

SPISEFORSTYRRELSER  
Anbefalinger for  
organisation og behandling

2005

## **Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling**

Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 Kbh. S.  
URL: <http://www.sst.dk/>

Emneord: Spiseforstyrrelser; bulimi, anorexia nervosa; BED; AN; BN

Sprog: Dansk  
Version: 1.0  
Versionsdato: December 2005

ISBN, elektronisk: 87-7676-257-2

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2005

# Spiseforstyrrelser

Anbefalinger for organisation  
og behandling

Udarbejdet af en arbejdsgruppe under  
Sundhedsstyrelsen

## Forord

Sundhedsstyrelsen udgiver hermed rapporten: ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling.”

Spiseforstyrrelser er et alvorligt og voksende problem blandt unge i de vestlige lande. Problemerne udgør et kontinuum, der strækker sig fra en meget udbredt risikoadfærd til svære psykiatiske sygdomme. Sundhedsstyrelsen har derfor gennem en årrække igangsat analyse- og udviklingsarbejde og udgivet oplysningsmateriale til støtte for sundhedspersonalets indsats på området, ligesom styrkelse af indsatsen på spiseforstyrrelsesområdet er indgået i psykiatri-aftalen mellem regeringen og amterne for 2003 – 2006.

Nærværende rapport er udarbejdet af en arbejdsgruppe for Sundhedsstyrelsen og omhandler behandling af spiseforstyrrelsessygdomme samt anbefalinger for organisationen heraf. Rapporten offentliggjordes i høringsrapportform i 2003.

Rapporten indeholder faglige anbefalinger for behandling af de forskellige spiseforstyrrelsesygdomme på baggrund af en gennemgang af litteraturen. De diagnostiske kriterier beskrives og der gives anbefalinger for den kliniske vurdering og behandling af tilstandene. Arbejdsgruppen anbefaler af spiseforstyrrelser oftest behandles ambulant, men indlæggelse kan imidlertid være nødvendig og arbejdsgruppen angiver kriterier herfor, herunder også for hvornår tvangsbehandling vil kunne komme på tale.

Der anbefales tre niveauer for behandling: Praksisniveau, basisniveau med specialiserede teams samt landsdelsniveau og det anbefales at behandling ydes på laveste effektive niveau. Der anbefales endvidere en styrkelse af indsatsen såvel på de enkelte niveauer som i samarbejdet mellem niveauerne. Arbejdsgruppen anbefaler således, at man på sigt arbejder hen mod, at der i hvert amt etableres et tværfagligt spiseforstyrrelsesteam, som varetager visitation, diagnostik og behandling samt varetager konsulentfunktioner.

I høringsvarerne hilses rapporten generelt meget velkommen som grundlag for arbejdet med denne komplicerede patientgruppe. Som det må forventes, er der også specifikke kommentarer, dels nogle af meget specifik faglig karakter og dels en række mindre og noget forskellige kommentarer vedr. det konkrete samarbejde og arbejdsdelingen mellem de tre beskrevne behandlingsniveauer og mellem involverede specialer bl.a. med udgangspunkt i de eksisterende forhold i det enkelte amt. Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse vil de omtalte problemstillinger hensigtsmæssigt kunne løses inden for rammerne af den fremtidige specialeplanlægning bl.a. på baggrund af de i mellemtiden indhøstede erfaringer.

Sundhedsstyrelsen finder, at der med rapporten foreligger et godt fagligt grundlag for det videre arbejde på området. Sundhedsstyrelsen tilslutter sig således generelt arbejdsgruppens anbefalinger med den bemærkning, at den konkrete tilrettelæggelse i lyset af kommunalreformen naturligt må medinddrages i den fremtidige planlægning i regionen

Der er via satspuljeaftalen 2005 truffet aftale om tildeling af ressourcer til styrkelse af området i form af 30 mio. kr. årligt. Det er samtidig besluttet at Sundhedsstyrelsen følger udviklingen på området de kommende år i form af en årlig status.

Sundhedsstyrelsen, december 2005

# Indholdsfortegnelse

## Forord

## Indholdsfortegnelse

<b>Indledning</b>	<b>4</b>
<b>Sammenfatning og anbefalinger</b>	<b>8</b>
<b>1. Spiseforstyrrelsessygdommene</b>	<b>15</b>
1.1. Symptomer og kliniske fund	15
1.1.1. Anorexia nervosa	15
1.1.2. Bulimia nervosa	17
1.1.3. Binge-Eating Disorder	18
1.1.4. Symptomer og kliniske fund: Særlige forhold hos børn	19
1.2. Diagnostiske kriterier	20
1.2.1. Diagnoser: Særlige forhold hos børn	24
1.3. Komorbiditet og psykiatriske differentialdiagnoser	25
1.3.1. Komorbiditet	25
1.3.2. Spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser	26
1.3.3. Komorbiditet og differentialdiagnoser: Særlige forhold hos børn	29
1.4. Hypoteser om ætiologi	30
1.5. Epidemiologi	34
<b>2. Klinisk vurdering</b>	<b>38</b>
2.1. Psykiatrisk undersøgelse og vurdering	38
2.1.1. Motivation	39
2.1.2. Hvor intensiv skal behandlingen være? Vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad mhp. behandlingens intensitet	41
2.1.3. Brug af evalueringsinstrumentet	43
2.1.3.0. Brug af instrumenter: Særlige forhold hos børn	45
2.1.4. Indikationer for indlæggelse	45
2.1.5. Indikationer for indlæggelse og indlæggelsesvarighed: Særlige forhold hos børn	46
2.2. Psykologisk undersøgelse	48
2.3. Somatisk undersøgelse	52

2.3.1. Somatisk undersøgelse af patienter med AN, BN og atypisk AN og BN	52
2.3.2. Somatiske differentialdiagnoser som bør overvejes hos patienter med AN	54
2.3.3. Somatiske komplikationer til AN	55
2.3.4. Somatisk undersøgelse hos patienter med BED	60
2.3.5. Somatiske differentialdiagnoser ved overvægt	60
2.3.6. Somatiske komplikationer ved BED	61
2.3.7. Somatisk undersøgelse af patienter med anorexia nervosa: Særlige forhold hos børn	62
<b>3. Behandling</b>	<b>64</b>
3.1. Behandlingsmål	64
3.1.1. Overordnede mål for behandling af spiseforstyrrelser: særlige forhold hos børn	65
3.2. Behandlingsformer	67
3.2.1. Generelt om behandlingsformer	67
3.3. Dokumentation for behandlingseffekt	70
3.3.1. Generelt om evidensbaseret psykiatri	70
3.3.2. Evidens for behandlingseffekt på spiseforstyrrelser	71
3.3.3. Evidens for behandlingseffekt af de enkelte behandlingstyper	72
3.4. Behandling af AN	76
3.4.1. Psykoterapeutisk behandling	77
3.4.2. Psykofarmakologisk behandling	79
3.4.3. Miljøterapi til patienter med anoreksi indlagt på psykiatrisk afdeling	79
3.4.4. Somatisk behandling af AN	82
3.4.5. Behandling af anorexia nervosa: Særlige forhold hos børn	85
3.5. Behandling af bulimi	88
3.5.1. Psykoterapeutisk behandling	88
3.5.2. Kostvejledning og psykoedukation	89
3.5.3. Farmakologisk behandling	90
3.5.4. Psykoterapi, farmakoterapi eller kombinationsbehandling	91
3.5.5. Non-responders og psykiatrisk komorbiditet	92
3.5.6. Somatisk behandling	92
3.5.7. Den kliniske hverdag	93

3.6. Behandling af BED	96
3.6.1. Psykoterapeutisk behandling	96
3.6.2. Livsstilsbehandling	97
3.6.3. Farmakologisk behandling	99
3.6.4. Langtidsfollow-up	101
3.6.5. Den kliniske hverdag	101
3.7. Tvangsbehandling	106
3.7.1. Tvangsindlæggelse af børn og unge	107
3.8. Særlige patientgrupper	109
3.8.1. Mænd og drenge	109
3.8.2. Graviditet – mor og barn efter fødslen	110
3.8.3. Diabetes	114
3.8.4. Overgreb under opvæksten	115
3.8.6. Eliteidrætsudøvere	116
3.8.8. Anoreksia nervosa opstået efter alvorlig somatisk sygdom	117
<b>4. Organisation</b>	<b>118</b>
4.1. Krav til behandlingssystemet når det gælder spiseforstyrrelser	118
4.2. Patientgruppens størrelse og behandlingsbehov	120
4.3. Organisation i Danmark i dag	126
4.4. Arbejdsgruppens anbefaling vedr. fremtidig organisation af området	132
4.5. Økonomiske overvejelser	138
<b>Bilag I DSM IV kriterier</b>	<b>141</b>
<b>Bilag II Supervision og støtte til personale</b>	<b>144</b>
<b>Bilag III Miljøterapi til patienter med anoreksi</b>	<b>146</b>

## ***Indledning***

Spiseforstyrrelser er et alvorligt og voksende problem blandt unge i de rige lande. Problemerne udgør et kontinuum, der strækker sig fra en meget udbredt risikoadfærd til de psykiatriske sygdomme, som opfylder bestemte diagnostiske kriterier (1-3) Sundhedsstyrelsen har tidligere igangsat analyse- og udviklingsarbejde vedrørende *risikoadfærd* for udvikling af spiseforstyrrelser (2;4) og udarbejdet materiale om *forebyggelse*, som er udsendt til sundhedspersonale (5).

Sundhedsmyndighederne har fundet, at der desuden var behov for at se på behandlingsmulighederne for patienter med spiseforstyrrelser.

Nærværende rapport omhandler *behandling af spiseforstyrrelsessygdomme* og er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen.

### **Problemområde**

Spiseforstyrrelsessygdommene omfatter lidelserne anoreksi (Anorexia Nervosa, *AN*), bulimi (Bulimia Nervosa, *BN*) og overspisning (Binge-Eating Disorder, *BED*). Fælles for disse er en enorm optagethed af mad, vægt og spisning og problemer med at regulere fødeindtagelsen, der strækker sig fra spisevægring med livstruende undervægt som resultat til udtalt overspisning med fedme som resultat.

En sygelig bekymring omkring udseende og kropsopfattelse er en væsentlig del af lidelserne. Sygdommene kan have forskellig sværhedsgrad. Også atypiske spiseforstyrrelser, som ikke fuldt opfylder de diagnostiske kriterier for *AN* eller *BN*, kan være alvorlige. *AN* og *BN* kan være til stede samtidig, eller en patient med *AN* kan senere udvikle *BN* eller omvendt.

Spiseforstyrrelser er oftest langvarige tilstande, og de er vanskelige at behandle, bl.a. fordi patienternes motivation er svingende. Sygdommene rammer fortrinsvis unge, der, selvom de bliver raske, mister mange af deres ungdomsår, hvor de skulle modnes, uddanne sig og finde en plads i tilværelsen. En del tilfælde bliver kroniske og dødeligheden er høj. Ubehandlet vil sygdommene formodentlig ofte medføre invaliditet, men spontanforløbet er af indlysende grunde ikke kendt. Behandlingen er tids- og ressourcetrækvende. Specielt patienter med *AN* beslaglægger mange ressourcer i sundhedsvæsenet.

Det er vigtigt at samle viden om behandling af spiseforstyrrelser for stadig at forbedre tilbuddet til denne gruppe patienter. I nærværende referenceprogram er nøglereferencer medtaget som dokumentation for anbefalingerne. Endvidere henvises til det amerikanske, psykiatriske selskab (APA) s retningslinier fra 2000 om be-



handling af spiseforstyrrelser (6) og det norske Helsetilsyns retningslinier for behandling af spiseforstyrrelser i specialhelsetjenesten (7) ligeledes fra 2000, som begge har litteraturgennemgang frem til 2000. En litteratursøgning vedr. behandling af *AN*, *BN* og *BED* er foretaget for perioden 2000-2002 i databaserne Cochrane, Pub Med og Psych Info, idet fundne guidelines, metaanalyser og randomiserede kontrollerede undersøgelser er gennemgået mht. nye resultater.

Sundhedsvæsenets behandlingstilbud til spiseforstyrrede har både vedrørende kapacitet og kompetence vist sig utilstrækkeligt og uensartet på landsplan. Samarbejdet mellem forskellige kompetenceniveauer (primærsektor- psykiatriske afdelinger/børne-og ungdomspsykiatriske afdelinger – landsdelsafdelinger), mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, mellem psykiatriske og somatiske afdelinger og mellem sundhedssektoren og socialektoren, har været uklart defineret. Endelig er der ikke etableret noget landsdækkende eller regionalt system til kvalitetssikring af behandlingen.

Mange mener, at der mangler behandlingstilbud i Sundhedsvæsenet til patienter med spiseforstyrrelser, et synspunkt der deles med fagfolk i sundhedssektoren. Et stort antal alternative behandlingstilbud tilbyder sig. For patienterne er disse opnåelige via finansiering over den so-

cialle lovgivning (Lov om social service § 49 stk. 2 eller § 94 a).

Som følge af de ovennævnte årsager og med henblik på at udbrede viden om sygdommene og deres behandling, har sundhedsmyndighederne fundet det hensigtsmæssigt, at der udarbejdes et referenceprogram for behandling af alvorlige spiseforstyrrelser.

### **Formål**

Formålet med referenceprogrammet er at øge kompetencen i sundhedsvæsenet, at tilskynde til en mere ensartet behandling samt at anbefale en mere hensigtsmæssig organisation af området.

Målgruppen for referenceprogrammet er først og fremmest sundhedspersonale indenfor psykiatrien og andre relevante specialer (dvs. børne-og ungdomspsykiatere, psykologer, psykiatere, psykiatriske sygeplejersker, pædiatere, intern medicinere, alment praktiserende læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, tandlæger, sundhedsplejersker og læger i kommunerne) samt administratorer, men det kan også læses af personale indenfor det sociale område og af patienter og pårørende.

Referenceprogrammet angiver en praksis, som er i overensstemmelse med anerkendt somatisk og psykiatrisk metode, som bygger på klinisk erfaring og som så vidt muligt har støtte i kliniske undersøgelser af behandlingseffekt.

## Læsevejledning

Referenceprogrammet omhandler spiseforstyrrelser hos både voksne, unge og børn.

Hvor særlige forhold gør sig gældende for børn, står det anført efter hvert enkelt afsnit under overskriften: *Særlige forhold hos børn*. Børn er i rapporten defineret som børn *før* puberteten.

I rapporten refereres der til den spiseforstyrrede patient med *patienten*, *personen* eller *hun*, også selvom der kan være tale om en dreng/mand

## Arbejdsgrupperne

Referenceprogrammet er udarbejdet i tæt samarbejde med fagmiljøet og med inddragelse af andre med interesse for eller opgaver på området.

Kommissoriet for arbejdet var:

- At beskrive god klinisk praksis for undersøgelse og behandling af alvorlige spiseforstyrrelser, herunder de formaliserede samarbejdsrelationer og hensigtsmæssig visitation og organisation.  
- det skal ske ved udarbejdelse af et referenceprogram, som tager udgangspunkt i fagmiljøets praktiske erfaringer, som er evidensbaseret, og hvori indgår sundhedsøkonomiske overvejelser.
- At komme med forslag til hvordan behandlingsindsatsen bedst kvalitetssikres i form af opfølgning og dokumentation af behandlingseffekt samt se på samarbejdsmuligheder mellem centrene herom
- At komme med forslag til, hvordan de fremtidige udviklingsmuligheder på

området bør være, såvel inden for sygehusvæsen, primærsektor som socialsektor.

Arbejdsgruppen har bestået af:

*Psykiatri- og Sundhedsfaglig vicedirektør dr.med. Anette Gjerris, Psykiatri- og Socialforvaltningen, Københavns Amt, Sundhedsstyrelsens sagkyndig*  
*Afd. sygeplejerske Annette Husum, Center for spiseforstyrrelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov*  
*Overlæge Bent Kawa, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup, udnævnt af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark*  
*Adm. overlæge Bente Lund, Herning*  
*Psykolog Birthe Plambech, Psykoterapeutisk Center Stolpegård*  
*Afd.læge Bodil Moltesen, udnævnt af Dansk Pædiatrisk Selskab*  
*Læge Dorte Alnor Wandal, Sundhedsstyrelsen (indtil juli 2002)*  
*Oversygeplejerske Elisabeth Bille-Brahe, Børne og Ungdomspsykiatrisk afd. Hillerød*  
*Overlæge Eva Christiansen, Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital, udnævnt af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark*  
*Overlæge Ph.D. Kim Brixen, Odense Universitetshospital, udnævnt af Dansk Medicinsk Selskab*  
*Adm. overlæge Kirsten Hørdler, Center for spiseforstyrrelser Odense Universitetshospital*  
*Overlæge Kristian Rokkedal, Center for Spiseforstyrrelser Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital Risskov*  
*Ledende psykolog Lisbeth Kristensen, Odense Universitetshospital, udnævnt af Dansk Psykolog Forening*  
*Overlæge dr.med. Marianne Hertz, psykiatrisk afd. Rigshospitalet*  
*Overlæge dr.med. Marianne Lau, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udnævnt af Dansk Psykiatrisk Selskab*  
*Klinisk Psykolog, lektor Susanne Lunn, Institut for Psykologi, Københavns Universitet, udnævnt af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser*  
*Afdelingslæge Tove Petersen, Sundheds-*

*styrelsen (formand)*

Foruden Arbejdsgruppen har en Baggrundsgruppe været tilknyttet arbejdet. Arbejdsgruppen har i løbet af processen bedt om Baggrundsgruppens vurdering af arbejdet.

Baggrundsgruppen har bestået af:

*Praktiserende læge Merete Lundsteen, Ballerup*  
*Kommunallæge Benthe Nygaard, Holbæk*  
*Klinisk diætist Line Bak, Foreningen af kliniske diætister*  
*Elsebeth Søs Hansen, Sylfiderne*  
*Tandlæge Birtna Jerlang, Dansk Tandlægeforening*  
*Souschef Ole Rytto, Amtsrådsforeningen*  
*Fuldmægtig Susanne Abild, Sundhedsministeriet*  
*Sundhedsplejerske Helle Andersen, Faglig Sammenslutning af Sundhedsplejersker*  
*Fysioterapeut Lene Nybo Jacobsen, Danske Fysioterapeuter*  
*Birgitte Nørgaard, Aida*  
*Lone Wittendorff, Aida*  
*Lone Møss, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser*  
*Afd. tandlæge Ruth Højgaard, Tandlægernes Nye Landsforening*  
*Jette Balzer Petersen (tidl. patientforeningen CMS)*  
*Fuldmægtig Morten Thomsen, Livslinien*  
*Socialrådgiver Karen Rasmussen, Askovhus*  
*Anne Marie Palm ContraSult*  
*Lisbeth Bang ContraSult*  
*Fuldmægtig Oscar Plougmand, Socialministeriet*

Arbejdsgruppen har holdt 8 møder. Herudover er der afholdt nogle ad hoc møder i en skrivegruppe bestående af en del af arbejdsgruppens medlemmer.

Der er afholdt et møde i Baggrundsgruppen med udarbejdelse af et notat til arbejdsgruppen. Der er desuden afholdt to fællesmøder mellem Arbejdsgruppen og Baggrundsgruppen i hhv. begyndelsen og slutningen af arbejdet som er pågået i perioden juni 2001 til marts 2003.

