

Spiseforstyrrelser – en oversikt

Sammendrag

I denne artikkelen gir vi en oppdatert oversikt over fagfeltet spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er tradisjonelt blitt forbundet med anorexia nervosa, men det er kommet til nye diagnostiske kategorier som bulimia nervosa og «patologisk overspising» (binge eating disorder). I artikkelen presenteres historikk, forekomst, nyere kunnskap om årsaker samt kunnskapsbasert viten om behandling.

I dagens psykologiske forståelse av spiseforstyrrelser legges det stor vekt på lav selvfølelse og pasienters subjektive problemer med å ha kontroll over livet. Det er behov for flere behandlingsplasser og systematiserte kompetansefremmende tiltak.

Spiseforstyrrelser medfører både psykiske og somatiske symptomer, og leger bør se sin særlige rolle i utredning og behandling. For få leger deltar i dagens norske utdanningsprogrammer. Svært mange pasienter med spiseforstyrrelser kan få god hjelp av fastleger med interesse og kunnskap om feltet.

I Tidsskriftet nr. 15–18/2004 publiseres en serie artikler om spiseforstyrrelser

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1915

Finn Skårderud

finn.skarderud@psykiatri.uio.no
Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri
Helseregion Øst og Sør
Postboks 23 Tåsen
0801 Oslo

Jan H. Rosenvinge

Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø

K. Gunnar Gøtestam

Institutt for nevromedisin
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

I løpet av de siste 20 år har spiseforstyrrelser endret karakter fra å være et «sjeldent tilfelle» til å bli et «hett tilfelle». Det er tvilsomt om forekomsten har økt dramatisk i befolkningen (1, 2), men synligheten i helsevesenet er blitt klart tydeligere. På grunn av økt oppmerksomhet, mindre stigmatisering og mer vekt på rett til helsehjelp vil trolig stadig flere søke behandling. Kun om lag 30 % av alle som har anorexia nervosa og under 6 % av dem som har bulimia nervosa, kommer noen gang til behandling i helsevesenet (3). Det er mer oppmerksomhet omkring behovet for sykehustilbud til de aller dårligste. Det er viktig og nødvendig. Men en liten gruppe, de aller alvorligste, ofte mest dramatiske og ressurskrevende tilfellene, bør imidlertid ikke ta for mye oppmerksomhet fra majoriteten. Det er et faktum at de aller fleste med spiseforstyrrelser går på arbeid eller skole hver dag. Flesteparten av disse er normalvektige – problemet er ikke synlig.

Mange vegrer seg for å ta kontakt med behandlingsapparatet. Gjennomsnittlig går man med alvorlige problemer i 4–5 år før man søker hjelp (4). Svært ofte er det fastlegen som er pasientens møte med helsevesenet. Skam, skyldfølelse og mange års overveieelse om hvorvidt man skal søke hjelp gjør pasienten sårbar. Derfor er det viktig at møtet med fastlegen er preget av forståelse, kunnskaper og interesse, slik at dette kan bli opptakt til videre behandling. Noen ganger vil det være aktuelt å henvise til spesialisthelsetjenesten, men svært mange kan få meget god hjelp med relativt begrenset terapeutisk innsats, ikke minst fra første- og andrelinjetjenesten. Hensikten med denne artikkelen er å gi en oppdatert oversikt over fagfeltet for å bidra til nettopp interesse, kunnskap og forståelse blant leger og andre helsearbeidere.

Historikk

Spiseforstyrrelser ble lenge oppfattet som ensbetydende med anoreksi. Det første begrep som ble dannet var anorexia nervosa, introdusert av sir William Gull i England i 1872. På slutten av 1800-tallet hadde lidelsen fått en viss anerkjennelse og oppmerksomhet i europeisk medisinsk litteratur. I Norge, derimot, søkte man langt opp i 1950-årene etter andre diagnostiske betegnelser, som Simmonds sykdom, «nervøs dyspepsi», «hysteri», psykosomatisk lidelse eller «somatopsykisk lidelse» (5, 6). Sammenliknet med utlandet kom den norske anerkjennelsen av diagnosen anorexia nervosa ganske sent. Det var noen få ildsjeler som markerte seg, men til gjengjeld sterkt. De bidro med vitenskapelige arbeider som ennå nevnes, som terapibeskrivelser, prospektive forløpsstudier og metodikk for å undersøke kroppsbildeforstyrrelser (7–10).

