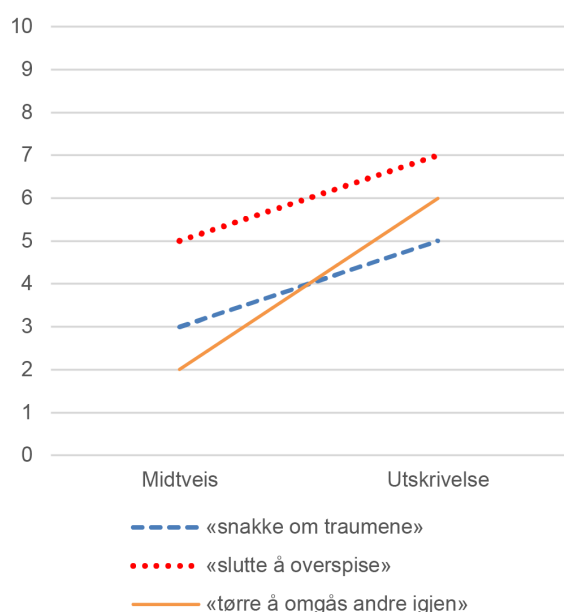
Emma (22) hadde et forstyrret kroppsbilde og høy angst rundt kropp og vekt. Hun beskrev at hun følte seg «tjukk» og opplevde kroppsskam (KMI = 16,8). Hun vekslet mellom dager med underspising og overspisingsepisoder med oppkast og ble derfor diagnostisert med atypisk anoreksi. I tillegg var hun preget av svingende over- og underaktivering, dissosiasjon, flashbacks, negativt selvbylde samt problemer med tillit, selvhevdelse, grensesetting og nærhet, som er symptomer forenlige med KPTSD. Drømmen hennes var å ta utdanning og få seg en leilighet, og hun prøvde å ta opp fag fra videregående skole, men måtte avbryte. Hun var samtykkekompetent og kognitivt sterk, og mange ønsket å hjelpe henne. Hun brukte ingen rusmidler eller medisiner.

Emma utviklet SF da hun var 12 år. Hun hadde opplevd fysisk og emosjonell forsømmelse, og fysisk og emosjonell mishandling hjemme, blant annet tvangsfôring, innlåsing, trusler og vold. Foreldrene nektet å anerkjenne at Emma ble voldtatt som 14-åring, og da hun var 15, ble hun plassert i fosterhjem langt borte fra vennekretsen. Hun hadde mottatt frivillig behandling både i barne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien, der målet var å starte med traumebehandling når SF var stabilisert. Når Emma nærmet seg normalvekt, gjenopptok hun som regel restriktive spisevaner og droppet ut av behandlingen før de hadde fått begynt med traumebehandlingen.



Målformulering

Vår kliniske erfaring tilsier at pasienter med SF kan ha nytte av mål utover symptomlette for å beholde motivasjonen og eierskapet til eget prosjekt under behandlingen. I forvernsfasen formulerte Emma egne mål via *Goal Based Outcome* (GBO; Jacob et al., 2017), som bruker pasientens egendefinerte mål som utfallsvariabel. Emma ønsket å «snakke om traumene», «slutte å overspise» og «tørre å omgås andre igjen» (Figur 2). Hun ønsket helst ikke å kvitte seg med restriktiv spising, noe som ble problematisert ettersom jevnlig næringstilførsel mest sannsynlig ville bidra til idiografisk måloppnåelse («slutte å overspise»). Symptommål var *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q; Cooper et al., 1989) og *International Trauma Questionnaire* (ITQ; Sele et al., 2020) (Figur 3).

Figur 2*Goal-Based Outcome (GBO) gjennom behandlingsløpet*

Merknad. GBO bygger på pasientens egen opplevelse av måloppnåelse av idiografiske mål. 0 = ingen måloppnåelse, 10 = full

måloppnåelse.

KEF og Emma ble enige om en kostplan for å redusere undervekten med 0,5–1,5 kg/uke, med hviletid etter måltidene for å redusere oppkast og tydelige rammer for fysisk aktivitet. Emma aksepterte motvillig rammene, men nektet å spise fisk grunnet tidligere tvangsføring. Hun ble møtt på dette fordi tilstrekkelig regelmessig ernæring var overordnet i denne fasen, og det ble foreslått at det å spise fisk kunne inngå i en fremtidig traumeeksponering, hvis Emma selv ønsket det.

