

## Behandling af spiseforstyrrelser

*Mette Waaddegaard, speciallæge i psykiatri, Ph.d., formand for Dansk Selskab for  
Spiseforstyrrelser*

Jeg undrer mig ofte over, at behandlingen af spiseforstyrrelser i det offentlige behandlingssystem bliver så negativt fremstillet i diverse medier. Der høres fra tid til anden historier om, hvorledes personer med alvorlige spiseforstyrrelser kun har kunnet få hjælp ved behandling på et privat behandlingssted. Så hvorfor mon regionerne tøver med at fordele 16 millioner kroner til privat behandling af spiseforstyrrelser, penge som er øremærkede til at afhjælpe lange ventelister til offentlig behandling? Jeg håber at kunne give lidt bedre grundlag for de fremtidige diskussioner om den nødvendige udvikling af behandlingstilbud til denne patientgruppe.

### **Løsningen bliver til problemet.**

Spiseforstyrrelser er et samlet begreb for forskellige psykiatriske lidelser, anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning, der alle er symptomer på et alvorligt forstyrret forhold til krop og vægt og mad, frygt for at miste kontrollen med spisningen og intens frygt for fedme og ønske om vægttab. Hilde Bruch, en af de første pionerer i udforskningen af spiseforstyrrelser, beskrev personer med spiseforstyrrelser som ”individer, der misbruger spisefunktionen i deres anstrengelser for at løse eller kamouflere problemer med at leve, som ellers synes uløselige”(1973). Eller som psykiater og forfatter Finn Skårderud fra Norge, har udtrykt det: ”Den spiseforstyrrede taler til os igennem madens og kroppens sprog.” Konsekvenserne af denne spiseforstyrrelsens kommunikation og disse uhensigtsmæssige forsøg på løsning af problemer ender desværre med også *at blive* problemet. Den unge kvinde er helt underlagt spiseforstyrrelsen krav om forsøg på kontrol med mad og vægt. Og har dermed mistet kontrollen over sit liv.

### **Fysiske, psykiske og sociale konsekvenser**

Der er endog meget alvorlige både fysiske, psykologiske og sociale følgevirkninger af spiseforstyrrelser. De fysiske konsekvenser skyldes undervægt, under – eller fejlnæring, opkastninger eller andre former for ”udrensning” eller overdreven motion. Specielt anoreksi medfører en betydelig overdødelighed, således at sammenlignet med raske kvinder, dør omkring 10 gange flere med anoreksi. Men udover sådanne fatale konsekvenser er der et væld af alvorlige fysiske symptomer på grund undervægt som svind af muskler, organer og hjerne, knogleskørhed og menstruations-ophør. Ligeledes ses forstyrret hjerterytme, mave-tarm-spiserørsproblemer,

tandskader og vitaminmangelsymptomer, der også ses ved bulimi, hvor man oftest er normalvægtig. Herudover medfører selve spiseforstyrrelsen udtalt tristhed og stemningssvingninger, søvnforstyrrelser, koncentrationsbesvær. Mellem 1/3 og 1/2 af alle personer med spiseforstyrrelser har også andre psykiatriske lidelser at slås med i form af depression, angst, tvangssymptomer og personlighedsforstyrrelser. Ligeledes medfører spiseforstyrrelse udtalte sociale problemer med isolation fra andre, problemer med at gennemføre uddannelse, mange sygedage osv.

### **Hvor mange har spiseforstyrrelser?**

Det er rigtig mange yngre mennesker, oftest kvinder, der lider af spiseforstyrrelser. Blandt unge kvinder mellem 14-24 år lider op mod 2 % af bulimi, op mod 1 % af anoreksi og i hvert fald 3 % af atypisk anoreksi eller bulimi, tilstande der næsten lever op til alle krav for anoreksi - eller bulimidiagnosen. Der er ca. 10 piger for hver dreng med disse lidelser. Derudover ser det ud til, at ca. 2-3 % har tvangsoverspisning med en næsten ligelig fordeling af mænd og kvinder.

Men det er kun en ganske lille del af disse personer, der er kendt i behandlingssystemet. Mange med bulimi spørger ikke direkte om hjælp pga. at symptomerne hemmeligholdes. Mange bliver heller ikke set af den praktiserende læge, idet man ikke får noget at vide om symptomer på spiseforstyrrelse, med mindre man spørger til det. I forhold til anoreksi er det ofte den nærmeste familie, veninderne eller andre nære personer, der bliver bekymrede over vægttab, mistro og social tilbagetrækning, selvom pigen ikke synes, at der er andet problem, end at hun stadig er for tyk og bare skal tabe sig mere.