# *Sammenfatning og anbefalinger*

## *Hovedprincipper:*

*Visitationen og behandlingen af alvorlige spiseforstyrrelser bør organiseres ensartet over hele landet og bygges op om amtslige specialistteams*

*Samarbejde mellem psykiatriske og somatiske behandlingsinstanser bør sikres og formaliseres*

*Samarbejde mellem sundheds- og socialektoren bør forbedres*

*Behandlingen bør kvalitetssikres gennem formaliseret samarbejde mellem landsdelsfunktionerne og omliggende amtslige teams samt ved oprettelse af en landsdækkende klinisk database*

## **Problemområde**

Spiseforstyrrelser er alvorlige psykiatriske sygdomme, som især rammer unge kvinder, men som også forekommer hos mænd og i andre aldersgrupper. Lidelserne er tidkrævende at behandle og beslaglægger mange - og tiltagende - ressourcer i sundhedsvæsenet.

Behandlingstilbuddene er i dag uensartede, ofte med uklart definerede kompetenceniveauer og uden et system til kvalitetssikring. Fra patientside udtrykkes ikke sjældent utilfredshed med behandlingsmulighederne.

Sundhedsmyndighederne har derfor fundet det hensigtsmæssigt, at der udarbejdes et referenceprogram, som har til formål at bidrage til at øge kompetencen i sundhedsvæsenet, at tilskynde til en mere ensartet behandling, samt at anbefale en mere hensigtsmæssig organisation.

Referenceprogrammet vedrører diagno-

serne Anorexia Nervosa (AN) og Bulimia Nervosa (BN) (herunder atypisk AN og atypisk BN) samt BED, som klassificeres under andre spiseforstyrrelser.

Fra flere lande er der kommet guidelines og ekspertudtalelser vedrørende behandling af spiseforstyrrelser. I Danmark kom i 1993 en arbejdsgrupperapport fra Århus med en anbefaling af organisation på området, og i 2000 blev der udarbejdet en rapport med forslag til organisation af behandling af spiseforstyrrelser i H:S og Københavns Amt. I 2002 udarbejdede man i Vejle Amt og i Ringkøbing Amt planer for organisation af den amtslige behandling af spiseforstyrrelser.

Der har ikke været gennembrud vedrørende spiseforstyrrelsers ætiologi. Spiseforstyrrelser opfattes som multifaktoriel betingede, idet både psykologiske, sociale, kulturelle, genetiske og biologiske

forhold kan spille ind. Man kender således ikke nogen sikker patogenese, som kan være vejledende for behandlingen.

Patienter med spiseforstyrrelser har både psykiatriske og somatiske symptomer. Ved *AN* har patienten ønsket om vægttab som en uafviselig, overlødig ide og væg- rer sig mod fødeindtagelse eller sørger for konstant negativ energibalance, hvil- ket medfører en undertiden livstruende sulttilstand.

Ved *BN* har patienten tvangsmæssig ukontrollabel overspisning efterfulgt af vægtregulerende adfærd, og vægten hol- des oftest normal. Ved *BED* efterfølges overspisningerne ikke umiddelbart af vægtregulering, og resultatet er ofte ud- talt overvægt.

Andre psykiatriske lidelser som depressi- on og tvangstilstande er hyppige hos spi- seforstyrrede, ligesom spiseforstyrrede ofte lider af personlighedsforstyrrelser. Disse patienter har ikke sjældent et lang- varigt og meget behandlingskrævende sygdomsforløb.

Incidensen af *AN* i Danmark er mindst 8,2/100.000/år. Unge kvinder udgør ho- vedparten af de afficerede. Incidensen af *BN*, og atypiske spiseforstyrrelser herun- der *BED* er ikke sikkert kendt.

Prævalensen af *AN*, *BN* og *BED* vurderes udfra befolkningsundersøgelser at være hhv. 0,3%, 2% og 3% i *højrisikogruppen* unge kvinder, men væsentlig lavere i be-

folkningen som helhed. Også indenfor selve højrisikogruppen varierer præva- lensen med alderen.

### **Klinisk vurdering**

Arbejdsgruppen anbefaler, at en patient med en spiseforstyrrelse altid får en grundig undersøgelse til vurdering af

- spiseforstyrrelsens karakter og svær- hedsgrad
- patientens motivation for forandring (dvs. parathed til at indgå i en be- handling)
- hvorvidt der er psykiatrisk komorbi- ditet
- omfanget af somatiske komplikatio- ner
- hvilket behandlingsniveau, der er det rigtige for patienten
- hvorvidt indlæggelse er påkrævet.

Hvis vurderingen af patientens psykiske problemer foretages af en klinisk psyko- log, skal patienten herudover undersøges af en læge.

Med henblik på vurdering af behandlin- gens kvalitet og outcome anbefaler ar- bejdsgruppen, at man anvender standardi- serede undersøgelsesinstrumenter og ef- fektmål. Dels ved den grundige udred- ning ved behandlingens start dels ved be- handlingens afslutning og efter fx 2½ og 5 år.

Arbejdsgruppen anbefaler psykologisk undersøgelse af børn og unge med spise-

forstyrrelser. Til voksne anbefaler arbejdsgruppen en psykologisk undersøgelse, hvor det kan bidrage afgørende til udredning og behandlingsplanlægning eller til revurdering ved behandlingssvigt.

Ved den somatiske undersøgelse skal en række somatiske differentialdiagnoser afkræftes, og patienten skal undersøges for somatiske komplikationer til spiseforstyrrelsen.

### **Behandling**

Arbejdsgruppen anbefaler, at spiseforstyrrelser først og fremmest behandles ambulant. Imidlertid vil manglende effekt af ambulant behandling eller alvorlige psykiatriske eller somatiske komplikationer kunne nødvendiggøre indlæggelse. Generelt gælder det for behandling af spiseforstyrrelser, at det altid er nødvendigt at arbejde med patientens motivation både ved indledningen af behandlingen og i forløbet.

Da behandlingen oftest er langvarig vil en opdeling i delmål være hensigtsmæssig frem imod en fuldstændig fysisk, psykisk og social helbredelse.

Der bør i behandlingen indgå en kombination af flere af behandlingsformerne: psykoterapi, ernæringsterapi, kropsterapi, miljøterapi, behandling af somatiske komplikationer og farmakoterapi.

#### *Dokumentation for behandlingseffekt*

Dokumentation for behandlingseffekt er kompliceret, når det gælder psykiatriske

sygdomme, og graden af generaliserbarhed er ofte mere tvivlsom end indenfor somatikken. Behandlingsforskning indenfor psykiatrien kan ikke baseres på biologiske eller neuropsykologiske markører alene men må anvende detaljeret beskrivelse af symptomer og langtidsopfølgninger. I udarbejdelsen af retningslinier for anbefalelsesværdig behandling er det nødvendigt at supplere dokumentation fra klinisk forskning med akkumuleret klinisk erfaring.

Studier viser, at bedringsprocessen er langvarig for spiseforstyrrede patienter og typisk må forventes at vare flere år. Således øges antallet af helbredte anoreksi- og bulimipatienter kontinuerligt jo længere tid man venter med at gøre resultaterne op. En opfølgningsstudie på mindre end 4 år viser, at 33% af anoreksipatienter gennemsnitligt bliver raske, mens en opfølgningsstudie på 4-10 år viser, at 47% i gennemsnit bliver raske, og en opfølgningsstudie på mere end 10 år viser, at 73% bliver raske. Dog tyder alle studier på, at der for både anoreksi og bulimi er en restgruppe på 15-25%, som har et kronisk eller i det mindste meget langvarigt sygdomsforløb. Tilbagefaldshyppigheden er samtidig rapporteret til at ligge mellem 25-50% for begge diagnosetyper og må dermed siges at være høj. Som følge af disse resultater kan det kun anbefales, at behandling ledsages af en langvarig monitorering af patienterne. Behandlings tilbud bør kunne intensiveres, når patienten

er motiveret herfor.

### *Behandlingstyper*

Der er ikke vist sikker effekt af psykoterapeutisk behandling af patienter med *AN*. Familierapi har dog vist sig effektiv overfor børn og unge. Reernæring og somatisk behandling kan forebygge varige organskader, hvis behandlingen starter i tide og gennemføres. Opnåelse af normal vægt bedrer prognosen.

Det er ikke vist, at behandling under indlæggelse er ambulant behandling overlegen, når det gælder det psykiatriske indhold i lidelsen, men vægtøgning sker hurtigere under indlæggelse. Hos de mest syge kan vægtøgning kun ske under indlæggelse.

En række undersøgelser har dokumenteret, at en vis del af patienter med *BN* bliver helbredt ved ambulant psykoterapeutisk behandling, og nogen bedring opnås hos næsten alle.

Antidepressiva uanset type hjælper på mange *BN* patienters symptomer på kort sigt og bidrager til et positivt behandlingsresultat, når de kombineres med psykoterapi. Antidepressiva medfører imidlertid ringere compliance.

### *Behandling i den praktiske virkelighed*

#### ***Anoreksia Nervosa***

Arbejdsgruppen finder, at der bør være mulighed for at behandle patienter med *AN* ambulant, i daghospital og under ind-

læggelse. Det lavest mulige niveau, der har effekt, bør vælges. Der skal indgås en behandlingskontrakt med patienten. Behandlingen er altid to - sporet, således at der arbejdes parallelt med normalisering af vægt og spisning og med psykoterapeutisk bearbejdning af tilgrundliggende psykiske problemer. Vægtstigningen bør være ½ -1 kg/uge ved behandling i hhv. ambulant regi og under indlæggelse. Både af hensyn til risiko for irreversible skader ved hunger og pga. risikoen for meget lange socialt invaliderende indlæggelser er en passende hurtig vægtøgning vigtig. Inddragelse af medicinsk og pædiatrisk ekspertise er nødvendig.

Skønt der er mangelfuld evidens for virkningen af bestemte typer af psykoterapi ved *AN* (bortset fra familierapi til børn og unge), er der faglig konsensus om, at bearbejdning af patientens psykiske problemer bør være en væsentlig del af behandlingen. Der er klinisk erfaring for, at det giver resultater og mindsker risikoen for recidiv.

Patienter, hvis undervægt eller samlede somatiske tilstand medfører, at de er i livsfare eller som er selvmordstruede, kan i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien tvangsindlægges, tilbageholdes og behandles.

#### ***Bulimia Nervosa***

Trinvis (fasespecifik) behandling har en klar plads i behandlingen af *BN*. Selvhjælpsprogrammer, der bruger KT (kog-

nitiv terapi) manualer kan muligvis anvendes i mildere og ukomplicerede tilfælde – måske især sammen med medikamentel behandling. Korte psykoterapeutiske behandlingsforløb kan være effektive for subgrupper uden psykiatrisk komorbiditet

Psykoterapi har dokumenteret effekt ved *BN*. Kognitiv terapi (KT) er den bedst undersøgte terapiform og er virksom i behandlingen af *BN* patienter såvel individuelt som i gruppe, men andre terapiretninger er også effektive.

Antidepressiva som supplement til psykoterapi kan bidrage til et positivt behandlingsresultat, men bør ikke anvendes alene.

En standardbehandling vil typisk omfatte psykoedukation, kostvejledning og korttidspsykoterapi.

Der bør foreligge en instruks for somatisk undersøgelse og behandling af patienter med *BN* herunder kontrol af hypokaliæmi og behandling af tandskader.

### ***Binge -Eating Disorder***

Behandling af *BED* er fortsat tentativ.

De foreløbige erfaringer viser at *BED* med samtidig fedme kræver langvarig og integreret intervention. Det anbefales at gøre behandlingen 2-sporet – psykoterapi kombineret med livsstilsbehandling fx psykoedukation, kostvejledning, motionsprogram, symptom- og vægtnkontrol.

### **Organisation af behandlingen**

Arbejdsgruppens forslag til organisation har til formål at sikre:

- At lidelserne opdages tidligt.
- At henvisningsvejene er enkle.
- At der etableres tilstrækkelig behandlingskapacitet og kvalitet.
- At sikre kontinuitet i forbindelse med overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, fra somatisk til psykiatrisk behandling og fra sundhedsvæsenets behandling til socialvæsenets støtte og rehabilitering.
- At behandlingsresultaterne monitoreres, og der skabes mulighed for videreudvikling af behandlingsmetoderne.

Det kræver øget kapacitet og behandlingskompetence men også bedre organisation end i dag.

Det har vist sig at spiseforstyrrede patienter er vanskelige at behandle på almenpsykiatriske afdelinger uden personale med speciel erfaring i at behandle disse lidelser. Patienter med spiseforstyrrelser kan som oftest ikke kan acceptere behandling i distriktspsykiatrien, da de opfatter sig som meget forskellige fra distriktspsykiatriens øvrige klientel.

Samtidig er spiseforstyrrelser forholdsvis sjældne og patientgruppen har ofte en udtalet ambivalens mod behandling. Det er således vanskeligt for almen psykiatriske afdelinger at skaffe sig tilstrækkelig erfaring i behandlingen af denne vanskelige



patientgruppe. Herudover vil patienterne ikke sjældent skulle skifte behandlingsniveau i forløbet.

Af disse grunde forslår arbejdsgruppen en amtslig centralisering af behandlingen og en fastere samarbejdsstruktur mellem amterne og landsdelsfunktionerne.

På alle niveauer er det vigtigt at patienten har én hovedansvarlig behandler, som er tovholder/case manager.

### **Gruppens anbefalinger:**

#### *Niveau 1*

Herved forstår arbejdsgruppen behandling givet af behandlere uden særlig erfaring med spiseforstyrrelser fx alment praktiserende læger, praktiserende psykiatere og psykologer, der ikke er specialiserede i spiseforstyrrelser, almen psykiatrisk afdeling og distriktskykiatrien.

Den praktiserende læge er nøglepersonen, som kan rådgive og motivere patienterne, foretage den fornødne initiale somatiske udredning samt iværksætte vægtkontrol og behandle ukomplicerede tilfælde af spiseforstyrrelser. Almen praksis bør i forhold til *AN* og *BN* kunne:

- Opdage
- Påbegynde behandling
- Henvise
- Tvangsindlægge
- Efterbehandle og opdage recidiv

Behandlingen af de fleste patienter med *BED* vil desuden skulle ske i almen praksis evt. i samarbejde med psykolog og

klinisk diætist.

Efterbehandling og rehabilitering af patienter med spiseforstyrrelser vil i nogle tilfælde kunne ske i et samarbejde mellem den alment praktiserende læge og socialektoren. Der bør være enkle henvisningsveje og nem adgang til rådgivning for de praktiserende læger, når det gælder patienter med spiseforstyrrelser.

#### *Niveau 2 (Amtsligt niveau/ spiseforstyrrelsesteam)*

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i hvert amt oprettes et spiseforstyrrelsesteam, som varetager central amtslig visitation, samler behandlingen i amtet samt udfører konsulentopgaver. Disse teams bør være tværfaglige og, når de er fuldt udbyggede, bestå af psykiater/ børne- og ungdomspsykiater, psykolog, diætist, fysioterapeut, tandlæge, socialrådgiver, ergoterapeut, sygeplejerske og sekretær. Der vil være behov for et tæt samarbejde med en bestemt pædiatrisk og medicinsk afdeling.

Opgaver for de amtslige teams/enheder:

- At visitere patienter i amtet med spiseforstyrrelser til ambulante behandling/indlæggelse
- At forestå udredning og behandling ambulante og på psykiatrisk afdeling/børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling
- At have formelt samarbejde med en medicinsk og en pædiatrisk afdeling i amtet (samarbejdsafdelinger)

- At samarbejde med een bestemt landsdelsafdeling hvortil svære tilfælde kan henvises, og hvorfra de kan modtages igen
- At være konsulent for andre behandlingsinstanser i amtet og kommunerne, herunder samarbejde med og rådgive primærsektoren (praktiserende læger, sundhedsplejersker, kommunernes læger) samt skolevæsen og socialforvaltninger m.fl.

*Niveau 3 (Det højt specialiserede niveau, Landsdelsfunktionen)*

Ud over oprettelse af amtslige (regionale) teams anbefaler arbejdsgruppen, at der sker en styrkelse af centerafdelingerne, så de er i stand til at varetage behovet for behandling af de alvorligste spiseforstyrrelser og være ressourcecentre for de regionale teams. Centerafdelingernes opgaver er

- At behandle de alvorligst syge patienter
- At udvikle behandlingen af spiseforstyrrelser
- At lede forskningsindsatsen i regionen
- At være videnscentre
- At støtte arbejdet i de amtslige teams (uddannelsesforpligtelse for teams i samarbejdsamterne)
- At rådgive amter og kommuner i forhold til den socialpsykiatriske indsats
- At udvikle samarbejdet og forskningsindsatsen i forhold til medicin-

ske og pædiatriske problemstillinger

- At bidrage med second opinion ift. konkrete patienter

*Socialsektoren*

*Samarbejde med socialsektoren om forebyggelse og rehabilitering*

Udover styrkelse af behandlingsindsatsen er det også vigtigt at forstærke den forebyggende indsats og den rehabiliterende indsats, der skal ske samtidig med og efter et behandlingsforløb.

Arbejdsgruppen anbefaler et styrket og mere formaliseret samarbejde mellem sundheds- og socialsektoren for at opnå en helhedsorienteret og effektiv indsats.

# 1. Spiseforstyrrelses- sygdommene

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for flere beslægtede psykiatriske tilstande med varierende alvor. *AN* og *BN* optræder hovedsagelig hos kvinder mellem 14 og 40 år, men kan ses i andre aldersklasser og forekommer også hos drenge og mænd. Spiseforstyrrelser har eksisteret i forskellige former i hundreder af år, men har især påkaldt sig interesse inden for den vestligt orienterede verden siden midten af det 20. århundrede.

Spiseforstyrrelser omfatter

- *Anorexia Nervosa (AN)* eller nervøs spisevægring
- *Bulimia Nervosa (BN)* eller nervøs overspisning
- Atypisk *AN* og *BN*
- Andre spiseforstyrrelser, herunder *Binge-Eating Disorder (BED)* – overspisning eller tvangsspisning

Fælles for de nævnte lidelser er, at patienterne har et forstyrret forhold til fødeindtagelse, mad, vægt og krop.

*AN* og *BN* er tilstande, der begge er karakteriserede ved en angst for fedme og et patologisk ønske om at blive tyndere. En patient med *AN* har som regel en oplevelse af at være tyk på trods af en udtalt undervægt. En patient med *BN* er derimod oftest normalvægtig, men har en overdre-

ven fødeindtagelse med efterfølgende kompensatorisk adfærd i form af fx selv-inducerede opkastninger, fastekure eller overdreven motion for at undgå den fædende konsekvens af fødeindtagelsen.

*BED* er en tilstand med overspisning, der kan forekomme både hos normal- og overvægtige. Her beskrives udelukkende binge – eating hos overvægtige, da behandling af normalvægtige lægger sig tæt op ad *BN* behandling. Personer med *BED* har i modsætning til patienterne med *BN* ingen umiddelbar kompenserende adfærd, og andelen af mænd er større end for de øvrige spiseforstyrrelser. Tilstanden er endnu upræcist defineret, men øget opmærksomhed og større viden om overspisningsproblemer vil muligvis føre til, at den får en selvstændig psykiatrisk diagnose.