I 1980-årene begynte spiseforstyrrelser å vekke større interesse, både blant profesjonelle og legfolk. Flere forhold spilte sammen – som at flere pasienter ble synliggjort i behandlingsapparatet, økende evne blant klinikere til å diagnostisere slike fenomener, samt et samfunnskritisk engasjement. Ikke minst kvinnebevegelsen bidro til å sette kritisk søkelys på kulturelle risikofaktorer, som tynne skjønnhetsidealer.

Spiseforstyrrelser i endring

Fra 1980-årene og frem til i dag har den profesjonelle forståelsen av spiseforstyrrelser endret seg betraktelig. Man kan spørre seg om lidelsesformene også har endret seg. Spiseforstyrrelser som lidelser er plastiske, i den forstand at de symptomatiske uttrykkene påvirkes av samfunnsmessig og kulturell kontekst. Ett forhold er at risikofaktorer kan endre seg, som økte krav til kroppsdisciplinering eller at ustabil og utrygg identitetsdanning brer om seg i samfunnet. Et annet forhold er at økt oppmerksomhet om slike lidelsesformer i medier og populærpresse kan



Hovedbudskap

- Kompetanse er å kunne differensiere personer med spiseforstyrrelser til forskjellige omsorgsnivåer og -tiltak
- Å arbeide med pasientenes motivasjon for bedring står sentralt i legens behandling av spiseforstyrrelser

bidra til at flere personer tester ut eller «velger» slik symptomatferd. Dette bidrar til at gruppen av personer med spiseforstyrrelser blir mer heterogen. Leger og andre helsearbeidere må derfor forholde seg til et langt mer komplekst bilde enn den gang spiseforstyrrelser ble forbundet med den sjeldne tilstanden anorexia nervosa.

Flere diagnostiske kategorier

I 1979 ble bulimia nervosa etablert som en diagnostisk kategori (11). Gjentatte episoder med overspising av store mengder mat, med en subjektiv opplevelse av å ha mistet kontrollen over inntaket, blandet med metoder for «renselse» (oppkast, fysisk aktivitet, faste, lakserende preparater, vann drivende eller slankende preparater) er sentrale trekk. I siste utgave av den amerikanske psykiaterforeningens diagnosesystem DSM-IV er det et eget kriterium at «selvfølelsen er svært knyttet til vekt og utseende» (12).

I DSM-IV etableres også en tredje form for spiseforstyrrelser blant unge og voksne, «patologisk overspising» eller «overspisingsslidelse» (binge eating disorder). Dette dreier seg om overspising uten den kompensatoriske atferden man ser ved bulimi. Slik diagnostikk minner oss om at en del overvektstilstander har bakgrunn i en spiseforstyrrelse. Derfor bør slike tilstander behandles i henhold til psykoterapeutiske prinsipper slik at pasienten ikke utelukkende tilbys slankeprogrammer. En slik kategori finnes ikke i ICD-10 (13).

Både DSM-IV og ICD-10 har en egen kategori for atypiske lidelsesformer. Denne restkategorien synes å øke i forekomst (14), men dette er vanskelig å anslå presist på grunn av grenseoppgangen til normale variasjoner.

Ikke bare tenåringsjenter og unge kvinner

De siste to tiårene har det også vært økt kunnskap om spiseforstyrrelser hos gutter og menn (15). Dette er betydningsfullt, da ensidig vektlegging av dette som kvinnelige lidelser har bidratt til at menn har unnlatt å være åpne om sine plager. Spiseforstyrrelser, særlig med overspising, er forbundet med skamfølelser som gjør at mange ikke tar kontakt med behandlere. Flere menn har i tillegg kjent skammen ved å lide av en «kvinnelidelse». Man regner at 10–20 % av dem som lider av spiseforstyrrelse er menn (16). I det praktiske behandlingsarbeidet er det få forskjeller i tilnærmingene til de to kjønn, men motivasjonen for kroppsendringene er ofte forskjellig: Der hvor jenter søker å bli tynnere, ønsker gutter ofte å bli sunnere, ofte med større muskler og lavere fettprosent.