Behandlingsforløp

Emma og behandleren utforsket funksjonen av SF i forhold til traumelidelsen. Underspising var knyttet til å dempe vonde følelser, å føle mestring i et kaotisk liv og å oppnå en barnlig figur for å avskrekke potensielle overgripere. Overspising var en konsekvens av sult, men fylte også et behov for trøst (overspising) og emosjonsregulering (oppkast). Å nærme seg kroppen trigget kroppsforakt, dissosiasjon og emosjonell overveldelse. Den psykomotoriske fysioterapien nærmet seg derfor Emmas kroppsopplevelse på en samlende, ikke-eksponerende måte i denne fasen. De fokuserte på

at Emma skulle tilegne seg ferdigheter for å kunne regulere emosjonell over-/underaktivering og å videreutvikle positive kroppserfaringer (Fisher & Ogden, 2009; Van der Kolk, 2015).



Miljøterapien baserte seg på grunnleggende miljøterapeutiske prinsipper som trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse (Gunderson et al., 1983). Der det var mulig, fikk Emma underveis anledning til å ta informerte, selvstendige valg. Primærkontaktene utforsket sammen med Emma hvordan de kunne hjelpe henne å *selv* håndtere dissosiasjon. De introduserte *grounding*teknikker og taktil stimulering i tråd med psykomotorisk fysioterapi. Det ble tydeliggjort at støtte ville innebære å gradvis tøye strikken mot økende selvstendighet, for eksempel ved forsyning og påminning om måltider.

Pårørendeinvolvering predikerer et godt SF-utfall, men gjøres sjeldnere ved SF med KPTSD, siden familieforholdet ofte er konfliktfylt eller ikke-eksisterende (Brewerton et al., 2025). I Emmas tilfelle ble en redefinering av *pårørende* nødvendig, da hun ikke hadde kontakt med foreldrene sine. Emma identifiserte to venninner fra et kollektiv hvor hun tidligere hadde bodd, og miljøterapeutene forsøkte å motivere henne til å gjenoppta sosial kontakt med dem. Over tid hadde Emma mistet kontakt med dem, muligens på grunn av økt årvåkenhet, relasjonell sårbarhet og tiltakende SF-fokus. Det kan igjen øke isolasjonen og forsterke ensomhetsopplevelsen (Dagan & Yager, 2019; Meneguzzo et al., 2024).

Den første uken beskrev Emma en hjelpeløshet og viste regressiv atferd («trenger hjelp til å spise», «må bli hentet til måltid»). Personalet følte enten irritasjon, resignasjon eller omsorgstrang, og de diskuterte seg frem til en felles forståelse av atferden. Teamet ble enig om å validere Emma, men også å problematisere atferden som kunne hindre at rammene fikk en overføringsverdi til hjemmet. Emma ble også kontinuerlig minnet om sine egne langsiktige mål (Figur 2) for å øke motivasjonen til å fortsette med behandlingsrammene.

Angsten eskalerte som regel før veiing. Emma spurte stadig om forventet vektoppgang ut fra den aktuelle kostplanen. KEF forklarte da at kropper er forskjellige, og at det derfor er vanskelig å gi konkrete svar. Samtidig trygget hun Emma på at hun ville bli støttet uansett utfall, og minnet henne på at en viss vektøkning var forventet som en del av behandlingsplanen, og nødvendig. KEF understreket viktigheten av at Emma selv hadde kjennskap til hva hun veide. Formålet med dette var å maksimere diskrepansen mellom den maladaptive tanken «hvis jeg spiser, blir jeg tjukk» og faktisk utfall. Denne kognitive dissonansen ga økt tillit til kostplanen og forbedret etterfølgelsen av rammene over tid.