## 1. 1 Symptomer og kliniske fund

### 1.1.1 Anorexia nervosa

*Anorexia Nervosa (AN)* betyder egentlig nervøst appetittab. Karakteristisk for patienterne er dog en voldsom optagethed af mad, således at deres tanker konstant kredser om mad. De centrale problemer ved *AN* er intens optagethed af vægt og udseende, en stærk vægring mod almindelig fødeindtagelse, angst for at stige i vægt og hårdnakket benægtelse af tilstan-

dens alvor og den lave vægts indflydelse på almentilstanden.

AN udvikler sig typisk hos unge i puberteten, og de fleste tilfælde debuterer i 13-20 årsalderen. Sygdommen kan forekomme i præpuberteten. Tilstanden er sjælden hos mænd.

*Typisk adfærd.* AN starter med en slankekur. Når det første vægttab er nået, sætter patienten sig et nyt lavere mål og fortsætter med at tabe i vægt. Patienten er ofte overdrevet fysisk aktiv, eller anvender afføringsmidler, vanddrivende medicin eller selvinducerede opkastninger med det formål at tabe i vægt.

Patienten spiser helst alene, indtager kun lidt, men bruger lang tid ved bordet og roder ofte med maden. Patienten vejer sig flere gange daglig.

*Psykiske symptomer.* Det mest udtalte psykiske symptom er patientens forvrængede kropsopfattelse og manglende erkendelse af at være syg og have behov for behandling. Hungertilstanden, der følger af tiltagende vægttab, medfører depressiv sindsstemning, irritabilitet og social isolation. Patienten er uglad, har ringe selvtillid og kan udvikle egentlig depression med selvmordstanker.

Patienten er ofte perfektionistisk med et stærkt behov for at kontrollere fx kalorieindtag, vægt og motion. Denne tvangsadfærd forstærkes som en følge af hungertilstanden. De tvangsprægede ritualer kan

tage al patientens tid og være årsagen til social isolation. Der kan også forekomme tvangsfænomener, som led i en tvangslidelse (Obsessive Compulsive Disorder (OCD)).

*Legemlige symptomer.*

Hvis sygdommen indtræder, før puberteten er afsluttet, ses væksthæmning. Patienterne har hormonelle forstyrrelser med nedsat eller manglende produktion af kønshormoner (hypothalamisk hypogonadisme). Hos piger medfører dette forsinket pubertet, nedsat kønsdrift og primær eller sekundær amenorré. Hos drenge ses forsinket pubertet, nedsat kønsdrift og impotens. Der ses nedsat knoglemineralisering med øget hyppighed af spontanfrakturer. Stofskiftet bliver lavt, hvilket medfører lav kropstemperatur, tør hud og forstoppelse samt lav puls og blodtryk med dårlig perifer gennembødning. Der kan forekomme lanugobehåring.

Langvarig sult kan endvidere medføre skader på en række organer fx hjerte, muskler og hjerne.

*Forløb og prognose.* Sygdomsforløbet er varierende om end spontanforløbet for AN af indlysende grunde ikke er velbeskrevet. Den gennemsnitlige sygdomsvarighed er 3-6 år. I en efterundersøgelse (8) fandt man, at efter 10 år var en fjerdedel af patienterne raske, en fjerdedel havde normal vægt og menstruationer trods vedvarende unormale spisevaner,

vægtkontrol og forstyrret kropsopfattelse. 43% havde betydelige vægt- og menstruationsforstyrrelser foruden anden anorektisk adfærd, og 7% var døde. Efter 20-30 år er mortaliteten 15-18% hovedsagelig på grund af underernæring eller selvmord. Danske undersøgelser har påvist en ca. 10 gange øget dødelighed (standardiseret mortalitetsrate) hos patienter med AN (9-11). En del undersøgelser peger på, at tidlig behandling og positive familierelationer er forbundet med en god prognose, medens laksantiamisbrug, opkastninger, bulimi og vægttab på mere end 1/3 af idealvægten, tidligere overvægt, lang sygdomsvarighed og afvigende udvikling er relateret til en dårlig prognose.

### 1.1.2 Bulimia nervosa

Bulimi betyder oksehunger og bulimia nervosa (BN) nervøs overspisning. Karakteristisk for patienterne er episoder med tvangsmæssig overspisning og efterfølgende vægtregulerende adfærd samtidig med en forstyrret kropsopfattelse. Sygdommen starter typisk i 16-20 årsalderen, men kan ses fra 12 årsalderen og efter 20 år. Sygdommen har ofte været i 8-10 år, før patienten kommer i behandling. Da patienterne oftest er normalvægtige, opdages sygdommen sent af omgivelserne og oftest alene på grund af følgerne.

*Typisk adfærd.* Restriktive spisevaner går som regel forud for udvikling af BN. Patienterne forsøger at tabe sig ved at faste eller begrænse deres kalorieindtag, men kan ikke gennemføre det. I stedet udløser sultfølelsen kontroltab og kaotisk overspisning efterfulgt af vægtkompenserende adfærd. De hyppigste former for vægtregulerende adfærd er opkastninger, misbrug af laksantia, diuretika eller slankemidler, faste og overdreven motion.

*Psykiske symptomer.* Patienterne er skamfulde over ikke at have kontrol over spisningen. De isolerer sig og deltager kun sjældent eller nødtvungent i måltider sammen med andre. Den sociale isolation skyldes også, at de sammenligner sig med andre og føler sig mindreværdige og ulækre. De føler, at andre er pænere, dygtigere og tyndere, og at de selv spiller faldit ved ikke at kunne kontrollere spisningen og tabe sig. Tankerne kredser om mad og vægt, og patienten bruger megen tid på ritualer, der kan få karakter af tvangsprægede handlinger for at få kontrol og fremtræde perfekt. Overspisning bruges som et beroligende middel i et forsøg på at få kontrol over indre tomhed eller kaotiske følelser.

*Legemlige symptomer.* Overspisningen og de efterfølgende opkastninger giver anledning til smerter i spiserør og mave. Desuden ses hyppigt hypokaliæmi og alkalose. I sjældne tilfælde kan dette med-

føre nyresvigt, ødemer og epileptiske kramper. Der er rapporteret ganske få tilfælde med dødelig udgang på grund af elektrolytforstyrrelser eller sprængning af mavesækken. Opkastninger medfører desuden syreskader på tændernes emalje og hævede (evt. betændte) spytkirtler. Ved tvangsmæssig motion ses evt. overbelastningsskader på bevægeapparatet. De hyppigste langvarige følger af *BN* er svære tandskader. Desuden kan der være langvarig påvirkning af og smerter fra mavetarmkanalen trods helbredelse for spiseforstyrrelsen.

*Forløb og prognose.* Der findes kun få efterundersøgelser af patienter med *BN*. Helbredelsesprocenten skønnes at være 50-60% (12). På baggrund af den ofte lange sygdomsvarighed på diagnositidspunktet, formodes lidelsen i mange tilfælde at være kronisk.

### 1.1.3 Binge-Eating Disorder

*Binge Eating Disorder (BED)* er en endnu ikke helt velafgrænsede sygdomsænd. *Binge* betyder orgie. Karakteristisk for patienter med *BED* er episoder (orgier) med tvangsmæssig overspisning ledsaget af en følelse af kontroltab, men uden umiddelbar efterfølgende vægtregulation. De centrale problemer er kampen mod den tvangsmæssige overspisning og en ofte betydelig sekundær fedme. Sygdommen kan starte med overspisnings-

episoder i 17-20 års alderen og resultere i fedme i starten af 30'erne. Patienterne kan også have kæmpet med slankekur og overvægt siden barndommen. Ofte forsøger patienterne at bekæmpe overvægten i mange år, før de søger egentlig behandling.

*Typisk adfærd.* Diæt har en central rolle i patienternes bestræbelser på at tabe sig. De er utilfredse med deres krop og er meget optaget af mad, diæt og vægt. De ønsker at blive slanke eller blot normalvægtige. De sætter tit strenge normer for, hvad de må spise, men kan ikke overholde det. Spisemønsteret er kaotisk, og overspisninger med kontroltab dominerer hverdagen. Fysisk inaktivitet følger for de flestes vedkommende med den tiltagende vægt og ledsagende stigmatisering.

*Psykiske symptomer.* Patienterne har lavt selvværd, er depressive og skamfulde over ikke at kunne kontrollere deres spisning eller vægt. Den manglende indre kontrol gør patienterne mere og mere opgivende, og de depressive symptomer er ofte resultatet af en sådan længerevarende psykologisk proces. De udsættes eventuelt for diskriminering i skolen, på arbejdet og i fritiden. De føler sig iagttaget og nedvurderet af andre og isolerer sig socialt, fordi de synes, at andre både er dygtigere og pænere. Tankerne kredser om mad og vægt, og der bruges meget tid på at købe ind til og planlægge overspisning-

gerne og slankekurere. Mange patienter opfatter selv, at de har et misbrugslignende forhold til mad. Selvom overspisnings-episoderne bruges i et forsøg på at undgå at mærke eller opnå ro i det indre følelsesliv præget af blandt andet ensomhed og angst.

*Legemlige symptomer:* De betydelige fysiske følgetilstande ved BED skyldes dels fedme, dels reduceret fysisk aktivitet. Risikoen for følgesygdomme stiger med varigheden og graden af overvægt. ”Æbleformen” med øget fedtmængde lokaliseret i bughulen udgør en større risiko for helbreds komplikationer end ”pæreformen”, med øget fedtmængde på hofter og lår. Det skyldes især, at det fedt, der ligger tæt på de store organer og blodkar i bughulen, medfører forstyrrelser i kroppens stofskifte, bl.a. i form af det såkaldte insulinresistenssyndrom (lavt HDL-kolesterol og højt triglycerid, forhøjet blodtryk, nedsat glukosetolerance og forstyrrelser i blodets koagulationssystem). Overvægt øger således risikoen for udviklingen af type-2-diabetes, hjerte-/karsygdom, visse cancerformer, galdesten, urinsyreigt, slidigt, lungeproblemer og søvnforstyrrelser (13).

*Forløb og prognose.* Behandling fører til, at overspisningsepisoderne på kort sigt reduceres hos 60-90% af patienterne. Vægtreduktion er sværere at opnå, og der er foreløbig kun sparsom viden om prog-

nosen på længere sigt. En follow-up undersøgelse viste, at hovedparten af patienterne efter 6 år ikke længere havde BED, men ¼ var fortsat fede (14).

#### **1.1.4 Symptomer og kliniske fund: Særlige forhold hos børn**

Kernesymptomerne for de forskellige spiseforstyrrelser er meget ens i barndommen, ungdommen og voksenalderen, dog ses BN sjældent i barnealderen i sundhedsvæsenet, selvom en del tilfælde utvivlsomt debuterer tidligt. BED er ikke beskrevet hos børn.

Hos børn ses et bredere spektrum af følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser, end de diagnostiske kriterier fordrer.

Hos børn ses fx:

- overoptagethed af mad
- sære madvaner (som fx kun at spise en slags mad, spise i hemmelighed eller alene, gemme og samle mad, smide mad ud) eller ændret spisemønster
- irritabilitet eller vrede, når måltider eller spisesituationer ændres
- adfærd efter måltidet, som kan skjule opkastning som fx at låse sig inde på badeværelset og åbne for vandet
- humørændringer som tristhed, træthed, irritabilitet samt overdreven konflikt-søgning og stædighed
- tilbagegang i skolen, koncentrationsbesvær

- ændret adfærd knyttet til rigide daglige rutiner, social tilbagetrækning eller undgåelse af kontakt
- angst og jalousi, afhængighed af moderen
- selvdestruktiv adfærd
- samtidig OCD eller depression
- ofte ses debut med somatiske symptomer (kvalme, mavesmerter eller synkebesvær)
- vækstretardering

Afgrænsningen overfor normale fasespecifikke spiseproblemer som fx kræsenhed og trodsræssig spisevægring kan være vanskelig. Efter ca. 7-8 års alderen er udtalt kræsenhed ikke normalt. Pga. den kognitive udvikling afspejler spiseproblemer efter 8 års alderen snarere underliggende psykiske problemer.

## 1.2 Diagnostiske kriterier

De to dominerende diagnosesystemer er WHO's International Classification of Diseases (ICD) (15), der omfatter såvel somatiske som psykiatriske sygdomme og det amerikanske psykiatriske system Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (16). DSM-systemet anvendes i Danmark primært i forskningsmæssig sammenhæng, hvor ICD-systemet anvendes inden for hospitalssystemet og i klinisk sammenhæng. Det er således ICD-diagnoser, der herhjemme indberettes til det centrale regi-

ster ved Demografisk Institut ved udskrivning eller færdigbehandling af patienter. Det er baggrunden for, at det her er ICD-systemets diagnostiske kriterier, der beskrives. Samtidig vil der blive refereret til DSM og forskellen mellem de to systemer, hvorfor DSM's kriterier er gengivet i bilag I.

ICD er udkommet i ti udgaver, og det er først i den seneste udgave ICD-10 fra 1992, at diagnosen bulimi er med. Indtil da var Anorexia Nervosa den fælles diagnostiske betegnelse for spiseforstyrrelser. DSM introducerede i sin 3. udgave, DSM-III fra 1980, diagnosen bulimi, som i den reviderede udgave, DSM-III R fra 1986, og DSM-IV fra 1994, skiftede navn til Bulimia Nervosa (*BN*). Overspisning med fedme som resultat (Binge Eating Disorder) vil måske blive inkluderet som en ny diagnostisk kategori i fremtidige udgaver af ICD og DSM.

ICD-10 er udkommet i to versioner: ICD-10 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (15) og ICD-10 Diagnostic Criteria for Research (15;17). Da forskellige specialafdelinger for behandling af spiseforstyrrelser, anvender forskellige versioner af ICD-10, er begge kriteriesæt beskrevet i det følgende.

**De diagnostiske kriterier for AN er følgende:**



### AN (ICD-10)

- a. Kropsvægten holdes mindst 15% under den forventede vægt (enten ved vægttab eller aldrig opnået) eller  $BMI \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ . Præpubertetspatienter opnår evt. ikke den forventede vægtøgning under vækstperioden.
- b. Vægttabet er selvinduceret ved at undgå "fedende mad". En eller flere af følgende faktorer kan også være tilstede: selvinduceret opkastning, misbrug af laksantia, umådeholden motion, anvendelse af appetithæmmende midler og diuretika.
- c. Patienten har et forvrænget kropsbillede i form af en specifik psykopatologi, hvor frygten for fedme er en påtrængende, overlødig idé og patienten påtvinger sig selv en lav væggtærskel.
- d. Endokrine forstyrrelser, som involverer hypothalamus-hypofyse-gonadeaksen: Hos kvinder indebærer dette amenorré, hos mænd manglende seksuel interesse og potens. (Menstruationer kan ses hos anorektiske kvinder, som får hormonbehandling, fx p-piller). Der kan også være forhøjede niveauer af væksthormon og/eller kortisol, forandringer i stofskiftehormonerne og abnorm insulinsekretion.
- e. Ved præpubertal debut forsinkes eller standser pubertetsudviklingen (væksten ophører; hos pigerne udvikles brysterne ikke, og der ses primær amenorré. Hos drengene forbliver genitalierne uudviklede). Ved helbredelse afsluttes puberteten ofte normalt, men menarchen er forsinket.

### AN (ICD-10 forskningskriterier):

- a. Vægttab, hos børn manglende vægtøgning, førende til legemsvægt  $< 85\%$  af forventet normalvægt
- b. Undgåelse af fedende fødevarer
- c. Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fed-

me

- d. Endokrine forstyrrelser af hypothalamus-hypofyse-gonadeaksen med amenorré, svækket libido og potens
- e. Bulimi ikke til stede

### De diagnostiske kriterier for BN er følgende:

### BN (ICD-10)

- a. Der forekommer vedvarende optagethed af spisning og en uimodståelig trang til mad. Patienten bukkes under for episoder med overspisning, hvor store mængder mad konsumeres inden for en kort tidsperiode
- b. Patienten forsøger at modvirke madens fedende effekt ved en eller flere af følgende metoder: selvinduceret opkastning, misbrug af afføringsmidler, fasteperioder, anvendelse af appetithæmmende midler, stofskiftehormon eller diuretika. Når bulimi opstår hos diabetespatienter, vælger de ofte at ignorere deres insulinbehandling
- c. Psykopatologien består i en morbid frygt for fedme, og patienten pålægger sig selv en skarpt defineret væggtærskel langt under den præmorbide vægt. Der ses ofte en historie med en tidligere episode med AN, hvor intervallet mellem de to forstyrrelser kan variere fra måneder til år. Denne tidligere episode kan have været klart tilstede eller kan have antaget en mere skjult form med moderat vægttab og/eller en forbigående fase med amenorré.

### BN (ICD-10 forskningskriterier):

- a. Overspisningsanfald  $> 2$  gange ugentligt i 3 måneder

- b. Overdreven spisetrang (craving)
- c. Forsøg på at modvirke vægtøgning ved mindst et af følgende midler:
  - 1. opkastning
  - 2. laxation
  - 3. faste
  - 4. brug af afmagringspiller, diuretika, thyreoideahormon
- d. Forstyrret kropsopfattelse

Som det fremgår, er den afgørende forskel imellem de to udgaver af ICD-10, at forskningskriterierne sætter som betingelse for at stille diagnosen *AN*, at *BN* ikke er til stede. Den samme person vil således få en forskellig diagnose afhængig af, hvilken ICD-10-udgave, der anvendes. En svært undervægtig person med selvinduceret vægttab, som ind imellem har overspisningsadfærd og opkastninger, vil i følge de kliniske kriterier få diagnosen *AN*, men i følge forskningskriterierne diagnosen *BN*.

Forskellen imellem de to udgaver rejser spørgsmålet om, hvorvidt diagnosen *AN* kan rumme episoder med bulimiske gennembrud og hvilke symptomer, der skal prioriteres højest. Den selvinducerede lave vægt har gennemgående været regnet for anoreksiens primære symptom og er helt central for behandlingen. Følger man ICD-10's forskningskriterier, må man i en diagnostisk udredning undersøge for tilstedeværelsen af bulimiske symptomer og tillægge dem større betydning end vægttabet.

DSM-IV er på linje med ICD-10's klini-

ske kriterier (se bilag I). Tilstedeværelsen af et selvinduceret vægttab prioriteres højest. Samtidig anerkender DSM-IV betydningen af tilstedeværelse/fravær af bulimiske episoder ved at skelne mellem to typer af *AN*: restriktiv og bulimisk type.

Med hensyn til kriterierne for *BN* adskiller de to udgaver af ICD-10 sig primært fra hinanden med hensyn til graden af specificitet. Det er således kun i forskningskriterierne, at der er anført kvantitative krav til spiseanfaldenes hyppighed og varighed. I begge udgaver savnes en definition af, hvad et spiseanfald eller en overspisningsepisode er. I modsætning til i ICD-10 er der i DSM-IV gjort forsøg på at definere, hvad et spiseanfald er. (Der henvises til bilag I).