### **Skal alle med spiseforstyrrelser indlægges?**

Faktisk er det de færreste med spiseforstyrrelser, der har behov for indlæggelse og intensiv behandling, heldigvis. Det er kun de dårligste patienter med fysiske og psykiatriske komplikationer pga. alvorlig undervægt, mange daglige opkastninger, selvmordshandlinger - eller planer og evt. anden selvskadende adfærd. Disse patienter har brug for daglig støtte til at spise og overvågning af deres fysiske og psykiske helbred i en periode, indtil de sammen med familie og netværk selv er i stand til at klare sig med mindre støtte. De middelsvære tilfælde har brug for specialiseret tværfaglig ambulans behandling med dokumenteret effekt en eller flere gange ugentligt. Patienterne har brug for forskellige grader af støtte til normalisering af spisevaner, hjælp til ændring af negativ kropsopfattelse og hjælp til at finde andre og bedre løsninger på de problemer, de har. De letteste ukomplicerede tilfælde behøver ikke en specialiseret indsats, men kan hjælpes i primærsektoren i samarbejde mellem enten praktiserende læge, psykolog, psykiater eller diætist.

### **Dokumenteret behandling**

Der er efterhånden god dokumentation for effektive behandlingsmetoder. Men der er brug for stadig udvikling af og forskning i behandling, da der stadigvæk er alt for mange, der ikke bliver bedre trods behandling, idet ca. 10 % med bulimi og 25-30 % med anoreksi slet ikke bedres men bliver kroniske tilfælde.

Behandlingen er ofte langvarig, og det er altid vigtigt at have ”flere spor” kørende samtidig. Det psykologiske spor med psykoterapi, der prøver at finde personen bag symptomerne ved at oprette en samarbejdsrelation, bearbejde de psykologiske problemer og hjælpe til i den psykologiske udvikling. Det fysiske spor, der retter sig mod normalisering af spisning og vægt og kropsopfattelse ved diætistvejledning og kropsterapi, og det sociale spor, der retter sig specielt mod efterbehandling og rehabilitering. Behandlingen bør ideelt set, udover at være differentieret efter sværhedsgrad, også være faseopdelt med en startfase med fokus på motivation og oprettelse af et samarbejde. Dernæst en aktiv behandlingsfase først med fokus på reduktion af symptomerne og i tiltagende grad med bearbejdelse af psykologiske problemer. Til slut en stabiliseringsfase med fokus på rehabilitering og forebyggelse af tilbagefald. Motivation er dog et gennemgående tema gennem hele behandlingen.

### **Ambivalens og motivation**

Ambivalens og motivation er nøglebegreber indenfor behandling af spiseforstyrrelser, særligt udtalt for anoreksi. Personer med anoreksi er ofte ikke interesserede i at ændre spisevaner eller tage på i vægt, tværtimod, som følge af selve spiseforstyrrelsens natur. Mange har det så elendigt, at de alligevel opsøger hjælp til at komme ud af anoreksiens andre symptomer med tvang, ufrihed, tristhed, social isolation, træthed, besvimelse osv., men de vil ikke tage på i vægt. Frygten for, at de bliver fede, hvis de skal spise andet end ”pinde og blade” og nedsætte overdreven motion vanskeliggør ofte den nødvendige behandling. Personer med overspisningssymptomer er ofte også ambivalente og bange for at ændre spisevaner af frygt for at tage på af at spise almindelig sund varieret mad. Problemet er bare, at man ikke kan blive rask af en spiseforstyrrelse uden også at angribe undervægten, de forstyrrede spisevaner og kropsopfattelsen med frygten for fedme. Mange tror, at man først skal bearbejde de mange følelsesmæssige problemer og spiseforstyrrede tankegange og kropsopfattelse, førend der så kan blive overskud til at ændre på den spiseforstyrrede adfærd. Men det er en misforståelse, for de psykiske problemer vedligeholdes tværtimod af spiseforstyrrelsens øvrige symptomer med undervægt, vægtsvingninger, fejlnæring og overspisninger med udrensninger. Selve den negative kropsopfattelse normaliseres først sent i

forløbet. Forløbsstudier viser, at vil man helbredes for en spiseforstyrrelse er der ingen genveje. Man er pinedød nødt til at gøre det, man egentlig ikke tør, og konfrontere sig med frygten for fedtet og for tab af kontrol over maden – og begynde at øve sig i at spise regelmæssigt og varieret samtidig med at man arbejder med de følelsesmæssige og sociale problemer.

### **Chance for helbredelse**

Forskningen viser også, at chancen for helbredelse bliver bedre, jo hurtigere man får genoprettet normalvægt, normalt spisemønster og ernæringstilstand. Risiko for tilbagefald bliver ligeledes mindre, hvis kropsvægt og indhold af fedt i kroppen er normalt, således at man også har regelmæssig menstruation.

For børn og unge i vækst er der tale om meget alvorlige konsekvenser med manglende vækst og udvikling af krop, hjerne, emotionelle og kognitive funktioner, hvorfor man er nødsaget til at genoprette spisning og kropsvægt uden nogen forsinkelse, for at undgå alvorlige blivende skader. For voksne kan man, undtagen i de alvorligste tilfælde, tillade sig at starte med i en periode at arbejde med motivation og holdning til behandling, da det er så vigtigt at opbygge samarbejde og alliance mellem patient og behandlere i en fælles kamp mod spiseforstyrrelsen. Dette kan ske, såfremt den fysiske situation kontrolleres og med indgåelse af faste aftaler for, hvad der skal ske, hvis vægten f.eks. falder yderligere under en bestemt grænse.