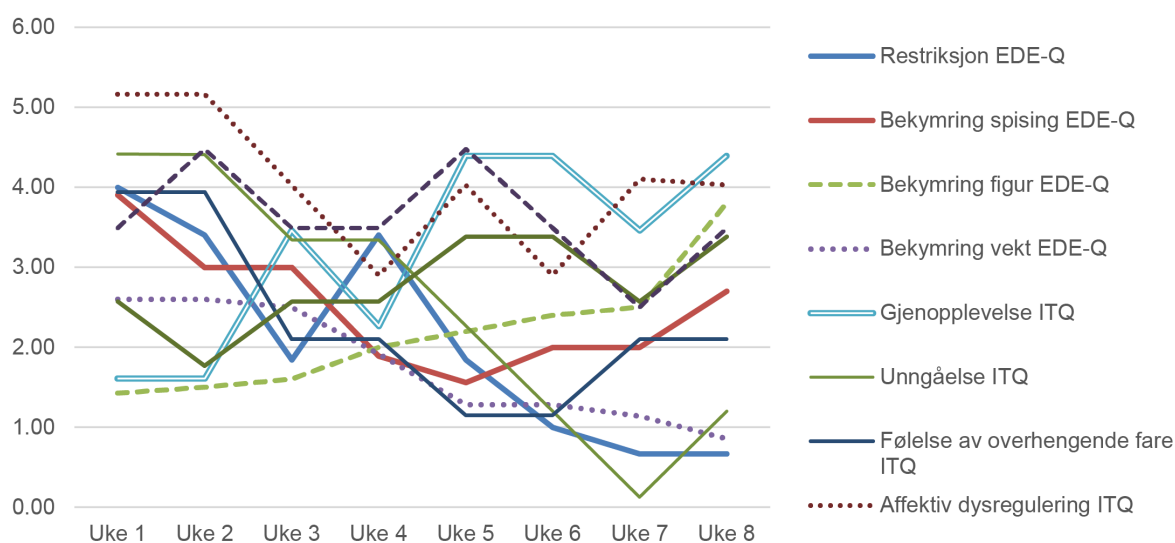
De første helgene ble utfordrende. Selv om Emma rapporterte noen fullverdige måltider med pårørende, ønsket hun rammejusteringer, som redusert kostplan og tettere oppfølging. I behandlingsmøtet ble opplevelsene validert, samtidig som rasjonalet for å fortsette med de samme rammene og opprettholde en viss grad av autonomi ble tydeliggjort. Emma aksepterte å prøve full kostplan i ytterligere en uke, for så å beslutte om hun ønsket å fortsette behandlingen. Hun ble trygget på at hun kunne gå tilbake til sin kjente SF-atferd (underspising, oppkast) hvis hun da ombestemte seg. Ved neste veiing hadde vekten økt i tråd med planen, men ikke så mye som Emma hadde fryktet. Dette gjorde at hun fikk litt mer tiltro til kostplanen.

Emma returnerte etter en helgepermisjon med økt ambivalens og bevegelsestrang. Hun beskrev kroppen som «kvinnelig», med tiltakende kroppsforakt, flashbacks og mareritt. Tanken på å be om utskriving streift henne, samtidig som hun hadde et ønske om å gå inn i traumeproblematikken, som nå hadde blusset opp. Etter Emmas eget ønske ble det forsøkt EMDR rettet mot det seksuelle overgrepet. Dette ble vurdert som hensiktsmessig, da hun på dette tidspunktet hadde tilegnet seg nye ferdigheter for regulering gjennom miljø- og fysioterapi og opprettholdt rammene noenlunde. De siste ukene av oppholdet håndterte Emma måltider og hviletid relativt selvstendig. Dermed ble sultens funksjon som en demper på vonde følelser gradvis svekket.

I takt med at Emma fikk tilstrekkelig ernæring, ble hun også mer psykologisk tilgjengelig. Hun fulgte etter hvert opp målet om økt sosialt samvær til tross for kroppsforakt, ble mindre nedstemt og deltok mot slutten av oppholdet mer aktivt i gruppetilbudet på avdelingen. Det var fortsatt mange dager der hun hadde høy grad av kroppsbyldeforstyrrelse, angst, og tvil omkring hvorvidt hun ville klare å spise regelmessig. Hun opplevde det som meningsfullt å ta tak i traumene, selv om det kunne øke flashbackene og marerittene.

Behandlingsutfall

Emma stabiliserte næringsinntaket og reduserte undervekten fra KMI 16,8 til 18,3. Emosjonell dysregulering samt opplevelser av overhengende fare vedvarte, mens bekymring for vekt minket, selv om den fremdeles var sterk. Symptomer som trådte mer frem, var flashbacks og bekymring for figur, mens oppkast, traumerelatert unnvikelse og dissosiasjon ble vesentlig redusert (Figur 3).

Figur 3*EDE-Q og ITQ z-skårer gjennom behandlingsløpet*

Merknad. EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; ITQ = International Trauma Questionnaire. For z-skårer er det brukt normer for EDE-Q fra Rø et al. (2015) og for ITQ fra Sele et al. (2020). Alle skårer < 1 anses for å være innenfor klinisk område (caseness).

Emma opplevde økt uro da utskrivelsen nærmet seg, og var usikker på om oppholdet hadde vært vellykket, siden enkelte traumesymptomer hadde eskalert. Samtidig ga hun uttrykk for å ha mer selvtillit og mestringsopplevelse, fordi hun tålte intrapsykiske og fysiologiske opplevelser bedre. Emma ble altså tryggere på evnen til å tåle egne opplevelser og klarte å generalisere nye erfaringer. Hun rapporterte noe idiografisk måloppnåelse på GBO: økt sosial fungering og mindre reaktivitet når det gjaldt traumesymptomer, samt færre overspisingsepisoder (Figur 2).

Emma knyttet økt måltidsmestring og trygghetsfølelse til eksterne faktorer som måltidsstøtte og samtaler, og hun var usikker på om hun ville klare å opprettholde endringene etter utskrivelse. Forestillingen ble rekonseptualisert sammen med behandleren ved hjelp av selvrapporteringskjemaene (Figur 3). *Tilfriskning* ble nyansert til å omhandle prosesser utover normal KMI og fravær av SF-symptomer, som økt toleranse for traumereaksjoner og evne til å fortsette næringsinntak ved over-/underaktivering. Emma gjenkjente seg i redusert unnvikelse og nedstemthet og satte ord på en stolthet over å ha fullført oppholdet.