Ud over diagnoserne *AN* og *BN* opererer ICD-10 med kategorier, som gør det muligt at klassificere tilfælde, hvor flere af nøglesymptomerne mangler, eller hvor symptomerne er til stede i mild form. En patient kan eksempelvis fremvise et typisk anorektisk sygdomsbillede, men frygten for fedme er ikke til stede, eller amenorré mangler. Tilsvarende kan en patient fremvise et typisk bulimisk billede, men de kvantitative kriterier for spiseanfaldenes hyppighed eller varighed er ikke opfyldt. Sådanne tilfælde diagnosticeres som henholdsvis *AN atypica* og *BN atypica*. Herudover har ICD-10 en række diagnoser, der ikke er varianter af *AN* el-

ler *BN*, men hvor indtagelse eller opkastning af mad er central. I alt har ICD-10 otte spiseforstyrrelsesdiagnoser:

### ICD-10's spiseforstyrrelsesdiagnoser:

- F50 Spiseforstyrrelser
- F50.0 AN
- F50.1 AN atypica
- F50.2 BN
- F50.3 BN atypica
- F50.4 Trøstespisning
- F50.5 Opkastning forbundet med anden psykisk forstyrrelse
- F50.8 Andre spiseforstyrrelser
- F50.9 Spiseforstyrrelser, uspecificeret

I DSM-IV er det også muligt at klassificere tilfælde, hvor ikke alle diagnostiske kriterier er opfyldt, eller hvor der er andre afvigelser i forhold til de prototypiske diagnoser. De er samlede i kategorien EDNOS (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*), som omfatter en række eksempler på subkliniske, uspecifikke og atypiske spiseforstyrrelser, som principielt kan suppleres.

### BED (DSM IV)

BED er i DSM IV klassificeret som én af lidelserne under betegnelsen EDNOS og defineres som:

Gentagne episoder med *binge-eating* uden de for *BN* karakteristiske opkastninger.

### Forsningskriterierne for BED omfat-

### ter:

A. Gentagne episoder med *binge eating*, som er karakteriseret af:

1. at mad, indenfor en tidsafgrænset periode (fx inden for 2 timer), indtages i mængder, som helt klart er større, end det de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode og under tilsvarende omstændigheder
2. en følelse af kontroltab i forhold til fødeindtagelsen (fx en følelse af ikke at kunne kontrollere hvad og hvor meget man spiser).

B. *Binge eating* episoderne skal være forbundet med mere end 3 af følgende karakteristika:

1. spiser hurtigere end normalt
2. spiser, så man føler sig ubehagelig mæt
3. spiser store mængder mad uden at være sulten
4. spiser alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser
5. føler væmmelse, tristhed eller skyld efter overspisning

C. *Binge eating* episoderne skal være forbundet med betydeligt ubehag

D. *Binge eating* episoderne forekommer gennemsnitligt mindst 2 dage om ugen, set over en 6 måneders periode

E. *Binge eating* er ikke forbundet med regelmæssig brug af uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (f.eks. opkastning, faste eller omfattende motion) og forekommer ikke i forløbet af AN og BN.

Arbejdsgruppen anbefaler, at man i ICD-10 klassificerer *BED* under F50.8 Andre spiseforstyrrelser og specificerer, at der er tale om overspisning. Man skal endvi-

dere give diagnosen E66 Adipositas, hvis der er tale om fedme.

Opsummerende kan fremhæves, at de to udgaver af ICD-10 først og fremmest afviger indbyrdes, når det drejer sig om definitionen af *AN*. Forskningskriterierne skelner skarpt mellem *AN* og *BN* og ser *BN* som et eksklusionskriterium for at stille diagnosen *AN*. I forhold til diagnosen *BN* er forskningskriterierne mere konkrete og specifikke end de kliniske kriterier, men de er ikke så udarbejdede som i DSM-IV.

### **1.2.1 Diagnoser: Særlige forhold hos børn**

De diagnostiske kriterier i ICD-10 er ikke så sensitive for specifikke faktorer, der kendetegner spiseforstyrrelser hos børn. Dog har ICD-10 medtaget forsinket pubertetsudvikling til forskel fra DSM-IV, hvilket er nyttigt.

En for streng brug af ICD-10 kriterierne vil føre til underdiagnosticering, hvorfor det kan være en fordel også at medtage følgende supplerende kriterier (18) :

- målbevidst undgåelse af mad
- vægttab eller manglende vægtøgning (10-14 år), når ingen anden fysisk eller psykisk sygdom er til stede
- to eller flere af følgende faktorer: Optagethed af vægt eller kalorieindtag, forstyrret kropsbillede, frygt for at blive tyk, selvinducerede opkastnin-

ger, overdreven motionering, brug af diuretika eller afføringsmidler.

#### **Konklusion og anbefaling:**

**I forhold til den eksisterende udgave af ICD (ICD-10) anbefales det at følge de kliniske kriterier, når det drejer sig om diagnosen AN og forskningskriterierne, når det drejer sig om BN. I forhold til fremtidige udgaver af ICD frarådes det at udarbejde to udgaver, der er i uoverensstemmelse med hinanden, og det anbefales at lægge sig tættere op af DSM -IV's mere udarbejdede kriterier.**

ICD-10 har i sin eksisterende *danske* udgave anvendt de originale forskningskriterier som kliniske kriterier.

**Arbejdsgruppen anbefaler, at man ved brug af disse forskningskriterierne undlader at bruge e – kriteriet (om at bulimi ikke må være til stede).**

## 1.3 Komorbiditet og psykiatriske differentialdiagnoser

### 1.3.1 Komorbiditet

Hos 50-75 % af patienter med *AN* og *BN* forekommer i deres livsforløb behandlingskrævende depression og dystymi, mens 4-6 % har bipolar affektiv lidelse. Patienter med *AN* har en livstidsprevalens på 25 % for tvangstilstande og noget lignende gælder for *BN* (15;19). Alkoholmisbrug forekommer i forskellige opgørelser hos en vis del af patientgruppen, formentlig væsentlig hyppigere ved *BN* end *AN*.

En ny dansk undersøgelse viser (20) at en tredjedel af spiseforstyrrede opfylder kriterierne for en eller flere personlighedsforstyrrelser. Det drejer sig i overvejende grad om de såkaldt ængstelige personlighedsforstyrrelser, der ses hos 26% mens de dramatiske personlighedsforstyrrelser ses hos 10%. Spiseforstyrrede med restriktive symptomer (d.v.s hverken overspisning eller udrensningsadfærd) har den laveste forekomst af personlighedsforstyrrelser ( se 1.3.2 ).

Alvorligt vægttab ved *AN* kan i sig selv forstærke eller fremkalde psykiatriske symptomer. Dette gør en psykiatrisk vurdering vanskelig, og generelt bør man være tilbageholdende med at stille andre psykiatriske diagnoser, før vægten er nogenlunde normaliseret, almentilstanden

bedret, og de aktive anorektiske symptomer reduceret. Ved vurderingen af en patient med *AN* vil de vigtigste psykiatriske differentialdiagnoser være *depression*, *skizofreniform eller paranoid psykose*, *Obsessiv Compulsive Disorder (OCD)* og *personlighedsforstyrrelser*.

En *depression* med vægttab og amenorré vil oftest være kendetegnet af andre klare symptomer på depression, og der vil ikke være noget forstyrret kropsbillede eller et ønske om at gå ned i vægt.

Ved en *paranoid psykotisk tilstand*, *skizofreni* eller *skizo-affektiv lidelse* vil patienten ikke blot have en forvrænget opfattelse af sin egen krop, men også mere udbredte symptomer fx i form af giftfrygt, der forhindrer hende i at spise.

*OCD* kan være vanskelig at skille fra *AN*, men her vil tvangshandlingerne og tvangstankerne omfatte andre ting end mad og aktiviteter for at reducere vægten og forbrænde kalorier.

Det samme gælder forskellige former for *personlighedsforstyrrelser*, bl.a. tvangspræget personlighedsforstyrrelse og undvigende personlighedsforstyrrelse samt angstlidelse, som fx social fobi. Sygehistorien vil kunne afgøre, i hvilken grad den sociale fobi er en ren konsekvens af selve spiseforstyrrelsen.

Ved *BN* findes alvorlig depression eller personlighedsforstyrrelse enten som en komorbid tilstand eller som en differentialdiagnose. Som ved mange andre psyki-

atriske lidelser kan der være fysiske og seksuelle overgreb i anamnesen. Derfor er posttraumatisk stressreaktion også aktuell både som differentialdiagnose og som en komorbid tilstand. Man ser også alkoholmisbrug og andet misbrug.

Hos 35-50% af patienterne med *BED* ses i forløbet en depression. Almindeligvis er en depression ledsaget af et vægttab, men mange *BED* patienter tager tværtimod på i en depressiv fase. 10-20% har en angsttilstand og omkring 50% en personlighedsforstyrrelse, hvoraf evasiv, borderline og histrionisk personlighedsstruktur er de hyppigst forekommende. Endvidere ses misbrug, lavt selvværd, forældres alkohol misbrug, fysisk og seksuelt misbrug i opvæksten hyppigere hos overvægtige med *BED* end hos andre overvægtige (14).

### **1.3.2 Spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser**

Det er i dag velkendt, at personer med en spiseforstyrrelsesdiagnose indbyrdes kan være meget forskellige på en lang række personlighedsmæssige variable. I de senere år er disse forskelle i stigende grad blevet beskrevet og undersøgt i forhold til begrebet personlighedsforstyrrelse, der defineres som vedvarende uhensigtsmæssige tanke-, føle- og adfærdsmønstre.

De to diagnosesystemer ICD-10 og DSM-IV opererer begge med flere for-

skellige personlighedsforstyrrelser, og der er store ligheder imellem de to systemers diagnoser. Da DSM-IV imidlertid er det hyppigst anvendte diagnosesystem i forskningsmæssige sammenhænge er det også kategorierne herfra der anvendes i det følgende.

DSM-systemet beskriver 3 grupper af personlighedsforstyrrelser:

1. Den sære gruppe: paranoid, skizoid og skizotypal spiseforstyrrelse,
2. Den dramatiske gruppe: borderline, narcissistisk, histrionisk og antisocial personlighedsforstyrrelse og
3. Den ængstelige gruppe: evasiv, dependent og tvangspræget personlighedsforstyrrelse.

Der er gennemført ca. 40 undersøgelser af sammenhængen mellem spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser. Disse undersøgelser når imidlertid frem til meget forskellige resultater, hvilket først og fremmest skyldes store forskelle imellem de undersøgte populationer og anvendelsen af forskellige metoder til at identificere personlighedspatologi. Begrænser man sig til de undersøgelser, hvor populationen har en vis størrelse ( $N > 50$ ) og hvor personlighedspatologien er blevet vurderet ved hjælp af et struktureret interview, viser personlighedsforstyrrelse sig at være den diagnose, der hyppigst optræder sammen med en spise-

forstyrrelsesdiagnose. 27-77% af de undersøgte spiseforstyrrede havde samtidig en eller flere personlighedsforstyrrelser. Begrænser man sig yderligere til de metodemæssigt stærke undersøgelser af store uselekterede, ambulante populationer (N>150), er resultatet, at ca. en tredjedel af de spiseforstyrrede har en eller flere personlighedsforstyrrelser (19;20). En ny dansk undersøgelse fra Center for Spiseforstyrrelser i Risskov af 176 ambulante kvindelige patienter, når frem til et lignende resultat (21).

På baggrund af den eksisterende litteratur kan følgende konklusioner drages:

- Ved spiseforstyrrelser er der en øget forekomst af personlighedsforstyrrelser sammenlignet med normalbefolkningen.
- Metoden til vurdering af personlighedsforstyrrelser har afgørende betydning for hvilken forekomst man når frem til, og dette i varierende grad for de forskellige specifikke personlighedsforstyrrelser.
- Indlagte patienter har generelt en højere forekomst af personlighedsforstyrrelser end ambulante patienter.
- Forekomst af komorbid personlighedsforstyrrelse er lige hyppig hos anorektikere og bulimikere, men er hyppigst hos spiseforstyrrede med overspisning/udrensningsadfærd uanset vægt.
- Hos spiseforstyrrede er de ængstelige personlighedsforstyrrelser mest almindelige og de sære personlighedsforstyrrelser de mest sjældne.
- Anorektikere har hyppigst ængstelige frem for de øvrige personlighedsforstyrrelser, mens der hos bulimikere er lige høj forekomst af ængstelige og dramatiske personlighedsforstyrrelser.
- Der er sammenhæng mellem tilstedeværelse af personlighedsforstyrrelse og aktuelle eller tidligere affektive forstyrrelser hos spiseforstyrrede.
- Blandt spiseforstyrrede generelt er evasiv, dependent og borderline personlighedsforstyrrelse de hyppigst forekommende specifikke personlighedsforstyrrelser.
- Hos bulimikere er desuden histrionisk personlighedsforstyrrelse almindelig, mens den tvangsprægede personlighedsforstyrrelse er almindelig blandt anorektikere.
- Der er ikke konsistente fund af forskelle mellem spiseforstyrrede med og uden komorbid personlighedsforstyrrelse med hensyn til

symptomatologi knyttet til spiseforstyrrelsen.

- Spiseforstyrrede med komorbid personlighedsforstyrrelse har ofte et mere langvarigt og behandlingskrævende sygdomsforløb.

Med hensyn til behandlingen må tilstedeværelsen af en eller flere personlighedsforstyrrelser betragtes som en komplicerende faktor, som vil vanskeliggøre behandlingen, gøre forløbet langvarigt og ofte indebære, at flere behandlingsforsøg er nødvendige. En systematisk udredning af personlighedsforstyrrelser er derfor afgørende for at kunne tilpasse behandlingen til den enkelte patient. Eksempelvis vil behandlingen af nogle bulimipatienter med en alvorlig borderlineforstyrrelse kræve, at der i starten fokuseres mere på denne, end på spiseforstyrrelsen.

Et centralt spørgsmål er, hvornår personlighedsforstyrrelser kan diagnosticeres. Hverken DSM-IV eller ICD-10 opererer med diagnosen før 18-års alderen, og de fleste undersøgelser respekterer denne grænse. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien argumenteres der i stigende grad for, at personlighedsforstyrrelser bør kunne diagnosticeres og behandles før 18-års alderen (22). Specielt når det gælder spiseforstyrrelser, understreges behovet for en tidligere diagnosticering af kombinationen af den høje grad af komorbiditet, der eksisterer imellem personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser,

og tidspunktet for spiseforstyrrelsers debut, der oftest ligger inden 18-års alderen. Et andet centralt spørgsmål er, om personlighedsforstyrrelsesbegrebet, således som det er defineret i DSM-IV og ICD-10, indfanger de personlighedsvariable, som adskiller spiseforstyrrede patienter indbyrdes. En ny amerikansk undersøgelse, som har studeret personlighedstræk hos spiseforstyrrede patienter differentierer imellem 3 grupper (23):

1. De såkaldte "good-girls", der udgøres af en højt fungerende, perfektionistisk gruppe, kendetegnet ved en række sunde egenskaber såsom selvbevidsthed, empati og en kombination af selvkritik, perfektionisme, skyld og angst
2. En begrænsede/overkontrollerende gruppe. Der er her tale om en mere forstyrret gruppe med tendens til passivitet, hæmning, følelsesmæssig indskrænkning, manglende selvbevidsthed og forståelse for andres tankegang og adfærd med en indskrænkning og undvigelse af interpersonelle relationer som konsekvens. De vil ofte give udtryk for tomhed og kedsomhed.
3. En emotionelt dysreguleret og underkontrolleret gruppe. I modsætning til gruppe 2, er patienterne i denne gruppe præget af im-



pulsiv adfærd og intense følelser. Der ses en tendens til at få raserianfald frem for at udtrykke vrede verbalt, og der ses desperate kontaktforsøg for at få lindring for deres lidelser.

Spiseforstyrrede er ofte præget af udtalt ambivalens overfor behandlingen. Det gælder i særlig grad anoreksi, og når en komorbid personlighedsforstyrrelse er til stede. Eksempelvis vil bulimiske patienter med en borderline personlighedsforstyrrelse umiddelbart tilkendegive stort behov for hjælp, men reelt vil de ofte modarbejde forandringer. Modstanden mod forandring hænger sammen med, at såvel anoreksi som personlighedsforstyrrelser/ personlighedstræk opleves som egosyntone, dvs. som i overensstemmelse med personens opfattelse/billede af sig selv. Første trin i en behandling af anoreksi og spiseforstyrrelse med en samtidig personlighedsforstyrrelse vil derfor bestå i at gøre såvel spiseforstyrrelsen som personlighedsforstyrrelsen ego-dyston. Det forudsætter etableringen af en terapeutisk alliance, som kan være vanskelig at opnå.

For målrettet at fremme den terapeutiske alliance vil man med fordel kunne anvende de teknikker, som er udviklet i moderne psykodynamisk psykoterapi i forhold til personlighedsforstyrrelser. Det er ligeledes anbefalelsesværdigt, at personalet er specialuddannet, med adgang

til supervision, da arbejdet med personlighedsforstyrrede patienter er meget krævende.

Ses der på den evidens, der foreligger i forhold til effekten af psykoterapi, synes kognitiv terapi umiddelbart at have bedre effekt end psykodynamisk terapi, der til gengæld muligvis har den bedste langtidseffekt (24). Men undersøgelserne er få og svære at sammenligne. Der er behov for flere og bedre undersøgelser og der bør fortsat arbejdes på at udrede og beskrive samspillet mellem spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser/personlighedstræk og behandling. Der er ligeledes behov for undersøgelser som inddrager samspillet mellem spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser hos børn og unge.

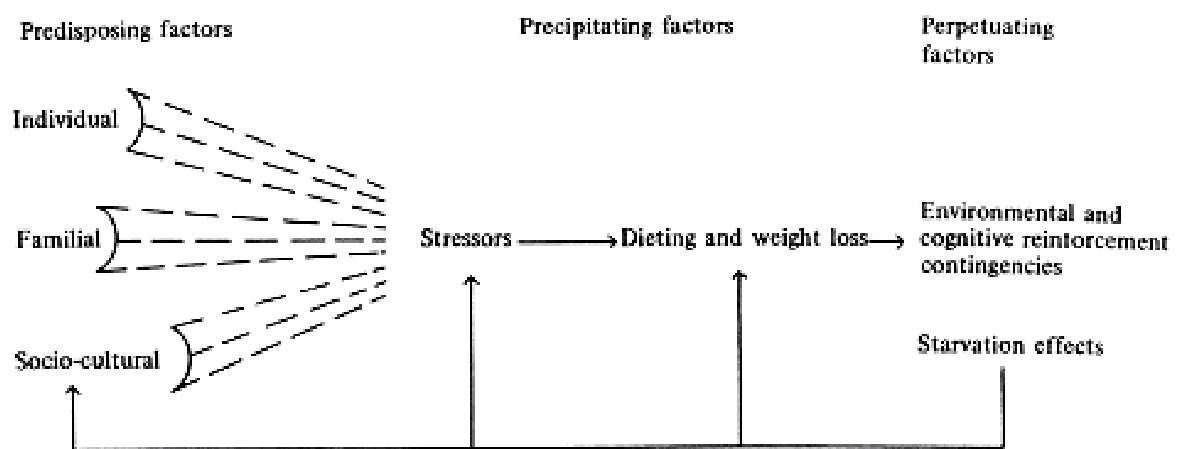
### **1.3.3 Komorbiditet og differentialdiagnoser: Særlige forhold hos børn**

Der er høj forekomst af OCD, depressive symptomer og angst hos børn med spiseforstyrrelser (22). Herudover bør man hos børn specielt være opmærksom på det generelle udviklingsniveau (mental retardering), specifikke kognitive forstyrrelser og indlæringsproblemer samt dysfasi, idet disse problemer ofte overses af forældre, lærere og læger hos det spiseforstyrrede barn. Således beskrives barnet ofte som ”en dygtig flittig elev” evt. på trods af store vanskeligheder. Den aldersrelaterede fasespecifikke kræsenhed eller

trods, som dog kun forekommer som normalfænomen under skolealderen, er en vigtig differentialdiagnose.

