

Det foreligger lite dokumentasjon for hva som er optimal behandling ved spiseforstyrrelser

## Når slanking blir farlig

Spiseforstyrrelser inndeles i hovedgruppene anoreksi, bulimi og atypiske spiseforstyrrelser. Denne diagnostiske inndelingen har betydelige begrensninger, og i flere store undersøkelser er uspesifiserte spiseforstyrrelser den største gruppen. Symptombildet hos en pasient kan variere over tid, og mange veksler mellom de forskjellige diagnosene. De ulike spiseforstyrrelsene har mange fellestrekk – blant annet har de fleste pasienter lav selvfølelse, som blir bedre når kroppen er tynn og lett. Det er ikke tilfeldig at det nasjonale utdanningsprogram om spiseforstyrrelser for helsepersonell heter nettopp Kropp og selvfølelse. Ofte har de ulike typer spiseforstyrrelse mer til felles enn det som skiller, og det har derfor vært satt spørsmålstejn ved hensiktsmessigheten av den gjeldende diagnostiske inndelingen (1).

Regelmessige måltider og normalisering av spiseatferd regnes som grunnleggende ved all behandling av spiseforstyrrelser. Det er vanskelig å arbeide med følelsesmessige vanskeligheter hos mennesker med alvorlig undervekt eller kaotiske spisemønstre. Antidepressive medikamenter kan bidra til å redusere trangten til overspising, men utover dette er det ikke dokumentert noen nytte av medikamentell behandling. Strukturerte psykologiske metoder, interpersonell og kognitiv terapi, er godt dokumentert ved bulimi, og familiebehandling er veletablert når det gjelder barn med anoreksi. For voksne mennesker med anoreksi og ved atypiske spiseforstyrrelser har vi lite empirisk kunnskap om hva som er optimal terapi. Det er derfor et stort behov for forskning for å finne frem til bedre metoder (2). Forskningsinnsatsen i Norge på dette området har vært begrenset, men gjennom Nasjonalt forskningsnettverk innen spiseforstyrrelser ønsker myndighetene å stimulere til samordning og økt aktivitet i klinisk forskning.

Fra et folkehelseperspektiv er det problematisk at gjennomsnittsvekten i befolkningen øker. Det skyldes hovedsakelig fysisk inaktivitet. For de fleste mennesker vil mer mosjon og sunnere kost med færre kalorier være gunstig for både fysisk og psykisk helse (3), men overdreven fysisk aktivitet og slanking ser ut til å kunne utløse spiseforstyrrelser hos sårbare individer.

Behandlingsmotivering er spesielt viktig ved spiseforstyrrelser, og pasientenes ambivalente forhold til endring kan være svært utfordrende for behandleren. Problemene likner dem vi møter i behandling av rusmisbruk og rusavhengighet. Alle ønsker å slippe de negative konsekvensene, men rusmidlene har også positive sider – det jo derfor de blir brukt. Dersom betingelsen for å bli kvitt de negative effektene er å gi slipp på de positive virkningene, vil en del vegre seg mot endring.

Noen mennesker med spiseforstyrrelser er lite motivert for endring, men søker behandling fordi familie eller venner har presset dem. Undervektige personer med anoreksi vil ofte få økte subjektive plager når de går opp i vekt, og dette påvirker behandlingsmotivasjonen. De fleste som har bulimi, ønsker å få hjelp til å redusere overspising og selvpåført oppkast, og dette kan komme i konflikt med ønsket om lav vekt og en slank kropp.

Det er plagsomt å ha en spiseforstyrrelse, men det gir også muligheter for kontroll og er en måte å regulere vanskelige følelser på. Sett i dette perspektivet kan ønsket om forandring være tvetydig.

I slike situasjoner er det en viktig oppgave for behandlingspersonalet å arbeide med motivasjonen. Det er utviklet gode modeller for dette, og motivasjon for atferdsendring er etter hvert blitt et viktig fagområde (4).

Spiseforstyrrelser representerer et stort helseproblem og er en utfordring for helsevesenet. Lidelsene ses hos begge kjønn, men oftest hos kvinner, og vi regner med at om lag 50 000 kvinner i Norge har en behandlingstrengende spiseforstyrrelse (5). Oppmerksomheten omkring spiseforstyrrelser har vært økende den senere tid, men det er uklart om dette skyldes at sykdommene opptrer hyppigere enn før. Alvorlighetsgraden varierer betydelig, og kun et mindretall søker behandling i helsevesenet. Mange kan få god støtte i selvhjelpsgrupper eller i primærhelsetjenesten, men en mindre andel trenger høyt spesialiserte tilbud (5). I Norge er det få sentre med spesialkompetanse, og kapasiteten er liten. Det er en stor utfordring å sikre at det begrensede tilbud som foreligger, benyttes best mulig.

Nytten av sykehusbehandling er ikke avklart. Noen ganger er innleggelse tvingende nødvendig for å avverge alvorlige somatiske komplikasjoner eller berge liv. Men behandling i sykehus kan også være nyttig for mennesker med mer kroniske plager hvor poliklinisk behandling ikke har ført frem (6). I en slik spesialisert behandling er det viktig å sikre kontinuitet i kontakten mellom pasient og behandler og mellom ulike behandlere og sikre at nødvendige kunnskaper overføres mellom omsorgsnivåene. Mange pasienter med spiseforstyrrelser vil være spesielt sårbare for brudd i relasjoner.

I dette nummer av Tidsskriftet starter en temaserie om spiseforstyrrelser (2, 7). Ledende norske fagpersoner vil omtale viktige aspekter ved disse lidelsene. Artiklene bringer nyttig kunnskap til leger og annet helsepersonell som ønsker å hjelpe mennesker med spiseforstyrrelser. Problemets omfang er stort, lidelsestrykket formidabelt og betingelsen for å lykkes er at alle ledd i behandlingskjeden bidrar og samarbeider.

### Egil W. Martinsen

*egil.martinsen@modum-bad.no*

*Egil W. Martinsen (f. 1950) er spesialist i psykiatri og leder ved Forskningsinstituttet, Modum Bad.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407–16.
2. Skårderud F, Rosenvinge JH, Gøttestam KG. Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1938–42.
3. Klepp KI. De sunne valgene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1226.
4. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
5. Rosenvinge JH, Gøttestam KG. Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 285–8.
6. Rø Ø, Martinsen EW, Hoffart A et al. Short-term follow-up of severe bulimia nervosa after inpatient treatment. *Eur Eating Dis Rev* 2003; 11: 405–17.
7. Rosenvinge JH, Børresen R. Kan man forebygge spiseforstyrrelser? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1943–6.