Forekomst

Ungdom og voksne

Det er stor variasjon i forekomsttall. Dette skyldes at studier har brukt vanskelig sammenliknbare metoder. Man ser også over-

drevne forekomstestimer, så vel som antakelser om en dramatisk epidemi av spiseforstyrrelser i befolkningen. Dette skyldes i hovedsak bruk av upresise eller inadekvate epidemiologiske metoder. Det er i stedet indikasjoner på at insidensen av anoreksi har vært relativt stabil de siste 25 årene, mens det muligens har vært en svakt økende insidens for bulimi (1, 2). Økt søkning til hjelpeapparatet betyr ikke nødvendigvis økt insidens i befolkningen. Pålitelige studier antyder 10–40 nye tilfeller av anorexia nervosa per 100 000 kvinner per år (insidens), samt en prevalens på 0,2–0,4 %. Nye årlige tilfeller av bulimi varierer sterkt, men anslagsvis regnes 5–65 tilfeller per 100 000 kvinner per år. Prevalensen av bulimi er høyere enn ved anoreksi, omkring 1–2 % (3). For overspisingsslidelse antydes det en prevalens på mellom 1,5 % og 3,2 % (17).

Nær 50 000 norske kvinner mellom 15 og 45 år har en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse. Om lag 600 av dem trenger høyt spesialiserte tjenester (18). En annen måte å se dette på er at de aller fleste av de øvrige kan behandles med godt resultat av fagfolk uten spesialistkompetanse på spiseforstyrrelser. Erfaringsvis kan en fastlege med interesse for feltet bidra med svært mye. Spredningen i varighet er stor. Strober og medarbeidere (19) rapporterer nær 76 % helbredelse blant jenter i alderen 12–17 år med alvorlig anorexia nervosa. Disse pasientene fikk optimale terapiressurser, men det tok ti år før så gode resultater ble oppnådd. Etter tre år var bare 1 % friske, mens 21 % hadde symptombedring. En studie av bulimi viser at 60 % var friske etter seks år (20).

Barn

Det har vært en viss oppmerksomhet omkring at pasienter blir «stadig yngre». Det dreier seg primært om anorexia nervosa (early onset anorexia nervosa). Det er lite vitenskapelig grunnlag for slike påstander, men oppmerksomhet og diagnostisk kompetanse i forhold til spiseforstyrrelser hos barn før puberteten er økt (21).

Komorbiditet

Psykiatrisk komorbiditet knytter seg først og fremst til personlighetsforstyrrelser. En metaanalyse av forskningslitteraturen (22) viser at gjennomsnittlig nær 60 % av pasienter med spiseforstyrrelser har en eller annen form for personlighetsforstyrrelse. Det er ikke avgjørende forskjeller mellom anoreksi og bulimi. For pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus er andelen høyere. Pasienter med anorexia nervosa faller inn under engstelig/unnvikende og avhengig personlighetsforstyrrelse. Pasienter med bulimi er mer heterogene og kan ha en ustabil personlighetsforstyrrelse, så vel som narsissistisk, hysteriform, unnvikende eller avhengig. Mange klinikere har antatt at det er en særlig forbindelse mellom bulimi og ustabil personlig-

hetsforstyrrelse, men dette kan ikke dokumenteres ut fra forskningslitteraturen. Dobbeltdiagnosen personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelse representerer lavere nivå av fungering og er vanskeligere å behandle (23).

Alvorlig depresjon og dystymi finnes hos 50–75 % av pasienter med anoreksi og bulimi (24, 25). Pasienter med anoreksi har en livstidsprevalens på 25 % for tvangstilstander (23, 24). Dette er omtrent det samme som for bulimi (25). Nær 40 % av pasienter med bulimi har også et rusmiddelmisbruk, dette er dobbelt så hyppig som ved anoreksi (24).

Årsaksforhold

Økende forståelse for kompleksiteten i etiologi har gjort det hensiktsmessig å flytte oppmerksomhet fra isolerte risikofaktorer til å se på mekanismer eller sårbarhetsmodeller. Det er vanlig å skille mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold (ramme 1–3) (26, 27).