## 1.4 Hypoteser om ætiologi

Hvad der forårsager spiseforstyrrelser, vides ikke med sikkerhed. Nogle teorier tager udgangspunkt i psykologiske, sociale og kulturelle forhold og andre i genetiske og biologiske forhold. Der er nogenlunde enighed om at se spiseforstyrrelser som lidelser med multifaktoriel ætiologi, der kan beskrives via diatese-stress modellen. Formodentlig kan en individuel biologisk og/eller psykologisk sårbarhed føre til udvikling af en spiseforstyrrelse under særligt belastende forhold. I overensstemmelse hermed kan der skelnes mellem disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer (25).



Anorexia nervosa as a multidetermined disorder.

## **Disponerende faktorer**

En måde at kategorisere de disponerende faktorer på, er at skelne mellem sociokulturelle, familiemæssige og individuelle forhold (25).

### *Socio-kulturelle forhold*

Vor kultur er på mange måder en risikokultur i forhold til udvikling af spiseforstyrrelser med den kropsfokusering der er, og med de høje og undertiden modstridende krav. Skønhed og æstetik knyttet til kroppen er vigtig for mange kvinder, og normerne for en attraktiv krop er snævrere for kvinder end for mænd. Den slanke kvindekrop ses ikke alene som et skønhedsideal, den opfattes også som udtryk for selvkontrol og karakterstyrke. Den opvoksende generation udsættes for disse kulturelle krops- og skønhedsideal. Er de unge usikre og identitetssøgende, kan en overdreven optagethed af krop og udseende som eneste mål for personens værdi forstærke usikkerheden og ødelægge selvbilledet. Spiseforstyrrelser kan være det enkelte menneskes konkrete måde at sætte grænser på. Spiseforstyrrelsen kan være med til at skabe en identitet og etablere den spiseforstyrredes autonomi i hendes eller hans sociale og familiemæssige verden. Samtidig kan man sige, at spiseforstyrrelser i en vis forstand er et vrangbillede af kulturelle normer. På trods af det fremherskende slankhedsideal og den parallelle foragt for fedme

stiger gennemsnitsvægten i befolkningen, og der er ekstra fokus på vægtreducerende aktivitet, som i sidste ende kan udløse en spiseforstyrrelse. Særlig problematisk er det, når slankepresset formidles af familie, sportstrænere eller venner.

De senere år er der i stigende grad kommet fokus på mandekroppen. Hvilken betydning det har i forhold til udvikling af spiseforstyrrelser er endnu uvist.

### *Familieforhold*

Der har tidligere været teorier om, at bestemte mønstre i familierelationerne kunne disponere til spiseforstyrrelser. Dette har imidlertid ikke kunnet bekræftes.

Men det er vist, at fokus på slankekure i familien, forstyrret forhold til mad og krop, spiseforstyrrelser i familien eller kritiske kommentarer fra familien om ens vægt og udseende øger risikoen for udvikling af *BN* og *AN*. Depression, alkoholmisbrug i familien, psykologisk omsorgssvigt og seksuelle eller fysiske overgreb er klare risikofaktorer især i forhold til *BN* og *BED*. Også andre alvorlige familiære problemer eller konflikter kan øge risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse.

### *Individuelle forhold*

#### ***Psykologiske forhold***

Flere forskergrupper fra England har fundet risikofaktorer knyttet til personlig

sårbarhed. Perfektionisme er forbundet med anoreksi og til en vis grad også bulimi, mens selvsikkerhed, negativt selv-billede og få nære venner er risikofaktorer for udvikling af både *AN*, *BN* og *BED*.

### ***Genetiske og biologiske forhold***

Der er en genetisk komponent i udviklingen af spiseforstyrrelser, især *AN*. Det er vist i tvillingeundersøgelser, hvor der er større konkordans blandt monozygote end blandt dizygote tvillinger, sidst er det vist i en stor dansk tvillingeundersøgelse (26;27). Det biologiske element kunne være en forstyrrelse i appetit- og vægtregulationen udløst af stress. Der er en mindre genetisk komponent i udviklingen af *BN*, og derudover er en stor del af patienter med *BN* disponeret for overvægt.

### **Beskyttende faktorer**

En sund psykisk udvikling i barnealderen er formodentlig en beskyttende faktor i forhold til udvikling af spiseforstyrrelser. Det indebærer opbygningen af en stabil selvfølelse og en personlig sikkerhed og identitet, som sikrer, at den pågældende pige ikke konstant har brug for andres bekræftelse, men kan orientere sig i forhold til egne værdier og opfattelser.

### **Udløsende faktorer**

Situationer, der er forbundet med stort følelsesmæssigt pres, præstationskrav eller usikkerhed kan udløse en spiseforstyrrelse. Det kan være ændringer i livet, der indebærer forandringer i forhold til roller

og forventninger – såsom skilsmisse i familien, nyt job eller uddannelse, at flytte hjemmefra, dødsfald, alvorlig sygdom og andre betydende tab. Vægttab og pubertet er biologiske forhold, der på en endnu ikke klarlagt måde kan igangsætte en spiseforstyrrelsesproces.

### ***Vægttab***

Der ser ud til at være en rent biologisk sårbarhed overfor vægttab. Slankekur er en markant risikofaktor for at udvikle spiseforstyrrelser, og undertiden kan vægttab i forbindelse med sport eller fysisk sygdom være udløsende for en spiseforstyrrelse.

Kroppens regulering af sult og mæthedfølelse bliver biologisk sat ud af kraft ved hurtigt vægttab, og det er måske det, der udløser nogle sygdomstilfælde.

### ***Pigers pubertet***

Der eksisterer en hypotalamisk kontrol med spising og vægt, men mekanismerne i dette kontrolcenter er ikke fuldt ud kendt. Der er ingen tvivl om, at der er flere regulatoriske systemer, som i et vist omfang supplerer hinanden. Med opdagelsen i 1994 af hormonet leptin, der produceres i fedtceller og registreres i hypotalamus som en mæthedsfaktor, er vor forståelse af disse regulatoriske mekanismer bragt et skridt fremad. Alt tyder på, at en form for termostat regulerer kroppens fedtindhold - den såkaldte lipostat. Denne lipostat fungerer forskelligt

hos mænd og kvinder. Hos piger sker der en markant ændring i kroppens fedtindhold i puberteten, hvor fedtindholdet stiger til mellem 17 og 25 %, mens det hos drenge forbliver uændret. Denne øgning i fedtindholdet er nødvendig for normal fertilitet hos piger. En række neuropeptider (neuropeptid – Y, galanin, cholecystokin og leptin) er involveret i appetitregulationen. Vægtregulationsmekanismene er påvirkelige af en række stresshormoner. Man kan forestille sig, at hele systemet på grund af omstillingen i pigers pubertet er ekstra vulnerabelt på dette tidspunkt. Indtil videre er der imidlertid ikke påvist specifikke ændringer i de endokrine eller neuroendokrine systemer ved *AN* eller *BN*.

### **Vedligeholdende faktorer**

Spiseforstyrrelsen kan vedligeholdes af både fysiologiske og psykologiske faktorer, men også af omgivelsernes reaktion. Spiseforstyrrelsens symptomer bliver på samme tid en symbolsk og konkret måde at udtrykke og mestre psykologiske problemer på. Efterhånden fører en sådan mestringsstrategi imidlertid til nye problemer, specielt fordi symptomerne og komplikationerne kan blive alvorlige. Rent fysiologisk sker der bl.a. en ændring i sult- og mæthedsfornemmelsen, og sulttilstanden kan i sig selv med sin kognitive påvirkning udgøre en hindring for forandring. Spiseforstyrrelser kan være en mere eller

mindre bevidst måde at kontrollere og undertrykke følelser på eller være et forsøg på at øge autonomi og mestring i en livs- eller familiesituation, hvor den pågældende føler sig klemmt. Hvis patienterne ikke finder alternative løsningsmodeller til den dysfunktionelle mestringsstrategi (spiseforstyrrelsen), vedbliver de at være sygdoms -eller symptombenægtende. De søger eller gennemfører ikke behandling, men spiseforstyrrelsen vedligeholdes. Både uløste intrapsykiske og familiære konflikter kan medvirke til at spiseforstyrrelsessymptomerne fortsætter. Da behandlingen ofte er langvarig, er der en fare for, at der udvikles et lindrende, men afhængighedsskabende forhold i behandlingssystemet, som i sig selv kan være en vedligeholdende faktor.

## 1.5 Epidemiologi

Ikke alle patienter med spiseforstyrrelser søger hjælp i sundhedsvæsenet. Manglende sygdomserkendelse, ambivalens overfor behandling eller skamfuldhed og forsøg på at skjule adfærden er medvirkende hertil. Samtidig har sundhedsvæsenet heller ikke været rustet til at yde tilstrækkelig behandling.

*AN* er den spiseforstyrrelse, der først blev beskrevet, og som hyppigst medfører kontakt med sundhedsvæsenet. Personer med *AN* er meget synlige, og p.g.a. deres ofte livstruende afmagring, vil de i mange tilfælde blive presset til behandling af omgivelserne.

*BN* og *BED* er hyppigere, men de syge har sjældnere kontakt med sundhedsvæsenet. *BN* blev først beskrevet som en selvstændig tilstand i 1979, og kom først ind i diagnosesystemerne i 1980 (DSM) og 1992 (ICD). *BED* er stadig kun en upræcist defineret tilstand. De fleste med *BN* er normalvægtige og kan skjule deres sygdom. Personer med *BED* er oftest overvægtige og er vanskelige at skelne fra det stadigt stigende antal overvægtige af anden årsag. Ca. en tredjedel af kvinder med *AN* er i behandling, mens det kun er ca. 6% af dem med *BN*, og meget få patienter med *BED* (28).

Det bliver jævnlige fremført, at der er en stigende forekomst af spiseforstyrrelser i den vestlige verden. De fleste opgørelser

konkluderer, at der har været en reel stigning i forekomsten i løbet af de sidste 30-40 år. Nogle undersøgelser tyder på en øget incidens af *AN* blandt unge kvinder også de sidste 15-20 år (2). Forekomsten af *BN* kan kun vurderes i den sidste snes år, hvor det har været en selvstændig sygdom, og opgørelser af incidens fra denne periode viser en stigning (29). Der er øget opmærksomhed på sygdommene, og de beslaglægger stadig større ressourcer i behandlingsvæsenet. Det gælder især *AN*.

### *Årsager til divergens i oplysninger om forekomst af spiseforstyrrelser*

Forekomst angives enten som antallet af nye sygdomstilfælde, der opstår i en population i en bestemt periode (incidensen), ofte angivet som antal tilfælde per 100.000 personer per år, eller som det totale antal tilfælde af sygdommen i populationen på et givet tidspunkt (punktprævalensen), angivet som andelen af syge i procent.

Der er imidlertid stor forskel på forskellige kilders oplysninger om forekomsten af spiseforstyrrelser. Nogle gange gælder tallene forekomsten af risikoadfærd og andre gange forekomsten af egentlige sygdomme. Der kan være forskel på de anvendte diagnostiske kriterier. Det er også afgørende, hvilket køn og hvilken aldersgruppe, det drejer sig om. Perioden for opgørelsen er vigtig, idet diagnoserne har ændret sig over tid.

Indsamlingen af oplysningerne er afgørende, fx om der er brugt registeroplysninger, spørgeskemaundersøgelser eller diagnostiske interviews.

Da registrene i sundhedsvæsenet kun indeholder de patienter, der har søgt behandling, og som opfylder de diagnostiske kriterier, vil de give lave tal for forekomst. Tallene vil omfatte nye tilfælde eller tilfælde i behandling, men ikke kroniske eller afsluttede patienter.

Først fra 1996 blev ambulante patienter registreret i Landspatientregisteret.

Spørgeskemaundersøgelser vil medtage en del subkliniske tilfælde, som ikke ved diagnostisk interview ville leve op til sygdomskriterierne, og de inkluderer ofte en del, som er ukendte i behandlingssystemet, eller som er blevet kroniske. Derfor viser de større tal for forekomst.

Et to-stadie undersøgelsesdesign er anbefalet som en løsning. Dvs. først at bruge et spørgeskemainstrument på et repræsentativt udsnit af befolkningen og derefter gennemføre diagnostiske interviews med de fundne risikopersoner og nogle kontroller (2).

### *Anorexia Nervosa*

De rapporterede hyppigheder af *AN* er underrapporteringer af den sande hyppighed i befolkningen. Hyppigheden af nyttilkomne tilfælde (incidensen) i hele befolkningen er i Danmark mindst 8,2/100.000/ (2;30;31). For den kvindelige del af befolkningen er incidensen næsten dobbelt så høj, og blandt unge kvinder, som udgør høj risikogruppen, er incidensen næsten 10 gange så høj og øget signifikant de sidste 50 år.

Hyppigheden af nye tilfælde hos mænd er meget lav ca. 1,8/100.000/år.

To-stadieundersøgelser af forekomst (prævalens) viser punktprævalenser for *AN* hos teenage piger på 0,2-0,7% (2;30-33). Hos mænd er forekomsten lav maksimalt ca. 0,02% (30).

### *Bulimia Nervosa*

Der er kun få undersøgelser af hyppigheden af nyttilkomne tilfælde (incidensen) af *BN*. Før 1980 havde sygdommen ikke en selvstændig diagnose, og der er derfor ikke oplysninger om dens hyppighed før dette tidspunkt.

Angivelser af hyppigheden af *BN* giver et minimumstal for den sande hyppighed i befolkningen. Pga. tabu og skam omkring symptomerne er nogle patienter med *BN* tilbageholdende med at søge hjælp, og behandlingsmuligheder er heller ikke altid til stede. De fleste studier viser signifikant øget hyppighed af nyttilkomne tilfælde blandt kvinder og især blandt unge

kvinder mellem 15 og 24 år. Incidensen angives til ca. 10-12/100.000/år (2;34). Incidensen er meget lavere for mænd ca. 0,5/100.000/år.

Forekomsten (prævalensen) er af flere angivet til omkring 2,5% blandt unge kvinder (35). For hele den kvindelige befolkning er punktprævalensen opgivet til 2% (36). Sygdommen forekommer næsten ikke hos patienter under 16 år. For mænd er prævalensen omkring 0,1-0,2%.

### *Atypiske spiseforstyrrelser*

Forekomsten af partielle eller subkliniske spiseforstyrrelser er meget vanskelig at opgøre, fordi de diagnostiske kriterier varierer meget. Ofte anslås forekomsten til ca. 5% i risikogruppen unge kvinder.

### *BED*

Debutalder for *BED* er formodentlig højere end for *AN* og *BN*. I spørgeskemaundersøgelser varierer prævalensen fra 4% til omkring 30% afhængig af lande og etniske grupper. I strukturerede interviews har man fundet lavere forekomster. Flere undersøgelser finder en prævalens på 2-3% i den kvindelige del af befolkningen og 5-15% blandt de overvægtige personer, der søger behandling for overvægt (36). Mænd udgør op mod 40% af patienterne.

### *Særlige forhold for børn*

Børn før puberteten har meget sjældent *BN*, men det er kendt at de kan have *AN*



(præpubertal *AN*) og her er 30% af patienterne drenge. *BED* er ikke beskrevet hos børn.

#### *Forekomst af spiseforstyrrelser i Danmark*

Der er ca. 3-400 nye tilfælde af anoreksi og 2-300 nye tilfælde af bulimi årligt i Danmark vurderet ud fra første gangs registrerede patienter, som søger hjælp for spiseforstyrrelser i behandlingssystemet. Disse tal omfatter i sagens natur ikke det formodentlig ret store antal patienter med *BN*, som ikke kommer i behandling (kilde: Landspatientregisteret).

Det er vanskeligt at sige noget sikkert om, hvor mange spiseforstyrrede der er i Danmark. Man kan lave et overslag ved at bruge den forekomst, der er fundet i befolkningsundersøgelser. Hvis man går ud fra forekomsten blandt kvinder mellem 15 og 45 år, som er den befolkningsgruppe, hvor hovedparten af de syge findes, og regner med en prævalens på 0,3% for *AN*, 2% for *BN* og 3% for *BED* er der ca. 3150 personer med anoreksi, 21000 med bulimi og 31500 med *BED* i Danmark.

Det er dog et groft overslag. Prævalensen er lavere end de angivne for kvinder over midten af tyverne, til gengæld findes lidelserne også hos mænd (især *BED*) og i form af atypiske spiseforstyrrelser, som ikke er medregnet.

## 2 *Klinisk vurdering*

### 2.1 Psykiatrisk undersøgelse og vurdering

**Den første undersøgelse af en patient med en spiseforstyrrelse skal bidrage til at vurdere patientens motivation for forandring dvs. hendes parathed til at indgå i en behandling, hvor intensiv behandlingen skal være, om der er psykiatrisk komorbiditet eller somatiske komplikationer, og hvorvidt indlæggelse er nødvendig. I nogle tilfælde må psykologisk undersøgelse anbefales. Hvis vurderingen af patientens psykiske problemer foretages af en klinisk psykolog, skal patienten herudover undersøges af en læge.**

En grundig kortlægning af patientens baggrund og det aktuelle problem er basis for den psykiatriske vurdering. Et interview med symptombeskrivelse kan tage længere tid end vanlig psykiatrisk anamneseoptagelse på grund af patientens ambivalens og symptombenægten. Den nøje udspørgen kan udfordre patientens skyld og skamfølelse og kræver takt og finfølelse.

Ved interviewet skal man have afdækket symptomernes varighed og udvikling, den minimale og maksimale vægt og vægtsvingningerne. Patientens personlig-

hed, krops- og selvopfattelse skal beskrives ligesom hendes mad- og spisevaner, motionsvaner, eventuelle provokerede opkastninger, overspisninger, brug af laktantia og diuretika. Eventuelle tidligere behandlinger og patientens oplevelse af og holding hertil samt hendes aktuelle parathed til behandling bør klarlægges.

Det skal belyses, om der i familien er misbrug, vægtsygdomme eller psykisk sygdom specielt *AN* eller *BN*, og det skal vurderes om patienten har komorbide psykiatriske lidelser.

Det er vigtigt at få beskrevet patientens familie, øvrige netværk og sociale relationer og eventuelle traumatiske hændelser i patientens liv.

Den psykiatriske anamneseoptagelse bør suppleres med strukturerede interviews eller spørgeskemaer. Man må dog holde sig for øje, at en del af patienterne i de tidlige sygdomsfasen er så benægtende, at man ikke kan danne sig et billede af deres tilstand uden at få supplerende oplysninger fra familie eller omgivelser om deres adfærd og spisemønstre.

#### **Psykiatrisk undersøgelse og vurdering: Særlige forhold hos børn og unge**

De fleste børn og unge er en del af en familie og bor hjemme. Det er derfor naturligt og nødvendigt at inddrage forældrene i vurderingen. Ofte indkaldes hele familien til den initiale vurdering. Her klarlægges familiens forventninger, problemet defineres og dets begyndelse, varighed og

form beskrives. Familiens måltidsvaner belyses, og patientens syn på problemet indhentes (uddybes senere i det individuelle interview). Forældrenes håndtering af sygdommen indgår. Barnets særlige opvæksthistorie beskrives sammen med evt. adskillelses- og tabstraumer.