Drøfting



SF-KPTSD er en klinisk kompleks og alvorlig tilstand som er kjennetegnet av høyt symptomtrykk, betydelig funksjonssvikt og omfattende tjenestebruk. Klinikere opplever ofte behandlingen som krevende og har begrenset forskningsbasert grunnlag å støtte seg på (Trim et al., 2018). Det gjelder både hvilke behandlingsmodeller som har effekt i seg selv, og hvordan SF- og traumebehandling best kan integreres. Gjennom det fiktive kasuset Emma ønsket vi å illustrere en pasient vi opplever som representativ for SF-KPTSD, samt de kliniske vurderingene som vi gjør underveis i behandlingsforløpet ut fra klinisk erfaring, forskningsbasert kunnskap og de individuelle karakteristikkenes hennes. Målet har vært å vise hvordan tilgjengelig kunnskap kan anvendes i praksis for å individtilpasse døgntilrettelegging ved SF-KPTSD.

Integrert behandling for SF og KPTSD

Et sentralt spenningsfelt i kunnskapsgrunnlaget for hvordan man integrerer behandling for SF og traumelidelser, gjelder timing og sekvensering av intervensjoner. Tradisjonelle faseinndelte modeller anbefaler stabilisering av SF-symptomer før traumbearbeiding. Nyere studier (Sele, 2026; ten Napel-Schutz et al., 2022) utfordrer imidlertid behovet for langvarig stabilisering. Studiene indikerer at traumefokusert eksponering kan være effektiv også ved KPTSD, samt ved relativt lav vekt, forutsatt at pasienten har tilstrekkelig prosesseringskapasitet. Samlet gir forskningen forsiktig støtte til integrert behandling, men etterlater betydelig rom for klinisk skjønn.

For Emma hadde sult en affektdempende funksjon. Da ernæringen stabiliserte seg, mistet sulten gradvis denne regulerende effekten. I et slikt perspektiv kan en midlertidig økning i traumesymptomer forstås som en forventet konsekvens av redusert unnvikelse snarere enn en klinisk forverring.

Samlet klinisk erfaring tilsier at pasientens egendefinerte mål ofte avviker fra behandlingsprinsippene i standard SF-behandling, som primært vektlegger atferdsendring og symptomreduksjon. I forvernsfasen bidro målformuleringen til en syntese mellom Emmas selvdefinerte mål og behandlingens ikke-forhandlingsbare rammer, der hensikten var å styrke autonomi og etablere en felles retning. Hos pasienter med SF-KPTSD trigges ofte vektfobi, måltidsangst, uønskede affekter, flashbacks, vedvarende trusselberedskap og relasjonelle vansker i møte med nye behandlingsallianser. Utforming av idiografiske mål kan derfor fungere motiverende

og gi pasienten insentiver til å stå i de ikke-forhandlingsbare rammene som innebærer eksponering for ubehag.



Gjennom digitale kartleggingsverktøy og kontinuerlige teamdrøftinger ble behandlingsforløpet systematisk evaluert. Vi etterstrebet transparens i samarbeidet med Emma for å fremme agens, autonomi og allianse gjennom korrigerende relasjonelle erfaringer. Ettersom sosial støtte er assosiert med bedre behandlingsutfall (Brewerton et al., 2025), ble Emma oppmuntret til å gjenoppta kontakt med *det friske livet* og betydningsfulle relasjoner. Siden traumene var knyttet til omsorgsgivere hun ikke lenger hadde kontakt med, ble det nødvendig å redefinere begrepet pårørende.

Eksponering i behandling av SF-KPTSD?

I stedet for å betrakte SF og KPTSD som to parallelle lidelser kan de konseptualiseres som funksjonelt sammenvevde unnvikelsessystemer (se Maj, 2005). Emmas restriksjon, overspising, dissosiasjon og ambivalens kan forstås som transdiagnostiske unnvikelsesstrategier. Døgnbehandlingens struktur med regelmessige måltider, hvile, ukentlig terapeutisk veiing og psykomotorisk fysioterapi fungerte dermed både symptomregulerende og som systematisk eksponering for fryktede stimuli, som vektøkning, kroppslige fornemmelser og opplevd kontrolltap. Dette muliggjorde nye og tryggere erfaringer. Parallelt metareflekterte medlemmene av behandlingsteamet over egne reaksjoner som irritasjon og redningstrang. Slike reaksjoner kan bidra til terapeutisk unnvikelse og avvik fra sentrale behandlingsprinsipper, såkalt terapeutisk drift.