Spiseforstyrrelsens psykologi

Selvfølelse og kontroll

I forståelsen av anoreksi har det historisk vært en meget sterk kobling til seksualitet. Helt siden diagnosen anorexia nervosa ble definert i 1872, har det vært spekulert i lidelsens psykoseksuelle karakter. I dag legger vi langt mindre vekt på psykoseksuelle forhold i etiologien. For noen er «frykt for seksuell modning» en relevant utløsende faktor, for andre irrelevant. Og pasienter med alle former for spiseforstyrrelser kan ha et velfungerende seksualliv. Psykologiske forhold som nå settes i forgrunnen som etiologiske forhold, er *lav selvfølelse* og problemer omkring *kontroll*.

Lav selvfølelse, eller negativ selvevaluering, er en fellesnevner ved alle tre former for spiseforstyrrelse (28–30). Lav selvfølelse utgjør et grunnlag for at personen er misfornøyd med seg selv og vil forandre seg. Endring av kroppen blir et konkret uttrykk for en slik forandring. Symptomatisk atferd representerer et problem, en sykdom, men den er også, eller var i tidlige faser av lidelsen, en mestringsstrategi. Atferden er et problem, men også et middel til å fremme selvfølelsen. Problemet omkring selvfølelse er selvforsterkende, da spiseforstyrrelser, især når de innebærer kontrolltap i form av overspising, fører til tap av selvfølelse.

Goss & Gilbert (31) mener at et mer dekkende begrep enn lav selvfølelse er «internalisert skam». De aktivt negative selvevalueringene som er fremtredende ved skam, genererer handlinger. Man ser seg selv med negative egenskaper som man vil forandre, kvitte seg med eller skjule for seg selv og sine omgivelser.

Kontroll er som begrep problematisk i vitenskapelig forstand. Det kan operasjonaliseres på forskjellig vis. Kontroll svarer ofte til subjektive erfaringer hos pasientene selv.

Ramme 1**Disponerende forhold. En sårbarhet som i møte med utløsende forhold kan resultere i spiseforstyrrelse**

- Genetiske forhold
- Personlighet – perfeksjonistiske trekk øker risiko for utvikling av anoreksi (26)
- Familiære forhold
- Traumer og fysiske/sekuelle overgrep
- Kulturelle forhold som slankepress, især når disse formidles via familie-medlemmer eller venner (27)

Ramme 2**Utløsende forhold**

- Tap og konflikter
- Mobbing
- Tidlig pubertet
- Store prestasjonskrav
- Endrede livsvilkår, som flytting, språkkurs i utlandet
- Skader hos idrettsutøvere
- Slanking

Ramme 3**Vedlikeholdende forhold**

- Familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelsen
- Negative reaksjoner fra miljøet
- Psykiske symptomer av feil- eller underernæring, som depresjon, affekt-labilitet, utmattelse
- Opplevd nytte av symptomer, som «jeg har mer kontroll», opplevelse av å være ekstraordinær, demping av indre uro og spenning, unnvikelse av negative følelser, fravær av menstruasjon

De refererer ofte til opplevelsen av å ha lite kontroll i sine liv, og at forsøkene på å kontrollere appetitten både er et konkret og et symbolsk uttrykk for å gjenvinne en slik kontroll (26, 32). I neste omgang vil personer med spiseforstyrrelser som regel miste kontrollen over slik atferd eller kontrollen over tanker og følelser. «Nervosa» i anoreksi og bulimi referer til den emosjonelle og kognitive overopptattheten av mat, vekt og utseende.

Men manglende kontroll over hva? Forskjellige forfattere bringer forskjellige beskrivelser og modeller, som samlet viser et

mangfold av motiver. Crisp (33) er opptatt av kontrollsvikt i psykobiologisk forstand – at manglende mestring av psykologiske og biologiske forandringer i puberteten er et utløsende forhold for anorexia nervosa. I psykodynamiske modeller erfares kontrolltemaet på et interpersonlig nivå i forhold til omsorgsgivere. Pioneren Hilde Bruch definerte anorexia nervosa som «en kamp for kontroll, identitet, mestring og effektivitet» (34). Den voksende litteraturen om affektregulering er opptatt av at personer med spiseforstyrrelser enten ikke kan kontrollere sine affekter eller kontrollerer dem ved å forsøke å undertrykke dem. Feminister henviser til en kjønnset kultur, hvor unge kvinner sitter igjen med «følelser av forvirring, frykt og avmakt» (35). Nasser diskuterer radikale samfunnsforandringer, kulturer ute av kontroll, og foreslår å døpe om spiseforstyrrelser til «sosialt kaos-syndrom» (36).