I det individuelle interview uddybes anamnesen, skoleforhold og fritidsinteresser. Holdning til puberteten og seksualitet belyses (obs. evt. seksuelle grænseoverskridende hændelser).

### **2.1.1 Motivation**

Ambivalens er et stort problem, når det gælder spiseforstyrrede. Når behandlingsmål ikke nås, tales der ofte om, at patienten ikke er tilstrækkelig motiveret eller har modstand mod behandlingen.

Dette er udtryk for en fokusering på, hvorfor forandring *ikke* sker, frem for på, hvordan patienten kan blive engageret i sin behandling og muliggøre ændring.

Det er almindeligt og meget udtalt hos patienter med spiseforstyrrelser at have modsatrettede følelser overfor behandlingen. Det er vigtigt at forstå, at patienten ofte initialt ser anoreksien som noget de er glade for eller stolte af og derfor har svært ved at slippe. Kunsten er at hjælpe patienten, ikke til at undgå, men til at forholde sig til dilemmaet. En erkendelse af, i hvilket omfang patienten er parat til forandring, er derfor yderst vigtig i vurderingen af, hvilken form for interventi-

on, der er relevant og realistisk på det pågældende tidspunkt. Patientens parathed til forandring er stærkere korreleret til bedring og udvikling af terapeutisk alliance end specifik terapeutisk metode (37).

Prochaska og DiClementi's transteoretiske model om ændringsstadier (forandringshjulet) er et godt bidrag til at forstå problemerne vedrørende motivation ved behandling af spiseforstyrrelser og til at udvikle nye interventionsformer – Motivational Enhancement Therapy (37;38) og The Readiness and Motivation Interview (39). Der skal derfor kort redegøres for denne teori om ændringsstadier.

Forandringens hjul

Ændring er en proces, der strækker sig over tid. Modellen opstiller fem ændringsstadier og advokerer for, at motivation er noget, der udspiller sig mellem behandleren og patienten. Motivation er resultatet af afstemning af mål mellem patient og behandler og ikke noget iboende i patienten. Ændring faciliteres af, at en intervention matcher patientens "position".

1. *Det før-overvejende stadie.* Personen erkender ikke, at der er et problem og overvejer slet ikke nogen ændring.
2. *Det overvejende stadie.* Personen erkender, men med blandede følelser, at der er et problem. Patienten overvejer både forandring, og er opmærksom på fordelene ved ikke at ændre noget samt de vanskeligheder, der er forbundet med ændringer. Overvejelse om forandring er ikke det samme som vilje og parathed til handling.
6. *Beslutningsstadiet.* Personen er overbevist om og har besluttet sig for forandring. Personen er parat og søger støtte og vejledning til at gennemføre det.
7. *Handlingsstadiet.* Personen er i gang med at ændre situationen, har allerede aktivt gjort noget, men ikke nødvendigvis med et succesfuldt resultat.
8. *Vedligeholdelsesstadiet.* Der er opnået en ændring, men resultatet skal konsolideres og tilbagefald forebygges.

Mennesker søger ikke primært hjælp, når de har et problem, men når deres egne løsninger ikke slår til, og en vis grad af håbløshed er indtrådt. Det er således en erfaring, at patienter med *AN* ofte ikke søger behandling af egen fri vilje, og hvis de gør, er det typisk på grund af de psykologiske følgesymptomer mere end for de anorektiske kernesymptomer. Det er imidlertid dem, som optager de pårørende

mest, og som medfører håbløshed hos disse. Ikke sjældent presser de pårørende patienten til at søge hjælp. Patienter med *BN* føler sig generelt mere generet af deres spiseforstyrrelse end patienter med *AN*, og de har et stærkere ønske om at bekæmpe symptomerne. Hovedparten af patienterne med *BN* sørger således aktivt for at blive henvist til behandling, hvis det er muligt (40).

Håb handler om, hvordan mennesker tænker om mål. Tænkningen om mål indeholder to elementer; evnen til at skabe eller forestille sig en eller flere farbare veje til målet og evnen til at begynde at bevæge sig mod målet. Flere psykoterapiforskere mener, at håb måske er den vigtigste af de psykoterapeutiske fællesfaktorer (41). Under alle omstændigheder er det vigtigt, at behandlerne både kan fastholde et håb om forandring og skabe mulighed for en positiv ændring.

### **2.1.2 Hvor intensiv skal behandlingen være ? Vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad mhp. behandlingens intensitet**

I praksis har det vist sig, at princippet om *”den rette behandling, til den rette patient, på det rette tidspunkt”* er svært at nå. Desværre er det indtil videre ikke muligt at identificere parametre, der før behandlingsstart kan forudsige resultatet af en given behandling. Derfor har det heller ikke været muligt at finde frem til at matche specifikke behandlinger med bestemte patienter inden for en diagnosegruppe.

I differentieringen af sygdomsgraderne indgår parametre som sværhedsgrad af spiseforstyrrelsessymptomer, indre kontrol, motivation, psykologisk indsigt, psykiatrisk,- somatisk,- og social komorbiditet (komplicerende sociale forhold). Spiseforstyrrelseslidelserne omfatter for-

skellige og ikke helt uafhængige diagnoser, ligesom hver spiseforstyrrelsesdiagnose kan ses som et kontinuum med forskellig grad af alvorlighed. American Psychiatric Association (6) har i forhold til *AN* beskrevet dette kontinuum som grad 1-5.

I en rapport udarbejdet af en arbejdsgruppe i H:S og KAS findes en tilsvarende beskrivelse af *BN* (42). Noget tilsvarende er ikke beskrevet for *BED*, men givet er det, at også denne sygdom har forskellige grader af alvorlighed. Overfor det er forskellige former for og intensitet af behandling. Interventionerne spænder fra selvhjælpsprogrammer og rådgivning til intensiv behandling under indlæggelse, måske under tvang. Behandlingen kan typisk bestå af psykoterapi, psykofarmakologisk behandling og adfærdskorrektion – enten alene eller i kombination. Mangfoldigheden i patientgrupperne og behandlingsmulighederne, samt især *AN* gruppens ringe størrelse er årsagen til de generelt set lidet konklusive effektundersøgelser.

**Tabel 2.1 Kriterier for behandlingsindsats ved Anorexia Nervosa (AN)<sup>1</sup>**  
(sygdomsvarighed og komorbiditet har betydning for valg af behandlings form)

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Let AN/ ----- middelsvær AN -----Livstruende AN					
<b>Behandlingsform</b>	Ambulant	Intensiv ambulant	Daghospital/ indlæggelse	Indlæggelse	Tvangs-indlæggelse
<b>Medicinske komplikationer</b>	Medicinsk stabil – således at omfattende somatisk monitorering ikke er nødvendig		Medicinsk stabil, således at iv-drop, sondeernæring, daglige laboratorieundersøgelser m.v. ikke er nødvendige	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ puls&lt;40</li> <li>▪ BT&lt;90/60</li> <li>▪ K+&lt;3 m.ækv/l</li> <li>▪ lever/nyre- påvirkning</li> </ul>	
<b>Sucidaltruet</b>	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impuls
<b>Vægt i % af normal</b>	>85%	>80%	> 75%	< 85%	< 75%
<b>Psykologisk indsigt</b>	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
<b>Motivation for behandling</b>	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
<b>Evne til at spise normalt/tage på</b>	Selvhjulpen	Selvhjulpen med psykologisk støtte	Behøver struktur	Overvågning nødvendig under spising	Tæt observation eller sondeernæring
<b>Evne til at bekæmpe · Obsessive tanker</b>	God	Rimelig	Delvis bevaret:  Ego-syntone slankeplaner > 3 t/dag Samarbejde muligt	Dårlig:  Ego-syntone slankeplaner 4-6 t/dag. Samarbejde kun muligt i meget struktureret miljø	Meget dårlig:  Vedvarende ego-syntone slankeplaner. Stort set ingen samarbejdsevne
<b>· tvangsmotion</b>	God	Rimelig	Behøver struktur / hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Struktur og kontant overvågning nødvendig
<b>· opkastninger</b>	God	Rimelig	Behøver struktur / hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Kontant overvågning nødvendig
<b>· udrensning</b>	God	Rimelig	Behøver hjælp	Struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig	Konstant overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig
<b>Omgivelsernes støtte/stress</b>	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte		Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene.
<b>Komorbiditet</b>	Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet <i>Nedenstående er vejledende</i>				
▪ <b>misbrug</b>	-	-	-	+	+
▪ <b>depression</b>	-	(+)	+	+	+
▪ <b>angst</b>	-	(+)	+	+	+
▪ <b>personlighedsforstyrrelse</b>	-	-	+	+	+

<sup>1</sup> Hoveddiagnose

**Tabel 2.2 Kriterier for behandlingsindsats ved Bulimia Nervosa (BN)**  
(Sygdomsvarighed og komorbiditet har betydning for behandlings form)

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Let BN/ ----- middelsvår BN -----Livstruende BN					
Behandlingsform	Ambulant	Intensiv ambulant	Daghospital/ Indlæggelse	Indlæggelse	Tvangs-indlæggelse
Medicinske komplikationer	Medicinsk stabil- således at omfattende somatisk monitorering ikke er nødvendig		Ja, hvis tæt monitorering, observation eller behandling er nødvendig	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ K + &lt;3 m.ækv/l</li> <li>▪ lever/nyre-påvirkning</li> <li>▪ Forlænget QT interval</li> </ul>	
Suicidaltruet	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impuls
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Evne til at spise normalt	Selvhjulpen	Selvhjulpen med støtte	Behøver støtte og struktur	Behøver støtte, struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg	Behøver konstant overvågning
Hyppighed af	< 2/ uge	≥ 2/uge, men ikke dagligt	Op til 2 gange dagligt	≥ 3/dag	Talrige gange dagligt
Omgivelsernes støtte/stress	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte	Alvorlige hjemlige problemer, evt overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene.	
<b>Komorbiditet</b> Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet <i>Nedenstående er vejledende</i>					
▪ misbrug	-	-	-	+	+
▪ depression	-	(+)	+	+	+
▪ angst	-	(+)	+	+	+
▪ personlighedsforstyrrelse	-	-	+	+	+

Skemaerne er en vejledende oversigt, ikke et beslutningstræ. Det viser hvilke elementer man skal være opmærksom på, når man vurderer patienten. Hvis 1-2 items er tilstede på et givet niveau, taler det for behandling på et højere niveau. Sygdommen kan således være niveau 5 selvom kun et eller 2 elementer er maksimalt alvorlige.

### 2.1.3 Brug af evalueringsinstrumenter

Både af forskningsmæssig interesse og med kvalitets- og behandlingsevaluering for øje er velegnede undersøgelsesinstrumenter og effektmål vigtige. Der bør foretages en omfattende og grundig ud-

redning ved behandlingsstart med klarlægning af spiseforstyrrelsens type og sværhedsgrad, graden af generel psykopatologi og social dekomensation. Da forløbet for spiseforstyrrelser behandlingsmæssigt minder om forløbet for can-

cersygdomme, er det ligesom for disse sygdomme vigtigt at evaluere behandlingen med jævne mellemrum, fx ved afslutning af behandlingen, efter 2½ og 5 år. Til dokumentation af behandlingseffekt i den almindelige kliniske hverdag, kan man anvende korte bedømmelser af patientens tilstand med fokus på de diagnostiske kernesymptomer hver tredje måned eller som minimum hvert halve år, og det bør også være almindeligt, at der med regelmæssighed gennemføre intern audit.

Den systematiske udredning af patienterne bør omfatte brug af måleinstrumenter, der er udviklet til evaluering af spiseforstyrrelsesbehandling. Herved opnår man en ensartet vurdering af patienterne ved behandlingsstart og ved de senere undersøgelser med mulighed for at sammenligne såvel status på forskellige tidspunkter i et behandlingsforløb som behandlingsresultater mellem forskellige behandlingssteder.

Eating Disorder Examination (EDE), som er en struktureret interviewmanual, er et velegnet, veldokumenteret og hyppigt anvendt interview, der både kan anvendes diagnostisk og til effektevaluering (43). Det findes i dansk oversættelse (44). Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi Somatisk (BAB-S) er et andet interview som kortlægger somatisk anamnese og status (45). Til indsamling af oplysninger om patientens baggrund kan fx BAB-B (Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi – Baggrund) (46) anvendes og oplysninger fra

forældre om patientens udvikling og forløb af spiseforstyrrelsen kan fx indhentes ved hjælp af BAB-F (Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi – Forældreinterview) (47). Endelig bør der i udredningen af patienterne ved hjælp af interview være faste retningslinjer for, hvordan evt. komorbiditet diagnosticeres herunder også diagnosticering af personlighedsforstyrrelser. Der kan anvendes det DSM-IV baserede SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV) med tilhørende spørgeskema (48).

Af selvrapporteringsskemaer er Eating Disorder Inventory (EDI), som består af 90 items, der belyser spiseforstyrrelses-symptomerne, nok det mest anvendte instrument overhovedet i arbejdet med spiseforstyrrelser (49). Det findes i dansk oversættelse (50). En andet selvrapporteringsinstrument, det er vigtig at anvende er Symptom Check List: SCL-90 (51) og i dansk version SCL-92 (52). Det er en god og valid selvrapporteringsskala, der belyser niveauet af den generelle psykopatologi. En enkel skala til registrering af social dekompenisering er *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF). Den findes i DSM-IV (16).

Arbejdsgruppen anbefaler, at De højt specialiserede spiseforstyrrelsescentre (niveau 3) anvender EDE, BAB-B, BAB-F og BAB-S eller tilsvarende faste procedurer af samme kvalitet for udredning og evaluering af patienter ved hjælp af semistrukturede interview. Af selvrapporteringer anbefales anvendelse



ringer anbefales anvendelse af EDI, SCL-92 og GAF.

De amtslige spiseforstyrrelsesteams (niveau 2) anbefales som et minimum at anvende EDE og EDI eller tilsvarende faste procedurer af samme kvalitet. Med tiden bør der i de respektive amtslige teams anvendes samme instrumenter, som den regionale højt specialiserede afdeling (niveau 3) anvender for på denne måde at muliggøre, at data kan anvendes i forskningsøjemed.

### **2.1.3.0 Brug af instrumenter: Særlige forhold hos børn**

Der findes udgaver af spørgeskemaerne EDI og EAT (53) som er tilpassede børn og unge med spiseforstyrrelser (EDI-C (54) og EAT-26 (55)). Endvidere findes en udgave af Eating Disorder Examination for de 8-14 årige. Man vil kunne anvende Child Behavior Check List (CBCL (56;57)) og Youth Self Report (YSR (58)), som er en selvrapporteringsdel af CBCL, til belysning af generelle adfærdskarakteristika. En børneversion af GAF findes også C-GAF.

### **2.1.4 Indikationer for indlæggelse.**

I praksis vil manglende effekt af ambulantly behandling ofte være anledning til deldøgns- eller heldøgnsindlæggelse af patienter med *AN* og eventuelt *BN*.

Afvejning af sygdomsfaktorer, personlighedsfaktorer, medicinske komplikationer

og omgivelsernes støtte og accept af patienten og hendes sygdom vil være nødvendig.

Spiseforstyrrelsesrelaterede faktorer vil ofte dreje sig om patientens indsigt og motivation for ændring. Rent konkret kan det udmøntes i følgende punkter:

1. Vægt.
2. Evne til at spise og tage på hjemme i forhold til hendes behov for støtte og supervision af måltider
3. Evne til at bekæmpe obsessive slankeplaner, udmøntet i hendes samarbejdsvillighed derhjemme i forhold til et struktureret miljø.
4. Evne til at bekæmpe tvangsmotion.
5. Evne til at bekæmpe opkastninger.
6. Evne til at bekæmpe udrensning.
7. Evne til at begrænse overspisninger.

#### *Psykosociale faktorer*

Omgivelsernes støtte og accept af patienten har stor betydning i afvejningen af, om indlæggelse er nødvendig. Hjemlige problemer, eventuelle emotionelle, fysiske eller seksuelle overgreb taler for indlæggelse eller fjernelse fra det hjemlige miljø.

#### *Komorbiditet*

Depression, suicidalfare, angsttilstande, misbrug eller OCD vil tale for, at patienten har brug for indlæggelse.

#### *Somatiske faktorer*

Generelle kriterier for indlæggelse på

somatisk afdeling eller et center for spiseforstyrrelser med medicinsk funktion er svære at formulere, idet der ifølge sagens natur ikke foreligger prospektive undersøgelser af ubehandlede patienter.

Som nævnt vil indlæggelse ofte være indiceret hos patienter, som taber eller gennem længere tid ikke stiger i vægt under ambulat behandling. Det vil ofte være hensigtsmæssigt, at aftale indlæggelse ved en bestemt mindstevægt med patienten allerede tidligt i forløbet. Indlæggelse bør overvejes ved et BMI under ca. 15 kg/m<sup>2</sup>, men kan være indiceret ved et højere BMI fx ved hastigt vægttab, hyppige opkastninger, misbrug af laxantia eller diuretica og deraf følgende elektrolytforstyrrelser.

Patienter med svær hypotension (systolisk BT under 60-80 mm Hg), svær bradycardi (puls under 40-50/min), perifere ødemer eller lungestase, forhøjet serum carbamid, leverpåvirkning (serum ALAT over 100 U/l), hypernatriæmi (over 150 mmol/l), hypokaliæmi (under 2,5-3,0 mmol/l), hypofosfatæmi (under 0,30-0,40 mmol/l), syrebase-forstyrrelser eller hypoalbuminæmi må betragtes som livstruede og bør ofte tilbydes akut indlæggelse på en specialafdeling.

Konkret kan det udmøntes i følgende punkter:

1. Svær afmagring, BMI < ca. 15 kg/m<sup>2</sup>, især ved AN af bulimisk variant.
2. Hurtigt vægttab, mere end 30 % over

3 måneder eller mere end 4 kg/4 uger.

3. Specifikke tegn på organsvigt, fx leukopeni, svær leverpåvirkning eller lignende.
4. Puls under 40-50/ min.
5. Systolisk BT under 60-80 mmHg.
6. Temperatur under 36,0°C.
7. Elektrolytforskydninger (serum kalium < 2,5-3,0 mmol/l).
8. QT-forlængelse på EKG.
9. Svær myopati (fx vanskeligheder ved at gå på trapper).
10. Bevidsthedspåvirkning vil udgøre en absolut indikation for en akut indlæggelse, om nødvendigt ved tvang.

### **2.1.5 Indikationer for indlæggelse og indlæggelsesvarighed: Særlige forhold hos børn**

Indikationer for døgnindlæggelse af børn er på mange områder de samme som gælder for voksne. Dog bør børn indlægges på snævrere somatisk indikation end voksne. De værdier for puls, BT og BMI, der er angivet som vejledende for akut indlæggelse for voksne, kan ikke uden videre bruges, når det gælder børn. Ved alvorlig AN bør barnet jævnligt tilses af en pædiater, der vurderer barnets somatiske tilstand og værdier i forhold til barnets alder. Dette skyldes følgende specielle forhold, man bør være opmærksom på:

1. Børn har mindre fedt- og glykogen-

depoter end voksne. Reduceret fødeindtagelse hos børn fører derfor hurtigere til underernæring og dehydrering og dermed helbreds- og livsfare. Det betyder, at de medicinske kriterier for akut indlæggelse af børn i mange tilfælde skærpes.