Det finnes fortsatt ingen entydige kriterier for *når* traumeeksponering bør initieres i behandling av SF-KPTSD. Døgnrammer gir imidlertid muligheten til forsvarlig utprøving gjennom tett oppfølging, strukturerte rammer og kontinuerlig monitorering, der det er rom for raske justeringer ved behov. Samtidig er det en risiko for at økt symptomtrykk feiltolkes som forverring snarere enn forventet endring, og at klinikerens egen unnvikelse bidrar til avvik fra eksponeringsprinsipper (Langthorne et al., 2023; Waller & Turner, 2016). Eksponering innebærer nettopp å møte ubehag over tid slik at nye, tryggere erfaringer kan etableres (Becker et al., 2022; Craske et al., 2014).

Økningen i traumesymptomer ved regelmessig ernæring fører ikke nødvendigvis til en SF-forverring, slik behandleren ofte frykter, men *kan* gjøre det (Trottier et al., 2016). En rekonseptualisering av hva endring kan innebære vil være hensiktsmessig dersom en midlertidig økning av symptomtrykket oppfattes som at behandlingen er uten effekt eller til og med skadelig. Progresjon kan forstås som økt mestring av egne indre opplevelser snarere enn

utelukkende symptomreduksjon. Meningsfull endring kan dermed finne sted selv ved midlertidig symptomintensivering, forutsatt at pasient viser mindre unnvikelse og økt toleranse for affekt. Dette fordrer toleranse for symptomtrykk hos både pasient og behandler.



Forskningsgrunnlaget viser både at traumeeksponering kan gjennomføres uten forutgående stabiliseringsfase, og at den kan integreres i samtidig behandling av SF i en døgnkontekst. Emma gjennomgikk ikke full stabilisering av SF før oppstart av traumefokusert behandling med EMDR. Tidspunktet ble vurdert ut fra Emmas beredskap for endring fremfor utelukkende KMI eller symptomnivå. Ernæringen var relativt stabil, hun hadde utviklet noen reguleringsstrategier, og relasjonene til personalet var styrket, noe som er særlig relevant, siden mistillit er en del av KPTSD. Videre bidro Emmas vedvarende etterlevelse av kostplanen, til tross for angst, i kombinasjon med jevnlig helgepermisjoner til en generalisering av positive endringer til hjemmemiljøet. Dette økte både mestringsopplevelsen og overføringsverdien av innleggelsen. Gradvis tillit til kostplanen indikerte korreksjon av katastrofetanken («Hvis jeg spiser, blir jeg tjukk»), hvor forventningsbrudd (*maximum expectancy violation*) ble nøye kalibrert i tråd med Emmas toleransevindu. Kasuset illustrerer dermed en fasefleksibel snarere enn en rigid faseinndelt behandlingsmodell, der intervensjonene fortløpende tilpasses pasientens aktuelle funksjonsnivå med mål om gradvis å tøyne strikken.

Forskningens kliniske relevans

Forskningsfronten på SF-KPTSD og de kildene det refereres til, fremstår som metodisk solide, men den kliniske forskningen er fortsatt relativt ny og dermed begrenset i omfang (Brewerton, 2023b; Cloitre et al., 2019; Karatzias et al., 2019). På den ene siden styrkes den interne validiteten av systematiske oversikter, inkludert metaanalyser, og bruk av validerte måleinstrumenter (Karatzias et al., 2019; Sele et al., 2020). De gir et relativt robust grunnlag for å identifisere sammenhenger og anbefale intervensjoner. På den andre siden svekkes validiteten av at mange studier gjennomføres i små og komplekse kliniske utvalg, hvor det er vanskelig å isolere effekten av enkeltintervensjoner (Brewerton et al., 2020b; Convertino & Mendoza, 2023).

Når det gjelder generaliserbarhet, er begrensningene tydelige. Studiene er ofte gjennomført i spesialiserte behandlingskontekster, som ikke nødvendigvis gjenspeiler ordinær klinisk praksis (Brewerton et al., 2020a; Claudat et al., 2022). I tillegg bidrar demografiske skjevheter, særlig overrepresentasjon av kvinner fra vestlige land, til redusert ekstern validitet (Silén & Keski-

Rahkonen, 2022). Dette innebærer at funnene i større grad har gyldighet innenfor avgrensede kliniske kontekster enn på tvers av populasjoner.



Forskningen på SF-KPTSD kan dermed vurderes å ha relativt god intern validitet, men moderat generaliserbarhet. Dette betyr ikke at funnene ikke er informative, men at anvendelsen av dem må kontekstualiseres. Evidensgrunnlaget bør derfor forstås som retningsgivende og uansett tilpasses den enkelte pasient i tråd med prinsippene for EBPP (Norsk psykologforening, 2007). Selv om forskningen ofte undersøker avgrensede intervensjoner, tilsier klinisk erfaring at behandling av sammensatte lidelser krever integrerte og fleksible tilnærminger (Brewerton, 2023b; Briere & Scott, 2024). Ulike behandlingskomponenter må kombineres og justeres fortløpende, noe som gjør det vanskelig å isolere hvilke elementer som driver endring.