Funksjonelle analyser

Særlig anoreksi kan fremstå som vanskelig å forstå, med sine motsetningsfulle trekk. Symptomatisk atferd kan blant annet gå ut på å overdrive normative idealer, som å prestere i skole, arbeid, idrett eller i sosial omgang, en slags patologisk normalitet (32). Mange viser motvilje mot å gi slipp på symptomer og på sykerollen. Kritisk dårlige anoreksipasienter som motsetter seg behandling kan fremstå som særlig provoserende og vanskelige, ikke minst i lys av de harde prioriteringer som daglig må gjøres i helsevesenet. Dette har klart bidratt til en del dårlige terapeutiske forløp.

Funksjonelle analyser viser hvordan spiseforstyrrelser også kan tjene positive funksjoner. Matrestriksjoner og vekttap kan gi følelsen av å mestre noe, ha kontroll eller få positiv respons fra omgivelsene. Spiseforstyrrelsen som livsprosjekt kan gi en opplevelse av å være unik og markere grenser hvor man kan føle truende grenseløshet. Mange pasienter snakker om spiseforstyrrelsen som en beskyttelse. Både sult og annen restriktiv atferd som ekstrem fysisk aktivitet, oppkast og overspising kan fungere som teknikker for å glemme, for å komme unna ubehagelige følelser og tanker. Spiseforstyrrelsen vil ofte være en meget tidkrevende og oppslukende aktivitet, noe som gjør at mange trekker seg fra sosiale sammenhenger og dermed unngår det som oppleves som vanskelige relasjoner og skremmende intimitet.

Spiseforstyrret atferd i forskjellige former kan beskrives som «mestringsformer» med store kostnader psykisk, somatisk og sosialt. Spiseforstyrrelsen er en fiende, men også en venn (32). Et praktisk uttrykk for forståelsen av slike sider ved spiseforstyrrelser er behandlernes innsikt i pasienters ofte begrensede eller vaklende motivasjon til å bli friske. Spiseforstyrrelser representerer særlige utfordringer for å etablere et velfungerende lege-pasient-forhold. Ved spiseforstyrrelser må man eksplisitt og vedvarende skape end-

ringsmotivasjon, nettopp ved å arbeide med de ambivalente holdningene til bedring. Kartlegging av endringspotensial og metoder for å fremme motivasjon i pasientarbeidet er utviklet av Geller og medarbeidere (37) og er et nyttig redskap i behandlingen. I praksis betyr dette at legens intuitive vektlegging av symptomer og komplikasjoner ved vekttap, kanskje for å vekke eller skremme pasienten til f.eks. å begynne å spise, må nedtones til fordel for å anerkjenne de aspekter ved spiseforstyrrelsen som pasienten opplever som positive.

Endret forståelse av familien

I kliniske miljøer lever det ennå myter fra eldre litteratur om at spesifikke familierelasjoner eller kommunikasjonsformer disponerer for spiseforstyrrelser. For to-tre tiår siden fikk vi beskrivelser av «den anorektiske familie» (38–40). Stereotypene pekte i retning av at familier med anoreksi var overorganiserte og tette, mens familier med bulimi var desorganiserte og kaotiske (41). Det finnes imidlertid ikke dekning for slike typologier i forskningslitteraturen. Det er vanskelig å bestemme kausalitet. Finnes det disponerende familieproblemer, eller er dysfunksjonelle familiemønstre en konsekvens av å ha et familiemedlem med en alvorlig spiseforstyrrelse? Dekonstruksjonen av myter om familietyper har gått parallelt med mer positive holdninger til å inkludere familien i behandlingsarbeidet.

Det vi faktisk vet, er at risikoen for bulimi er relatert til om slanking forekommer hos familiemedlemmer, om disse har eller har hatt spiseforstyrrelser eller overvekt, samt om nære familiemedlemmer gjennomgående kritiserer vekt eller utseende. Studier påviser også en viss genetisk disposisjon for både anoreksi og bulimi. Men dels er metodologiske kvaliteter ved studiene diskutabelt, og dels vet vi lite om hva som arves (42).