2. Børn er i vækst og udvikling, hvorfor længerevarende underernæring kan have alvorligere konsekvenser for børn end for voksne. Det medfører, at manglende respons på ambulante behandling hurtigt bør medføre intensivering af behandlingen fx i form af indlæggelse.
3. Børn bor oftest hos deres forældre, som normalt i kraft af deres omsorgsfunktion kan sikre barnets fysiske og psykiske pleje. I nogle tilfælde vælger en af forældrene i en kritisk situation at blive fritaget fra arbejde, så barnet kan være under konstant voksenopsyn hjemme og indlæggelse undgås.
4. I andre tilfælde har barnets spise- og andre symptomer slidt på familierelationerne med svær belastning af alle parter til følge, hvorfor aflastning af både barn og forældre (og søskende) i form af en døgnindlæggelse kan være nødvendig uden medicinsk eller psykiatrisk indikation.

Varigheden af døgnindlæggelse bør begrænses. Når den somatiske tilstand er på vej mod en normalisering, og der er etableret en terapeutisk alliance, kan døgnsta-

tus ændres til dagstatus for børn og unge. Herved sikres de en fortsat plads i deres familie, og deres netværk med kammerater kan genetableres. Deres skolegang i egen skole kan også gradvist startes.

## 2.2 Psykologisk undersøgelse

Mennesker med spiseforstyrrelser er indbyrdes meget forskellige såvel i psykologisk som i psykiatrisk henseende. Da anoreksiforskningens grand old lady, Hilde Bruch, beskrev diagnosen op gennem 1960erne og 70erne, beskrev hun *AN* som en sygdoms enhed, hvor alt var givet i og med diagnosen: baggrunden for lidelsen, hvilken type psykopatologi, den var forbundet med, hvordan patientens personlighed var og hvilken behandling, der var den rette (59;60). I dag ved vi, at dette at kunne stille en specifik spiseforstyrrelsesdiagnose hjælper os et stykke af vejen til at forstå den enkelte person med spiseforstyrrelse, men at der er meget af den personlighedsmæssige baggrund, der er uafklaret, og som vil være af stor betydning for behandlingen af sygdommen og således for prognosen. Dette er baggrunden for, at en grundig psykologisk undersøgelse kan være central i udredningen. En psykologisk undersøgelse kan beskrive en lang række personlighedsparametre inden for den samme diagnostiske kategori. Undersøgelsens resultat kan dermed være et væsentlig redskab til at planlægge og tilpasse behandlingen til den enkelte patient. Dette gælder, hvad enten det drejer sig om psykoterapeutisk, psykosocial eller medicinsk behandling. Specielt når det drejer sig om psykoterapeutisk behandling, er den unikke personlighed hos hver enkelt

patient en betydningsfuld parameter for forløbet.

Det har endvidere vist sig, at en grundig psykiatrisk og psykologisk udredning bidrager til patientens sygdomsindsigt og erkendelse og dermed til patientens behandlingsmotivation. Når resultaterne af den psykiatriske og den psykologiske undersøgelse gennemgås med patienten, skabes der grobund hos patienten for refleksion over egen lidelse og for en arbejdsalliance mellem undersøgeren og patienten, som kan være værdifuld for den videre behandling (61)

### Formål med psykologisk undersøgelse

En psykologisk undersøgelse er en metode til at beskrive, differentiere og kategorisere personer ved hjælp af en række mere eller mindre standardiserede tests, der belyser den enkeltes personlighedstræk og karakter samt intellektuelle og praktiske kompetencer. Den retter sig således såvel mod den kognitive som den personlighedsmæssige struktur hos et menneske (62).

Formålet med at iværksætte en klinisk psykologisk undersøgelse er at indhente informationer om et menneskes tanker, følelser, evner, handlinger og eventuelle psykopatologi, som både rækker ud over det, personen selv kan fortælle i et interview eller spørgeskema, og det, som kan opnås ved en samtale gennem det såkaldte kliniske skøn. Det specifikke formål kan være

forskelligt. Det kan dreje sig om at foretage en diagnostisk udredning, at indhente materiale til en erklæringsrapport, at afklare muligheder for neuropsykologisk rehabilitering eller personlighedspsykologiske undersøgelser med henblik på vurdering af egnethed til psykoterapi og hvilken form for psykoterapi (63;64).

Når det drejer sig om spiseforstyrrelser, vil man oftest anvende en psykologisk undersøgelse med henblik på diagnostisk udredning og behandlingsplanlægning, især med fokus på personlighedsressourcer, kognitiv funktion og psykopatologi.

### **Forskellige undersøgelsesområder**

#### *Det kognitive spektrum*

En række undersøgelser viser, at spiseforstyrrelser især af anorektisk karakter påvirker den kognitive funktion i negativ retning. Jo sværere afmagring og jo længere den har varet, jo større er sandsynligheden for irreversible neurofysiologiske skader og en kronisk påvirkning af de kognitive funktioner (6).

En gruppe forskere ved University of Toronto har interesseret sig for hjernepåvirkninger hos patienter, der har restitueret sig efter AN, og de finder en persistente deficit af den grå masse i hjernen, målt ved magnetisk resonans selv efter 6 måneder (65).

Ved Humboldt Universitetet i Berlin har man fundet nedsat intelligensfunktion hos patienter, mens de var lavvægtige, og re-

stitution af intelligensfunktionen ved vægtrestitution (66).

Da ikke alle patienter opnår vægtrestitution, der bare tangerer det normale, og da patienter med nedsat kognitiv funktion har en ringere effekt af behandlingen, er en neuropsykologisk undersøgelse et vigtigt redskab for behandling og for prognosen (6;67).

Hos en del patienter vil de indtrufne dysfunktioner være vanskelige at afdække i en klinisk samtale, idet patienten ofte demonstrerer en vis viden om sygdommen, og derfor kan diskutere denne og emner direkte relateret til den. Ligeledes vil patienten, på samme måde som det ses ved lettere demens, benytte sig af forskellige aflednings- og kompensationsmetoder med henblik på at skjule sin reduktion. Her vil en undersøgelse af personens kognitive funktioner kunne afdække såvel handicap som ressourcer.

Det mest anvendte system til kortlægning af intellektuel funktion er WAIS R (68;69).

Hertil kommer en række neuropsykologiske og sproglige prøver, der retter sig mod specifikke funktioner som indlæring, hukommelse, ordmobilisering og evne til at identificere og verbalisere følelser. Eksempelvis peger Nielsson et al (70) på, at personer med diagnosen AN i mange tilfælde lider af dysfasi eller alexitymi dvs. en manglende evne til at sætte ord på følelser. Dette er selvsagt af afgørende betydning for kommunikationen med pati-

enten og tilrettelæggelsen af behandlingen.

Her vil TAS (The 20-item Toronto Alexithymia Scale), der er en prøve til afdækning af vanskeligheder ved at identificere og beskrive følelser, kunne bidrage til afdækning af den givne patients kommunikative vanskeligheder (71;72) (73).

Ved diagnosen *BN* er de kognitive påvirkninger ikke så velundersøgte eller velbeskrevne, men for de patienter, der lider af blandingstilstande, gælder det samme som for *AN*. Især synes undersøgelser omkring alexithymi at pege på, at disse vanskeligheder også findes hos bu-  
limikere (74).

#### *Det personlighedsmæssige spektrum*

Psykoterapeutens primære opgave er at hjælpe patienten i gang med en personlig udvikling og bidrage til, at den psykopatologiske tænkemåde og adfærd reduceres.

Det kan være vanskeligt på baggrund af diagnosen spiseforstyrrelse - som er en kategoriel inddeling ud fra symptomer og adfærd - alene at tilrettelægge en individualiseret behandling for den enkelte patient på en tilfredsstillende måde.

Ved en klinisk psykologisk undersøgelse omkring personligheden kan man få besvaret en række meget vigtige spørgsmål for behandlingen om personens særlige karaktertræk og temperament, om tilknytningsadfærd og affektforvaltning, om ob-

jektrelationer, kreativitet og selvbillede samt om tilstedeværelsen af sværere psykopatologi i form af mangelfuld realitetstestning og tankeforstyrrelser.

Der er talrige undersøgelser, der viser komorbiditet med andre psykiatriske sygdomme som depression, angstlidelser, sociale fobier, OCD tilstande og skizofreniforme tilstande (75).

Derudover findes personlighedsforstyrrelser hyppigt sammen med spiseforstyrrelser (21).

De komorbide tilstandes særlige udtryk hos den enkelte patient kan beskrives og forstås ud fra den psykologiske undersøgelse og være til hjælp for det videre valg af intervention.

Til belysning af personligheden anvendes de såkaldte projektive prøver. I modsætning til de kognitive prøver er prøvematerialet flertydigt, og opgaven er ikke at give et rigtigt eller forkert svar men et svar, der afspejler personens fortolkning eller indtryk. Den mest kendte personlighedsprøve er Rorschachtesten (76-80).

Andre hyppigt anvendte projektive prøver er: Rotters sætningsfuldendelsestest, TAT (Thematic Apperception Test) og Associationsprøven.

#### **Anbefaling af psykologisk undersøgelse**

Der er meget forskellige traditioner for anvendelse af psykologiske undersøgelsesmetoder såvel mellem de forskellige behandlingssteder for spiseforstyrrelser i Danmark, som mellem det voksenpsykia-

triske område og det børne- og ungdoms psykiatriske område.

Indenfor børne- og ungdomspsykiatrien findes den mest udbredte tradition for at anvende psykologisk undersøgelse som et selvstændigt instrument og som et differentialdiagnostisk supplement til den psykiatriske udredning, også når det gælder spiseforstyrrelser. Gennem den psykologiske undersøgelse får man et differentieret billede af barnets udviklingsprofil, modenhed, særlige evner og vanskeligheder samt af grad af realitetsdefekt og anden psykopatologi.

På ungdomsområdet er der især behov for en psykologisk undersøgelse, når det drejer sig om patienter med alvorlige spiseforstyrrelser, som ofte vil præsentere en blandet og fluktuerende psykopatologi af svær differentialdiagnostisk karakter.

**En kognitiv og personlighedsmæssig psykologisk undersøgelse kan anbefales inden for børne- og ungdomsområdet. Undersøgelsen tegner ikke et blivende billede af patientens funktion, men giver en tilstandsbeskrivelse, og dette billede bidrager til den aktuelle forståelse af patienten, den diagnostiske udredning og den aktuelle behandlingsplanlægning.**

Inden for det voksenpsykiatriske område er der forskellige traditioner for anvendelse af psykologiske undersøgelser.

Nogle steder indgår de som en rutinemæssig del af den diagnostiske udredning, andre steder anvendes de sjældent. Der er særlig indikation for anvendelse af psykologiske undersøgelser, når det præsenterede symptombillede er svært at forstå i forhold til den umiddelbare opfattelse af patientens personlighed, eller når den planlagte behandling ikke får det forventede forløb, og behandlingsplanen derfor skal revurderes (75).

**Det kan anbefales, at der indenfor det voksenpsykiatriske område foretages en psykologisk undersøgelse, hvor der er behov for en dyberegående forståelse for patientens problematik og som supplement til den psykiatriske og medicinske vurdering hvor den kan bidrage til udredning, diagnosticering, behandlingsplanlægning samt revurdering.**

## 2.3. Somatisk undersøgelse

### 2.3.1 Somatisk undersøgelse af patienter med AN, BN og atypisk AN og BN

Den somatiske undersøgelse skal klarlægge ernæringstilstanden, påvise eventuelle komplikationer og udelukke en række somatiske differentialdiagnoser. Desuden må andre eventuelle sygdomme kortlægges.

De anamnestiske oplysninger må omfatte præmorbid vægt og alder ved evt. menarche, oplysninger om spisemønster, motionsvaner, eventuelle opkastninger, misbrug af laksantia og diuretika. Anamnesen bør endvidere omfatte oplysninger om evt. rusmiddelmisbrug.

Undersøgelsen bør foruden vanlig objektiv undersøgelse omfatte en række specifikke observationer. Dette gælder først og fremmest legemsvægt og højde samt udregning af *body mass index* (BMI) eller hos børn optegning af vækstkurven. Hudens inspiceres mhp. tørhed, lanugobehåring, acrocyanose, sår på fingrenes dorsalside (p.g.a. provokerede opkastninger) og turgor. Legemstemperaturen, puls og blodtryk måles. Mund og svælg inspiceres mhp. emaljeskader på tænder, sår i oropharynx efter manuel provokation af opkastninger og evt. hævelse af spytkirtlerne. Hos børn noteres pubertetsstadiet (Tanner stadiet).

På diagnosetidspunktet vil en række parakliniske undersøgelser oftest være indi-

ceret (Tabel 2.3). Supplerende undersøgelser er indiceret hos undervægtige patienter samt patienter med menostasi (Tabel 2.4). Fx bør der hos disse foretages DEXA-skanning mhp. måling af knoglernes mineraltæthed.

Røntgenundersøgelse af håndrod og distale femur mhp. knoglealder og resterende vækstpotentiale er indiceret hos børn, som ikke har nået deres sluthøjde. Endelig kan en række supplerende undersøgelser være indiceret i uklare tilfælde (Tabel 2.5)



TABEL 2.3. PARAKLINISKE STANDARD UNDERSØGELSER HOS PATIENTER MED NYDIAGNOSTICEREDE SPISEFORSTYRRELSER (AN, BN, ATYPISK SPISEFORSTYRRELSE)

Vægt (vægtkurve)	Serum natrium
Højde (højdekurve)	Serum kalium
Puls	f-B-glucose
Blodtryk	Urin stix
Hæmoglobin	Serum bilirubin
Leukocytaltal	Serum TSH
Differentialtælling	Serum ASAT
Trombocytter	Serum carbamid
Koagulationsfaktor II, VII, X	Serum creatinin
Serum calcium ion	

TABEL 2.4 PARAKLINISKE STANDARDUNDERSØGELSER HOS PATIENTER MED SPISEFORSTYRRELSE OG SAMTIDIG UNDERVÆGT

Serum bikarbonat	Serum T4-index
Serum albumin	EKG
Serum laktatdehydrogenase	Serum B 12
Serum magnesium	Erytrocyt folat
Serum phosphat	DXA-skanning
Serum ferritin	Serum total T3
Serum amylase	Serum total T4
Serum zink	

TABEL 2.5 PARAKLINISKE UNDERSØGELSER INDICERET HOS UDVALGTE PATIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER

Test	Indikation
Kort synactentest	Mistanke om binyrebarkinsufficiens
Urin HCG (piger)	Amenorre trods normal vægt, graviditetmulighed
Serum prolaktin	Amenorre trods normal vægt
Serum FSH	Amenorre trods normal vægt
Serum LH	Amenorre trods normal vægt
Serum østradiol	Amenorre trods normal vægt
Serum testosteron	Manglende pubertetsudvikling hos normalvægtige drenge AN hos mænd
Røntgen af distale femur	Patienter, som endnu ikke har nået sluthøjde
Røntgen af håndrod	Patienter, som endnu ikke har nået sluthøjde
MR-skanning af cerebrum	Neurologiske udfaldssymptomer, demenslignende symptomer, kramper
EEG	Kramper
Cøliaki-screening (gliadin og endomycium-antistoffer)	Uforklaret vægttab, mavesmerter
Ultralydsskanning af øvre abdomen	Uforklaret vægttab
Røntgen af thorax	Uforklaret vægttab

### **2.3.2 Somatiske differentialdiagnoser som bør overvejes hos patienter med AN**

En række somatiske sygdomme kan give anledning til symptomer, som minder om symptomerne ved spiseforstyrrelser (Tabel 2.6). Dette gælder først og fremmest thyreotoxicose (vægttab, rastløshed), hypofyseinsufficiens, diabetes (vægttab), binyrebarkinsufficiens (opkastninger, mavesmerter, vægttab), cøliaki (vægttab, mavesmerter), kronisk inflammatorisk tarmsygdom (mavesmerter, vægttab), pancreas - og leverlidelser, malabsorption (vægttab), tuberkulose (vægttab), malignt lymfom (vægttab), tumor cerebri (opkastninger), prolaktiom (menostasi) og graviditet (amenorre, opkastninger).

Ved disse sygdomme og ved graviditet vil en række andre symptomer eller kliniske fund dog som regel være til stede. En grundig anamnese, objektiv undersøgelse samt ovenstående standardprøver (Tabel 2.3) vil som regel være tilstrækkelige, men i enkelte tilfælde må der der udføres supplerende undersøgelser.

TABEL 2.6 SOMATISKE DIFFERENTIALDIAGNOSER SOM BØR OVERVEJES HOS PATIENTER MED AN

Thyreotxicose	Malabsorption
Hypofyseinsufficiens	Tuberkulose
Binyrebarkinsufficiens	Malignt lymfom
Cøliaki	Tumor cerebri
Kronisk Inflammatorisk tarmsygdom	Graviditet
Pankreas- og leversygdomme	

### 2.3.3 Somatiske komplikationer til AN

AN kompliceres ofte af en række somatiske sygdomme eller tilstande (Tabel 2.7).

TABEL 2.7. SOMATISKE KOMPLIKATIONER VED AN

Osteoporose	Cerebral atrofi
Kardiomyopati	Osteomalaci/rakitis
Infektion	Hypokaliæmi
Hypogonadisme	Refeeding syndrom
Væksthæmning	Sick euthyroid syndrome

### *Hypogonadisme, forsinket pubertet og sterilitet*

Patienter med *AN* og lav legemsvægt har som regel hypogonadotrop hypogonadisme, dvs. lavt serum FSH og LH samt lavt serum østradiol (piger) eller testosteron (drengene).

Dette giver anledning til primær eller sekundær amenoré samt tab af libido hos piger og tab af libido samt potens hos drenge.

Ved debut af *AN* inden puberteten eller tidligt i denne vil pubertetsudviklingen oftest standse, men som regel fortsætte spontant, hvis patienten genvinder normal vægt.

Menstruationerne normaliseres indenfor 6 mdr. hos 86% af patienter, som genvinder 90% af deres normale legemsvægt (81). De fleste af disse piger bliver fertile og har normal graviditetsrate, antal graviditeter og alder ved første graviditet. Derimod er hyppigheden af spontan abort øget, flere forløses ved *sectio* og børnene har mindre fødselsvægt (82).

Hos piger med *AN* ledsages hypogonadisme hyppigt af vandladningsproblemer (pollakiuri, imperativ vandladning og nycturi) parallelt med situationen hos postmenopausale kvinder (83).

### *Væksthæmning*

Patienter, som udvikler *AN* inden de er fuldt udvoksede, har risiko for væksthæmning (84-86). Dette skyldes, at sult medfører reduceret

serum IGF-I på trods af et forhøjet væksthormonniveau. Vækstpotentialet kan som ovenfor anført bestemmes ved røntgenundersøgelse af håndroden (knoglealder) og distale femurepifyse. Væksten øges i mange tilfælde i forbindelse med reernæring og vægtstigning, men der foreligger ingen data, som belyser, hvorvidt patienter med anorexi når normal sluthøjde.