Samtidig støtter forskningen flere sentrale behandlingsprinsipper. Eksponering fremstår som en kjernekomponent (Becker et al., 2022; Craske et al., 2014; Foa, 2011), men klinisk praksis viser at eksponerende tiltak ofte kan gi en midlertidig symptomøkning. Dette krever presis tilpasning og klinisk «fingertuppsfølelse», uten at behandleren blir unnvikende. Kontekstuelle faktorer som tilgang til sosial støtte og kvaliteten på den terapeutiske alliansen synes også å påvirke behandlingsutfall (Brewerton et al., 2025; Flückiger et al., 2018). Samtidig er slike faktorer fortsatt relativt lite undersøkt empirisk.

Videre forskning

Basert på forskningen vi har funnet, mener vi fremtidige studier i større grad bør inkludere på kliniske populasjoner samt benytte større og mer sammensatte utvalg. Studiene bør også inkludere gjentatte målinger for å undersøke hvordan ulike symptomer samspiller og utvikler seg over tid, både på gruppenivå, i subgrupper og hos den enkelte pasient. Nye metoder og teknologier kan bidra til å kartlegge detaljerte endringsprosesser. For eksempel kan repeterte målinger av symptomtrykk i sanntid via pasientens egen smarttelefon gi økt innsikt i hvordan symptomer interagerer over tid. Slike tilnærminger kan være klinisk nyttige for å tilpasse behandling til den enkelte, enten som feedback underveis i behandlingen eller som kartlegging før innleggelse (se Olofsson et al., 2026). Slik kan behandlingen formes etter pasientens individuelle behov. Vårt eget forskningsmiljø planlegger blant annet å undersøke hvorvidt pasientenes egendefinerte mål påvirker behandlingsutfallet med hensyn til symptomlette.



Videre anbefaler vi at forskningen i større grad gjennomføres i naturalistiske setninger. Ettersom SF forekommer på tvers av alder, kjønn, seksuell orientering, etnisitet og sosial klasse, trenger vi studier som inkluderer mer mangfoldige pasientgrupper, som menn, etniske minoriteter, transpersoner og kjønnsdiverse personer. Dette vil øke generaliserbarheten mellom forskning og klinisk praksis. Det er også viktig å identifisere mulige undergrupper *innenfor* gruppen med SF-KPTSD, da dette kan ha betydning for behandlingsvalg og effekt.

Konklusjon

Individtilpasning av behandling ved SF-KPTSD forutsetter tillit, tid og timing. Det vil si tillit i arbeidsalliansen og teamet; til metoden og til pasientens endringskapasitet; nok tid til relasjonell forankring og tverrfaglig refleksjon; og riktig timing i integreringen av intervensjoner basert på pasientens tilstand og medbestemmelse. I tråd med EBPP-rammeverket skal psykologer integrere forskning, klinisk skjønn og pasientens individuelle kontekst i behandlingen av SF-KPTSD. Forskningen gir foreløpig noe støtte til integrering av eksponerende, traumefokuserte innslag i SF-behandling ved komorbid KPTSD. Klinisk fremgang synes i større grad å avhenge av en individuell vurdering av pasientens allianse- og reguleringskapasitet og den aktuelle tilstanden heller enn en rigid sekvensering av intervensjoner. Samlet peker dette mot en døgnbehandlingsmodell av SF-KPTSD som er fleksibel og kontekstsensitiv, der intervensjoner justeres løpende i tråd med pasientens funksjonsnivå og behandlingskapasitet. Eksponering og reduksjon av unnvikelse fremstår som sentrale transdiagnostiske endringsprosesser ved SF-KPTSD. I stedet for å betrakte SF og KPTSD som to separate lidelser, kan de forstås som funksjonelt sammenvevde unnvikelsessystemer, der eksponering retter seg mot å bryte unnvikelsessyklusen.