Tiltak**Forebygging**

I 1990-årene var den offentlige prioriteringen å satse på universelle, skolebaserte primærforebyggende tiltak. Et betydelig dilemma med forebyggende arbeid er imidlertid mangel på empirisk belegg for nytteverdien. En negativ sideeffekt kan være at oppmerksomhet omkring symptomer kan bidra til uheldig læring og økt fascinasjon knyttet til det å ha en spiseforstyrrelse. Nyere modeller for forebyggende arbeid tar derfor utgangspunkt i å styrke selvfølelse og mestring fremfor å komme med avskrekkende sykdomsinformasjon (43). Det har i liten grad vært organisert forebyggende arbeid overfor foreldregruppen. Dette burde være meget relevant, gitt kunnskapen om at barns negative holdninger til kropp mye formidles via foreldre, og at foreldre er rollemodeller for slankeatferd så vel som for negativ selvforståelse.

Kompetanse

De aller siste årene har det offentlig vært systematisk satset på kompetanseheving. I helseregionene Øst, Sør og Nord-Norge driver man utdanningsprogrammet Kropp og selvfølelse, åpent for alle nivåer i helsevesenet. Helseregion Vest starter opp tilsvarende høsten 2004. Et mål for dette programmet er, utover selve kompetansehevingen, å bidra til lokale og regionale kompetansenettverk (44). Norsk, henholdsvis Nordisk selskap for spiseforstyrrelser, er et nettverk som er åpent for alle helsearbeidere og forskere som er involvert i arbeid med disse lidelsene. Nok et kompetansehevede tiltak er implementering av kliniske retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten (3). Sosial- og helsedirektoratet har gitt økonomisk støtte til formaliseringen av et nasjonalt klinisk forskningsnettverk samt tatt initiativ til å etablere et nasjonalt klinisk nettverk.

Selvhjelp

I Norge har vi to landsomfattende selvhjelpsorganisasjoner: Interessegroupe for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS) og Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS). Begge organisasjonene samarbeider med fagfolk. Selvhjelp er i enkelte fagmiljøer av ulike årsaker blitt sett på som annenrangs, men dette er ubegrunnet. Erfaring samt randomiserte, kontrollerte studier (45, 46) viser at selvhjelp for å styrke selvfølelse samt mestring av symptomer etter prinsipper fra kognitiv terapi kan være svært effektivt.

Behandling

Psykoterapi er den mest effektive behandlingsmetoden for spiseforstyrrelser. Terapi kan gjennomføres på individ-, gruppe- og familienivå. I forhold til de mange kasuistiske meddelelsene er det få kontrollerte terapistudier ved anorexia nervosa. Dette er både påfallende og problematisk, gitt tilstandens mulige alvorlighetsgrad. Ut fra de studiene som finnes, kan man ikke anbefale noen psykoterautiske tradisjoner fremfor andre (47). Behovet for økt forskning er således stort.

Når det gjelder bulimi, og etter hvert også overspisingslidelse, finnes det en rekke kontrollerte studier. De fleste beskriver individualterapi med kognitiv atferdsterapi, der man arbeider med å redusere symptomfrekvens og å endre affektloadede kognitive forestillinger som styrer symptomatferden. Gjennomsnittlig 50–80 % klarer med slik behandling å redusere overspising, oppkast og misbruk av lakserende eller slankende medikamenter, mens andelen som oppnår fullstendig symptomtombortfall er varierende (3). At det har vært størst forskningsinteresse omkring denne tradisjonen, handler ikke minst om at kognitiv atferdsterapi i stor grad baseres på behandlermanual, eksempelvis med 20 sesjoner, én per uke. Dette gjør også en slik tilnærming forskbar, mens det metodisk har vist seg vanskeligere å

gjennomføre forskning på mer terapeutavhengige tilnærminger som psykodynamisk terapi. Det er således behov for mer evidensbasert kunnskap om andre terapeutiske tilnærminger. Det finnes etter hvert en viss dokumentasjon for effekten av interpersonlig psykoterapi. Denne tradisjonen ble opprinnelig utviklet som korttidspsykoterapi for depresjon, men er tilpasset bulimi og overspising. Ved interpersonlig terapi arbeider man mye med hvordan symptomer spiller seg ut i mellommenneskelige relasjoner. Ved bulimi fører kognitiv atferdsterapi til raskere endring, men interpersonlig psykoterapi har like god effekt på lengre sikt (48). Ved overspisingslidelse har interpersonlig psykoterapi like god effekt som kognitiv atferdsterapi både på kort og lang sikt (49). For pasienter under 18 år og med en sykdomsvarighet på under tre år er familietilnærmingen mer effektiv enn individualterapi når det gjelder vektøkning, symptombedring, familierelasjoner og seksuell og sosial tilpasning (50).