### **Specialiserede behandlere**

Det er en specialistopgave at behandle moderate til svære spiseforstyrrelser, hvorfor det er nødvendigt med ekstra kompetenceudvikling og specialisering af behandlere med sundheds - eller socialfaglig grunduddannelse (læger, psykiatere, psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister). Det er altså *ikke* sådan at alle læger, psykiatere eller psykologer osv. uden videre kan behandle spiseforstyrrelser udover de tidligere nævnte lettere tilfælde. Og dermed er det også klart, at folk uden disse grunduddannelser ikke kan behandle disse ofte svært syge børn og voksne, hvilket alligevel ofte er tilfældet på de private behandlingssteder.

### **Behandling i det offentlige sygehusvæsen?**

Der er igennem de sidste mange år opbygget 5 specialiserede centre for spiseforstyrrelser: i Århus, i Odense samt København på Bispebjerg, Stolpegård og Rigshospitalet. Disse centre har også hidtil stået for forskning og kompetenceudvikling af behandlingen i Danmark. MEN (og det er et stort men), der har i lige så mange år været alt for lille kapacitet med meget lange ventelister i det offentlige behandlingssystem. Derfor er alt for mange patienter med spiseforstyrrelser enten slet ikke blevet tilbudt behandling eller de er blevet behandlet på hospitalsafdelinger uden

specialkompetence i netop spiseforstyrrelser. Dermed er der naturligvis skabt stor utilfredshed og frustration blandt patienter og pårørende. Hvilket nok er en del af baggrunden for oprettelsen af mange af de private behandlingssteder. Det er først indenfor de seneste år, at politikerne har øget bevillingerne til at udvikle området.

### **Vækst og udvikling**

Det har så til gengæld gennem især de sidste 3-4 år betydet en tilvækst af 12-13 mindre offentlige spiseforstyrrelsesteams, som samarbejder med de store centre og de er fordelt i de 5 regioner. Langt de fleste er placeret med basis i børne-ungdomspsykiatrien. Der er dog stadig mangel på specialiserede behandlingstilbud, især for voksne fra 18 år, og værst ser det ud i Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor der ikke findes noget højt specialiseret center for spiseforstyrrelser endnu. Der mangler også tilbud til patienter med anoreksi med vedvarende sygdom trods mange behandlingsforsøg. Disse patienter kan ikke behandles på afdelinger, der er indrettede til aktiv behandling og vægtnormalisering mm., men de har brug for meget langvarig psykologisk, social og medicinsk kontakt og hjælp til at bedre livskvalitet.

Der udvikles stadig nye behandlingsformer, og udviklingsprojekter er i gang over det meste af landet. F.eks. arbejdes med fler- familierapi på foreløbig 4-5 forskellige afdelinger, da familierapi har den dokumenterede bedste behandlingseffekt for børn og unge. For voksne er nye tilbud som motivationsterapi og dialektisk adfærdsterapi, ligesom udgående teams og andre særlige tilbud til spiseforstyrrede gravide og mødre under stadig udvikling. Med støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet samarbejder Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser med Pårørendeforeningen for Spiseforstyrrede, PS, om at udvikle en offentlig styret og finansieret kompetencegivende uddannelse af behandlere med sundheds- eller socialfaglig grunduddannelse.

### **Fælles kvalitetskrav**

Det vigtigste må være at kunne tilbyde tilstrækkeligt kvalificeret udredning og behandling til de spiseforstyrrede, at mindske ventelisterne samt at fokusere på at dokumentere behandlingen for at forbedre og udvikle nye effektive behandlingsformer.

Sundhedsstyrelsens retningslinier for god udredning, behandling, evaluering og opfølgning af spiseforstyrrelser (2005) skal naturligvis gælde for alle, såvel offentlige som private behandlingssteder. Socialforvaltningerne, dvs. skatteborgerne, har i årevis betalt for privat behandling, men uden at der har været stillet krav til dokumentation af kvalitet og effekt, sandsynligvis fordi sagsbehandlerne har været pressede af, at der har været for få behandlingstilbud i det offentlige system.

Regionernes før foromtalte tøven med at søge om og uddele midler til at få behandlet patienterne i det private regi må derfor anses som en følge af, at det er gået op for politikerne, at de bliver nødt til netop at stille disse krav til dokumentation af kvalitet og effekt af behandlingen af spiseforstyrrelser, uanset om denne finder sted i det offentlige eller det private regi, idet offentlige skatte kroner finansierer begge former for behandlingstilbud.

*Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. Hilde Bruch, 1973*

*Nervøse Spiseforstyrrelser. Finn Skårderud, 1994*

*Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. Sundhedsstyrelsen, 2005*