Referanser

- Becker, C. B., Farrell, N. R. & Waller, G. (2022). Using Exposure Therapy for Eating Disorders. I J. A. J. Smits, J. Jacquart, J. Abramowitz, J. Arch & J. Margraf (Red.), *Clinical Guide to Exposure Therapy: Beyond Phobias* (s. 277–297). Springer International Publishing.
- Brewerton, T. (2023a). History of abuse is not predictive of eating disorders with binge-eating episodes (but posttraumatic stress disorder is). *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 48(5), E367. <https://doi.org/10.1503/jpn.230064-1>



- Brewerton, T. (2023b). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity: A commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1149433>
- Brewerton, T. D., Perlman, M. M., Gavidia, I., Suro, G., Genet, J. & Bunnell, D. W. (2020a). The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2061–2066. <https://doi.org/10.1002/eat.23401>
- Brewerton, T. D., Suro, G., Gavidia, I. & Perlman, M. (2025). Level of family involvement as a predictor of outcome in eating disorder patients with and without provisional PTSD during residential treatment. *Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2460290>
- Brewerton, T. D., Trottier, K., Trim, J., Meyers, T. & Wonderlich, S. (2020b). Integrating Evidence-Based Treatments for Eating Disorder Patients with Comorbid PTSD and Trauma-Related Disorders. I C. C. Tortolani (Red.), *Adapting Evidence-Based Eating Disorder Treatments for Novel Populations and Settings* (s. 216–237). Routledge.
- Briere, J. & Scott, C. (2024). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (3. utg.). Sage Publications.
- Cardi, V., Leppanen, J., Mataix-Cols, D., Campbell, I. C. & Treasure, J. (2019). A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 173–181. <https://doi.org/10.1002/erv.2639>
- Claudat, K., Reilly, E. E., Convertino, A. D., Trim, J., Cusack, A. & Kaye, W. H. (2022). Integrating evidence-based PTSD treatment into intensive eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3599–3607. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01500-9>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T. & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Convertino, A. D. & Mendoza, R. R. (2023). Posttraumatic stress disorder, traumatic events, and longitudinal eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(6), 1055–1074. <https://doi.org/10.1002/eat.23933>



- Cooper, Z., Cooper, P. J. & Fairburn, C. G. (1989). The Validity of the Eating Disorder Examination and its Subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807–812. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.6.807>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Dagan, Y. & Yager, J. (2019). Addressing Loneliness in Complex PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(6), 433–439. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000992>
- Eielsen, H. P., Vrabel, K. & Olofsson, M. E. (2025). «Scaringly Safe»: Therapeutic Processes in Longstanding Eating Disorders With Comorbid Avoidant Personality Disorders in the Recovered Case of Jade. *Journal of Clinical Psychology*, 81(8), 694–705. <https://doi.org/10.1002/jclp.23805>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A ‘transdiagnostic’ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fisher, J. & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. I: Courtois, C.A. & Ford, J.D. (Red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (312–328). Guilford Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043–1047. <https://doi.org/10.1002/da.20907>
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5. utg.). American Psychiatric Publishing.
- Geller, J. & Srikameswaran, S. (2006). Treatment non-negotiables: Why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review*, 14, 212–217. <https://doi.org/10.1002/erv.716>
- Groth, T., Hilsenroth, M. J., Gold, J., Boccio, D. & Tasca, G. A. (2020). Therapist factors related to the treatment of adolescent eating disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 517–526. <https://doi.org/10.1037/pro0000308>



Gunderson, J. G., Will, O. A. & Mosher, L. R. (1983). *Principles and Practice of Milieu Therapy*. J. Aronson.

Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser* (Nasjonal faglig retningslinje). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Ibrahim, J., Cosgrave, N. & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>

Jacob, J., Edbrooke-Childs, J., Law, D. & Wolpert, M. (2017). Measuring what matters to patients: Using goal content to inform measure choice and development. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(2), 170–186. <https://doi.org/10.1177/1359104515615642>

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>

Langthorne, D., Beard, J. & Waller, G. (2023). Therapist factors associated with intent to use exposure therapy: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(4), 347–379. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2191824>

Lebois, L. A. M., Seligowski, A. V., Wolff, J. D., Hill, S. B. & Ressler, K. J. (2019). Augmentation of Extinction and Inhibitory Learning in Anxiety and Trauma-Related Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 257–284. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095634>

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>

Maj, M. (2005). ‘Psychiatric comorbidity’: An artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 182–184. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.182>

Meneguzzo, P., Terlizzi, S., Maggi, L. & Todisco, P. (2024). The loneliness factor in eating disorders: Implications for psychopathology and biological signatures. *Comprehensive Psychiatry*, 132, 152493. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152493>