Et dilemma i behandlerkulturen er at selv om det altså finnes kunnskapsbasert medisin, tar man i liten grad konsekvensen av dette og tilpasser behandlingen i henhold til anbefalingene. Terapeutiske kulturer er konservative.

En helhetlig psykoterautisk tilnærming vil kunne inkludere arbeid med følgende elementer:

- *Atferdsendring*, som normalisering av spiseatferd, slutt på oppkast m.m.
- *Pedagogikk*, med informasjon om sunn kost, kroppens næringsmessige behov og somatiske konsekvenser av spiseforstyrret atferd
- *Kognisjon*, å utfordre sentrale dysfunksjonelle tankemønstre, som f.eks. «jeg kan bare være lykkelig som tynn»
- *Følelser*, knytte spiseatferd til grunnleggende følelser, som skam, savn, sorg, sinne m.m.
- *Relasjoner*, belyse forholdet til andre og spiseforstyrrelsens rolle i slike samspill

I tillegg kommer naturligvis somatisk utredning og medisinske tiltak (32). Særlig ved alvorlige spiseforstyrrelser er behandlingen tverrfaglig. Av hensyn til kontinuitet i behandlingen kan et tverrfaglig team i sykehus gjerne inkludere pasientens fastlege. Utfordringen for teamet er å utnytte ulike yrkesgruppers kompetanse til å skape en «mer-viten», noe mer enn summen av den enkeltes kompetanse. En annen utfordring er å skape konsensus om den primære faglige oppgaven slik at den ofte behandlingsmotvillige pasienten ikke blir en kasteball mellom avdelinger eller forvaltningsområder.

De fleste pasientene kan behandles i polikliniske sammenhenger, i første- og annenlinjetjenestene. Et begrenset antall må behandles i sykehus, enten på grunn av somatiske forhold eller alvorlige psykiatriske tilstander. Det er en viktig utfordring å differensiere pasienter med spiseforstyrrelser til

forskjellige omsorgsnivåer. Den tidligere relativt ensidige norske satsingen på forebyggende tiltak har nok bidratt til at vi er blitt hengende etter andre land i etablering av høyspesialiserte og tverrfaglige sykehustilbud for de aller dårligste pasientene. Dette er noe av grunnen til at svært mye av dagens oppmerksomhet rettes mot behovet for flere sykehusplasser.

Behandling i sykehus skal ideelt skje frivillig. Frem til et barn er 16 år er foreldrenes samtykke tilstrekkelig grunnlag for frivillighet. I kritiske tilfeller kan tvangsbehandling bli aktuelt, og det blir praktisert. De juridiske retningslinjene for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling ved alvorlige spiseforstyrrelser er imidlertid uklare, og fagmiljøene etterlyser klarere forskrifter fra sentrale helsetyngdigheter.

For anoreksi finnes det ikke noen medikamenter med dokumentert effekt. Om man anvender psykofarmaka, er det således på andre indikasjoner, som angst eller depresjon. Ved bulimi har man i Norge ett registrert preparat. Det er fluoksetin. Anbefalt døgndosering er 60–80 mg (51). I Felleskatalogen gis det klart uttrykk for at dette ikke skal brukes alene, men som tilleggsbehandling til psykoterapi. I praktisk behandling vil det kunne være aktuelt å bruke forskjellige psykofarmaka og andre medikamenter, men det er da med komorbide lidelser eller følgetilstander som indikasjon.