- Mitchell, K. S., Singh, S., Hardin, S. & Thompson-Brenner, H. (2021). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes: Investigating the unified treatment model. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1260–1269. <https://doi.org/10.1002/eat.23515>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D. & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Barone, E., Carfagno, M., Monteleone, P. & Maj, M. (2021). Emotional traumatic experiences significantly contribute to identify a maltreated ecophenotype sub-group in eating disorders: Experimental evidence. *European Eating Disorders Review*, 29(2), 269–280. <https://doi.org/10.1002/erv.2818>
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R. & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: A population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 636–645. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30029-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30029-3)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE guideline). www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127–1128. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2007as08ae-Prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Olofsson, M. E., Giltay, E. J., Eielsen, H. P., Vrabel, K., Oddli, H. W. & Kopland, M. C. (2026). From promise to practice: showcasing the perceived clinical utility of idiographic networks for eating disorders with complex post-traumatic sequelae. *Journal of Eating Disorders*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-026-01579-w>
- Olofsson, M. E., Oddli, H. W., Vrabel, K. R. & Hoffart, A. (2020). In solitude is safeness: A patient perspective on eating disorders in the context of multiple childhood trauma. *Nordic Psychology*. <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762714>
- Olofsson, M. E., Vrabel, K. R., Kopland, M. C., Eielsen, H. P., Oddli, H. W. & Brewerton, T. D. (2024). Alliance processes in eating disorders with childhood maltreatment sequelae: Preliminary implications. *European Eating Disorders Review*, 181–195. <https://doi.org/10.1002/erv.3137>



- Pallister, E. & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366–386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>
- Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R. & Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*, 14(69). <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0615-5>
- Powers, A., Petri, J. M., Sleep, C., Mekawi, Y., Lathan, E. C., Shebuski, K., Bradley, B. & Fani, N. (2022). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder using exploratory structural equation modeling in a trauma-exposed urban sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 88, 102558. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102558>
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2017). Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. Guilford Press.
- Rossi, E., Cassioli, E., Cecci, L., Arganini, F., Martelli, M., Redaelli, C. A., Anselmetti, S., Bertelli, S., Fernandez, I., Ricca, V. & Castellini, G. (2024). Eye movement desensitisation and reprocessing as add-on treatment to enhanced cognitive behaviour therapy for patients with anorexia nervosa reporting childhood maltreatment: A quasi-experimental multicenter study. *European Eating Disorders Review*, 32(2), 322–337. <https://doi.org/10.1002/erv.3044>
- Rø, Ø., Reas, D. & Stedal, K. (2015). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in Norwegian adults: discrimination between female controls and eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 444–454. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2008as03ae-Evidensbasert-praksis-i-psykologi>
- Sansone, R. A. & Levitt, J. L. (2004). Borderline Personality and Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 71–83. <https://doi.org/10.1080/10640260590893665>
- Sele, P. H. V. (2026). Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder: Skills-training, Exposure, or both? [Doktorgradsavhandling]. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo / Modum Bad.
- Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H. & Oktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1796187. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>



- Shapiro, F. & Solomon, R. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy. I S. N. Gold (Red.), *APA Handbook of Trauma Psychology: Trauma Practice* (Bd. 2, s. 193–212). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000020-009>
- Silén, Y. & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362–371 <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- ten Napel-Schutz, M. C., Vroling, M., Mares, S. H. W. & Arntz, A. (2022). Treating PTSD with Imagery Rescripting in underweight eating disorder patients: A multiple baseline case series study. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00558-1>
- Thorsen-Dahl, B. (2023). *Forenkle og forbedre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fornkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/>
- Trim, J. G., Galovski, T. E., Wagner, A. & Brewerton, T. D. (2018). Treating eating disorder-posttraumatic stress disorder patients: A synthesis of the literature and new treatment directions. I L. K. Anderson, S. B. Murray & W. H. Kaye (Red.), *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders* (s. 40–59). Oxford University Press.
- Trottier, K., Monson, C., Wonderlich, S., Macdonald, D. & Olmsted, M. (2016). Frontline clinicians' perspectives on and utilization of trauma-focused therapy with individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 25(1), 22–36. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207456>
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Vist, G. E., Fossli, M., Meneses-Echavez, J. F., Helland, G. B. & Kraus, A. M. (2025). Behandling for spiseforstyrrelser: En paraplyoversikt. Folkehelseinstituttet.
- Vrabel, K. R., Hoffart, A., Rø, Ø., Martinsen, E. W. & Rosenvinge, J. H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 623–629. <https://doi.org/10.1037/a0019857>
- Wade, T. D., Shafran, R. & Cooper, Z. (2023). Developing a protocol to address co-occurring mental health conditions in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24008>



- Waller, G. & Beard, J. (2024). Recent Advances in Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders (CBT-ED). *Current Psychiatry Reports*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01509-0>
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V. & Russell, K. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide*. Cambridge University Press.
- Waller, G. & Raykos, B. (2019). Behavior therapy for eating disorders: Treating eating disorders as anxiety disorders. I M. M. Antony & D. H. Barlow (Red.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (3. utg., s. 181–191). Guilford Press.
- Waller, G., Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Bennetts, A., Bramwell, K., Dodd, J. & Ingram, L. (2018). A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *International Journal of Eating Disorders*, 51(3), 262–269. <https://doi.org/10.1002/eat.22837>
- Waller, G. & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11. utg.).