Litteratur

1. Fombonne E. Anorexia nervosa: no evidence of an increase. Br J Psychiatry 1995; 166: 462–71.
2. Fombonne E. Is bulimia nervosa increasing in frequency? Int J Eat Disord 1996; 19: 287–96.
3. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserie 7–2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
4. Rosenvinge JH, Klusmeier AK. Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. Eur Eat Disord Rev 2000; 8: 293–300.
5. Rosenvinge JH, Vandereycken W. Early descriptions of eating disorders in the Norwegian medical literature. Acta Paedopsych 1994; 56: 279–81.
6. Skårderud F, Rosenvinge JH. The history of eating disorders in Norway. Eur Eat Disord Rev 2001; 9: 217–28.
7. Eitinger L. Anorexia nervosa. Nord Med 1951; 45: 915–8.
8. Nævestad M. Psykoterautien ved anorexia nervosa. Nord Psykiatrisk Tidsskr 1969; 23: 153–64.
9. Askevold F. Measuring body image. Psychother Psychosom 1975; 26: 71–7.
10. Bassøe HH, Eskeland I. A prospective study of 133 patients with anorexia nervosa. Treatment and outcome. Acta Psychiatr Scand 1982; 65: 127–33.
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. utgave (DSM-III). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. utgave (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
13. World Health Organization. ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
14. Gøtestam KG, Agras WS. A population based epidemiological study of eating disorders in Norway. Int J Eat Disord 1995; 18: 119–26.
15. Kjelsås E, Augestad LB, Flanders WD. Screening of males with eating disorders. Eat Weight Disord 2003; 8: 304–10.

>>>

16. Gøtestam KG, Eriksen L, Hagen H. An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 263–8.
17. Rosenvinge JH, Sundgot-Borgen J. Spiseforstyrrelser – hvordan er behandlingen organisert? En nasjonal kartlegging i psykiatrisk og somatisk spesialisthelsetjeneste. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 21–3.
18. Rosenvinge JH, Gøtestam KG. Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 285–8.
19. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of anorexia nervosa in adolescents. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 339–60.
20. Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W. Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 738–43.
21. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders: a parent's guide. London: Penguin, 1998.
22. Rosenvinge JH, Martinussen M, Østensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000; 5: 52–61.
23. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE et al. Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 403–16.
24. Halmi KA, Eckert E, Marchi P et al. Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712–8.
25. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859–67.
26. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1999; 37: 1–13.
27. Shisslak CM, Crago M, McKnight KM et al. Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *J Psychosom Res* 1998; 44: 301–13.
28. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA et al. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 509–17.
29. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL et al. Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 425–32.
30. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 468–76.
31. Goss K, Gilbert P. Eating disorders, shame and pride: a cognitive-behavioural functional analysis. I: Gilbert P, Miles J. Body shame. New York: Brunner-Routledge, 2002: 219–55.
32. Skårderud F. Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2000.
33. Crisp AH. Anorexia nervosa as a flight from growth: assessment and treatment based on the model. I: Garner DM, Garfinkel PE, red. Handbook for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997: 248–77.
34. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, 1973.
35. Orbach S. Fat is a feminist issue. Feltham: Hamlyn Publishing, 1978.
36. Nasser M. Culture and weight consciousness. New York: Routledge, 1997.
37. Geller J, Drab D. The readiness and motivation interview: a symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7: 259–78.
38. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
39. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G et al. Paradox och motparadox. Stockholm: Natur & Kultur, 1982.
40. Stierlin H, Weber G. Unlocking the family door: a systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa. New York: Brunner/Mazel, 1989.
41. Johnson C, Connors ME. The etiology and treatment of bulimia nervosa. A biopsychosocial perspective. New York: Basic Books, 1987.
42. Bulik CM, Sullivan PF, Wadwa TD et al. Twin studies of eating disorders: a review. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 1–20.
43. Børresen R, Rosenvinge JH. From prevention to health promotion. I: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, red. Handbook of eating disorders. 2. utg. Chichester: Wiley, 2003.
44. Rosenvinge JH, Skårderud F, Thune-Larsen K-B. Can educational programmes raise clinical competence in treating eating disorders? Results from a Norwegian trial. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 329–43.
45. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A et al. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester: Wiley, 2003.
46. Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS et al. Self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 793–8.
47. Palmer RL, Birchall H, McGrain L et al. Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 230–5.
48. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG et al. A multi-center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 459–66.
49. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 713–21.
50. Eisler I, Dare C, Russell GF et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1025–30.
51. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL et al. Long-term fluoxetine treatment for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 660–6.