### *Osteoporose*

Forekomsten af frakturer er øget 2-3 gange (87-96) og BMD (bone mineral density) nedsat hos patienter med *AN* (89;93;94;96). Hos yngre patienter (under ca. 15-19 år) skyldes dette til dels væksthæmning (89). Nogle, men ikke alle undersøgelser, har påvist øget knogleresorption (91;92;95) og/eller nedsat knogleformation (92;95;97;98) vurderet ved hjælp af biokemiske knoglemarkører. Mekanismerne bag den manglende knogleopbygning og det øgede knogletab er således ikke fuldstændigt klarlagt. Sygdomsvarighed (89;99), lavt serum østrogen eller varigheden af amenoré (99;100), hypercortisolisme (101), utilstrækkelig calcium- og D-vitamin indtagelse (98), reduceret legemsvægt (93;102) eller *lean body mass* (103), nedsat serum IGF-I (92;97), og reduceret kalorieindtag er i forskellige undersøgelser blevet relateret hertil. Der foreligger kun få og små longitudinelle undersøgelser af knoglemineraltæthed hos patienter med *AN* og

studierne har haft relativt kort observationstid (op til 2,5 år). Patienter med fortsat lav vægt eller vægttab har i nogle studier udvist et knogletab på 4-10% pr. år (104;105), medens patienterne i andre studier ikke har udvist noget signifikant knogletab (106;107). Tværsnitsundersøgelser (108) og longitudinelle undersøgelser (105) tyder på, at normalisering af vægten medfører stigning i BMD, men det er usikkert om BMD normaliseres (109). Patienter med *BN* har ikke øget forekomst af frakturer (87;90;110) og normal BMD.

Osteomalaci eller rakitis (D-vitamin-mangel) med knoglesmerter, spontanfrakturer og biokemiske forandringer er beskrevet ved *AN* (111;112), men forekommer sjældent (98).

#### *Kardielle komplikationer*

Underernæring ved *AN* ledsages ofte af bradycardi formentlig på grund af nedsat serumadrenalin og noradrenalin. Hos svært underernærede patienter kan relativ tachykardi (puls over ca. 70/min) være tegn på begyndende hjertesvigt.

Ved EKG ses højresidig aksedrejning, nedsat QRS-amplitude og forlænget QT-interval (113;114). Disse forandringer er relateret dels til elektrolytforstyrrelser (115) dels til BMI og hastigheden af vægttabet (116), men normaliseres hurtigt under ernæringsterapi.

Pericardieksudat ses relativt hyppigt, men den kliniske betydning heraf er usikker og ek-

sudatet resolverer i forbindelse med vægtstigning (117;118). Endvidere ses nedsat venstre ventrikelmasse og -fyldning ledsaget af systolisk dysfunktion (119). Langvarig *AN* og misbrug af ipekakuanha kan medføre kardiomyopati og arrytmier (120;121).

#### *Elektrolytforstyrrelser og renale komplikationer*

Hypokaliæmi er den hyppigste elektrolytforstyrrelse ved *AN*. Hypokaliæmi ses hos ca. 5% af patienterne i forbindelse med daglige opkastninger, misbrug af laxantia eller diuretika, eller i forbindelse med refeeding syndrom (122). Hypokaliæmi, hypochloræmi og metabolisk alkalose på samme baggrund er ligeledes hyppig hos patienter med *BN*. Endelig kan hypomagnesiæmi ses (98;123). Den intracellulære kaliumkoncentration kan være betydeligt nedsat trods normalt serum kalium. Hypokaliæmi og andre elektrolytforstyrrelser øger risikoen for arrytmier betydeligt.

Langvarig hypokaliæmi kan medføre kronisk nefropati.

#### *Sick euthyroid syndrome*

Lavt serum T4 og T3 forekommer hyppigt ved *AN* som led i *sick euthyroid syndrome*. Serum TSH er normal hos de fleste, men kan i svære tilfælde være lavt. Lave værdier af serum T3 og evt. T4 med samtidigt normalt eller lavt TSH kan give mistanke om hypofyse-

insufficiens og yderligere udredning kan være indiceret. Thyreoideafunktionen normaliseres ved vægtstigning. Behandling med thyreoideahormon er kontraindiceret ved *sick euthyroid syndrom*.

#### *Andre endokrinologiske forstyrrelser*

Undervægtige patienter med *AN* har forhøjet plasma ACTH og cortisol (124). I spinalvæsken er niveauet af CRF (corticotrop releasing factor) ligeledes øget. I dyreforsøg medfører administration af CRF anorexi, øget fysisk aktivitet, nedsat seksuel aktivitet. Det har derfor været foreslået, at ændringerne i CRF-ACTH-cortisol-aksen er medansvarlig for udviklingen eller vedligeholdelse af *AN*. Plasma cortisol normaliseres imidlertid, hvis legemsvægten normaliseres, hvilket taler for, at der er tale om sekundære fænomener.

Serumniveauet af væksthormon (GH), som er et stresshormon involveret i regulationen af energimetabolismen, er øget hos undervægtige patienter med *AN*, men effekten af GH på perifere væv synes nedsat. Samtidigt er serum insulin-like growth factor-I (IGF-I) nedsat og formentlig årsagen til væksthæmning hos børn og unge med *AN*.

#### *Hypoglycæmi*

Svært emacierede patienter med *AN* kan udvikle hypoglycæmi (125) og enkelte dødsfald

på grund af dette er beskrevet (125).

#### *Cerebral atrofi*

Patienter med *AN* og betydeligt nedsat legemsvægt har ofte cerebral atrofi vurderet ved MR-scanning. Dette skyldes reduktion af fedtindholdet i den hvide substans. Disse forandringer er som regel reversible (126), men langvarige forandringer i den grå substans kan ses trods normalisering af vægten (127;128). Det er uklart om de kognitive forstyrrelser ved *AN* (nedsat koncentration og hukommelse), har relation til den cerebrale atrofi eller påviste forstyrrelser i den cerebrale glucosemetabolisme (129-131).

#### *Mangel på vitaminer og sporstoffer*

Mangel på vitamin B12, folat, riboflavin (B2), pyridoxin (B6) og tiamin (B1-vitamin) kan ses hos patienter med *AN* og er måske medvirkende forklaring på nogle af de neuropsykiatriske og hæmatologiske symptomer (114). Mangel på C-vitamin (skørbug) er beskrevet i sjældne tilfælde (132)

Mangel på zink er ligeledes rapporteret og er måske særlig hyppig hos vegetarer. Mangel på zink kan give anledning til nedsat appetit, ændret smagssans og nedsat sårheling.

Mange patienter med *AN* indtager store mængder "sunde" levnedsmidler. Dette er formentlig forklaringen på, at ca. 60% af patienterne med *AN* har hypercarotemæmi (133).

Dette fænomen er dog formentlig uden klinisk betydning.

Lavt 25-hydroxyvitamin-D er fundet i en enkelt serie (134).

#### *Gastrointestinale komplikationer*

Obstipation ses hyppigt hos patienter med *AN* pga. forlænget tarmpassagetid (135;136). Atrofi af ventriklen kan ses ved *AN* ligesom øget kapacitet kan ses ved *BN*. Ved svær emaciation kan paralytisk ileus (137), non-trombotisk infarcering (137), nekrotiserende colitis (138) og pseudo-ileus være letalt forløbende. Tilfælde med ruptur af ventriklen er beskrevet hos patienter med *AN* og *BN* efter binge eating og provokation af opkastning (139). Lokale skader på anus og rectum pga. overdrevent brug af laksantia i form af irritation, atoni og dillatation samt melanosis coli kan ses (140).

Transaminaseforhøjelse ses hyppigt hos patienter med svær emaciation (141) Leverpå-virkning kan være udtryk for steatose, men udvikling af cirrose ses yderst sjældent. Atrofi af pancreas er hyppig og under ernæringsterapi ses ofte let pancreatitis.

#### *Hæmatologiske og immunologiske komplikationer*

Let neutropeni og relativ lymfocytose er hyppig hos undervægtige patienter med *AN*. Pancytopeni og knoglemarvshypoplasi kan ses i

svære tilfælde (142) ligesom svær thrombocytopeni er beskrevet (143). Nedsat immunrespons ses ligeledes hyppigt. Symptomfattige eller usædvanlige infektioner fx tuberkulose ses i enkelte tilfælde (144).

#### *Dermatologiske komplikationer*

Dermatologiske symptomer er særdeles hyppige hos patienter med *AN*. Det drejer sig om tør hud, tørt hår, hårtab og alopeci, lanugobehåring, rødme ved neglebåndene, cheilitis, acne, gingivitis, acrocyanosis, hypertrichosis, carotenoderma, kløe, hyperpigmentering, striae distensae, dermatitis factitia, seborrhoisk dermatitis og nedsat sårheling (145;146). Patienter, som hyppigt fremprovokerer opkastninger ved at stikke fingrene i halsen, får ofte sår på dorsalsiden af fingrene herved (Russel's tegn). Pettechier i øjne og ansigt kan ligeledes ses efter gentagne eller voldsomme provokerede opkastninger.

Ødemer forekommer, især i forbindelse med re-ernæring, og kan være tegn på hypoalbuminæmi (147).

Kutane manifestationer af avitaminoser (fx skørbug eller pellegra) kan ses i ekstreme tilfælde (148).

#### *Odontologiske komplikationer*

Emaljeskader pga. syrepåvirkning (perymolisis) i forbindelse med hyppige opkastninger ses både hos patienter med *AN* og *BN* (149).

Endvidere ses karies hos patienter, som har et stort forbrug af sukkerholdige fødevarer, slik eller drikkevarer. Ved overdreven tandbørstning kan der ses gingivitis eller andre skader på tandkødet, og tandbørstning umiddelbart efter opkastning kan forværre emaljeskaderne. Sår på svælgets bagvæg ses hos patienter, som provokerer opkastninger ved kløgning. Endelig ses hævelse af spytkirtlerne hyppigt, ligesom spytsten forekommer jævnligt (150).

#### *Andre somatiske forstyrrelser og komplikationer*

Patienter med AN har tilsyneladende forstyrret temperaturregulation og reagerer fx ikke med kulderystelser ved eksposition for kulde og med mindre vasodilatation ved eksposition for varme, men betydningen heraf er endnu uafklaret.

### **2.3.4 Somatisk undersøgelse hos patienter med BED**

Den somatiske undersøgelse skal klarlægge graden af overvægt, påvise eventuelle komplikationer og udelukke en række differentialdiagnoser. Desuden må eventuelle komplicerende sygdomme (f.eks. diabetes eller hypertension) kortlægges.

De anamnesticke oplysninger må omfatte varighed af overvægten, præmorbid vægt, spisemønster, tidligere forsøg på vægttab, moti-

onsvaner, evt. brug eller misbrug af slankemidler, samt evt. rusmiddelmisbrug.

Den almindelige lægeundersøgelse bør suppleres med en række specifikke observationer. Dette gælder først og fremmest legemsvægt, højde samt udregning af BMI, måling af taljeomkred og måling af puls og blodtryk.

TABEL 2.8 DEFINITION OG GRADUERING AF OVERVÆGT (151)

	BMI
Normalvægt	18,5-25 kg/m <sup>2</sup>
Overvægt	25-30 kg/m <sup>2</sup>
Fedme	>30 kg/m <sup>2</sup>
Svær fedme	>35 kg/m <sup>2</sup>
Ekstrem fedme	>40 kg/m <sup>2</sup>

TABEL 2.9 PARAKLINISKE STANDARDUNDERSØGELSER HOS OVERVÆGTIGE PATIENTER MED BED

EKG
f-P-glucose
S-TSH
BT, puls
faste S-cholesterol
faste S-triglycerid

### **2.3.5 Somatiske differentialdiagnoser ved overvægt**

En række somatiske lidelser og en række medikamina kan medføre sekundær overvægt. Dette gælder f.eks.



- Prader-Willi syndrom
- Hypothyreoidisme
- Cushings syndrom
- Frölichs syndrom
- Insulinom
- Medikamina

Ved disse sygdomme eller medicinforbrug vil anamnesen, symptomer og kliniske fund dog som regel lede til diagnosen. Anamnese, objektiv undersøgelse og de anførte standardprøver (Tabel 2.9) vil som regel være tilstrækkelige, hvis der ikke er mistanke om, at fedmen skyldes anden sygdom eller medicin.

### 2.3.6 Somatiske komplikationer ved BED

Svært overvægtige patienter har øget risiko for en række komplicerende sygdomme og tilstande (Tabel 2.10), og man må formode, at svært overvægtige patienter med BED har samme øgede risiko, om end dette ikke er velundersøgt.

TABEL 2.10  
RELATIV RISIKO (RR) FOR KOMPLIKATIONER  
TIL SVÆR OVERVÆGT I FORHOLD TIL  
RISIKOEN HOS NORMALVÆGTIGE PERSONER  
(NORMALVÆGTIGES RISIKO =1)

Type-2-diabetes	5-10
Hjerte-/karsygdom	2

Apoplexi (slagtilfælde)	2-3
Forhøjet blodtryk	3-5
Galdesten	3-4
Slidgigt	2-3
Åndedrætsbesvær (inkl. søvnapnø)	3-4
Cancer	1,4

Kilde: Ernæringsrådet 2003

### Type-2-diabetes

Risikoen for type-2-diabetes stiger lineært med stigende BMI (13). Forekomsten af diabetes er således ca. 2% hos personer med BMI mellem 25 og 29,9 kg/m<sup>2</sup>, men 13% hos personer med BMI over 35 kg/m<sup>2</sup>. Mængden af intraabdomialt fedt eller *waist-hip-ratio* øger endvidere risikoen for diabetes ved ethvert BMI.

En bedring i insulinfølsomheden kan opnås ved vægttab og øgning af den fysiske aktivitet (13).

### Hjerte-/karsygdom og dødelighed

Svær overvægt øger risikoen for udvikling af forhøjet blodtryk, tidlig åreforkalkning og dermed hjerte-/karsygdom og død. Dette skyldes især insulinresistenssyndromet. Dødeligheden blandt personer med svær overvægt (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) er ca. dobbelt så stor som hos normalvægtige personer. Overdødeligheden skyldes helt overvejende hjerte-/karsygdom (13). Overvægt øger desuden ri-

sikoen for blodprop i hjernen, venøs stase i benene og dyb venetrombose.

### *Cancer*

Cancer i livmoder, bryst, æggestokke, galdeblære og bugspytkirtel, lever, nyre og prostata ses oftere hos svært overvægtige. Hvad angår cancer i mave-tarmkanalen er det ikke klarlagt, om det er overvægten i sig selv, eller om det er de associerede faktorer, såsom fysisk inaktivitet og højt indtag af mættet fedt, der er ansvarlige for den statistiske sammenhæng.

(13)

### *Slidgigt*

Slidgigt - specielt i knæene, men formentlig også i hofterne, samt lændesmerter er relateret til svær overvægt og skyldes formentlig en øget mekanisk belastning af disse led. Alle de anførte gigtformer er forbundet med øget sygefravær og er en vigtig faktor for den nedsatte erhvervsevne, der er relativt udbredt blandt personer med svær overvægt (13).

### *Lungeproblemer og søvnapnø*

Svær overvægt er en stærk risikofaktor for det obstruktive søvnapnø syndrom (snorken, naturlig lungeinsufficiens og træthed om dagen). Det skyldes formentlig en sammenklemning af de øvre luftveje på grund af øget fedtaflejring (øget halsomfang og svær overvægt lokaliseret til maveregionen) og disponerer til

akutte og kroniske hjerte-/karkomplikationer (13)

### *Gynækologiske problemer*

Overvægt øger forekomsten af menstruationsforstyrrelser og ufrivillig barnløshed. Svanegskabs-udløst diabetes og fødselskomplikationer forekommer med øget hyppighed. Endelig er forekomsten af urininkontinens øget.

### **2.3.7 Somatisk undersøgelse af patienter med anorexia nervosa: Særlige forhold hos børn**

Børn med anoreksi skal have foretaget de samme undersøgelser som voksne. De særlige somatiske undersøgelser af præpubertale børn er beskrevet i afsnit 2.3.

#### **Sammenfatning**

**Ved den psykiatriske undersøgelse og vurdering skal det afklares, i hvilket omfang patienten er motiveret for at indgå i en behandling, om der er psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, samt hvilket behandlingsniveau der er det rigtige for patienten, herunder om indlæggelse er nødvendig. En kognitiv og personligheds-mæssig psykologisk undersøgelse kan anbefales til udredning af børn og af voksne med svære spiseforstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser.**

**Afdelingen bør have en instruks for pa-**

**rakliniske standardundersøgelser til patienter med spiseforstyrrelser suppleret med særlige anbefalinger for patienter med undervægt og menostasi og for patienter med adipositas.**

## 3. *Behandling*

### 3.1. **Behandlingsmål**

#### *Overordnede mål for behandling af spiseforstyrrelser*

I behandlingen af spiseforstyrrelser er det vigtigt at skelne mellem ideelle og realistiske behandlingsmål. Ideelt set bør behandlingen føre til, at patienten ikke længere har en spiseforstyrrelse. Dette mål må betragtes som *langsigtet* og kan ikke forventes opnået i alle behandlingsforløb. Erfaringen viser, at mange patienter vedbliver at have betydende spiseforstyrrelsessymptomer gennem adskillige år. Det ideelle langsigtede mål opnås måske først efter mange år og måske aldrig, men bør alligevel være det, der sigtes mod skridt for skridt. Både ændringen og behandlingen er en proces over tid, og hvert behandlingstiltag kan betragtes som en behandlingsepisode, som i bedste fald bliver den eneste, men som oftest er en af flere i en længerevarende proces.

De konkrete behandlingsmål må afstemmes efter den enkelte patients situation, herunder symptomernes alvorlighed, patientens ressourcer og parathed til forandring. Erfaringen viser, at intervention er maksimalt effektiv, hvis den tilpasses patientens ændringsstadium. Hvis den somatiske eller psykiatriske tilstand indikerer akut livsredende intervention, må dette selvfølgelig træde i forgrunden uden hen-

syntagen til patientens eget ønske om hjælp. I alle andre tilfælde bør delmålene for behandlingen forhandles med patienten i lyset af det ideelle slutmål om sygdomsfrihed.

For patienter på niveau 4 og 5 (AN og BN) kan der være tale om akutte behandlingsbehov, hvor målet primært er overlevelse.

#### *Akutte mål mhp. overlevelse*

1. Livsreddende: korrektion af elektrolytforskydning, forebyggelse af kardiovaskulær kollaps med væske, sengeleje og kalorietilførsel, iværksættelse af behandling af kardiale arytmier.
2. Forebyggelse af selvmord.

Det er dernæst vigtigt at genoprette eventuelle sultskader hos patienterne. Behandlingen må ses som faser med forskellige opgaver og af individuel varighed. Et ydmygt, men undertiden det eneste realistiske behandlingsmål kan være, at patienten bevæger sig til et højere niveau i ændringsprocessen og kan fastholde og måske videreudvikle de opnåede resultater. I starten handler det om at skabe et for patienten ”trygt sted”, og opgaven er at skabe kontakt, tillid og erkendelse af problemet. Indtil dette er opnået, vil behandlingsarbejdet handle om at opnå en terapeutisk alliance og ændringsmotivation.

Herefter vil det primære fokus være på spisning, vægt og kropsofattelse, og når

der er begyndende symptomkontrol tiltagende fokus på bearbejdning af tanker og følelser knyttet til spiseforstyrrelssymptomerne (152) og udvikling af nye mestringsstrategier. Socialt har mange ret store ”udviklingshuller”, som det er vigtigt at forholde sig til, så personens almindelige sociale liv atter kommer ind i en positiv udvikling. Tilbagefaldsforebyggelse er meget vigtig, og også her er det vigtigt med realistiske og ikke overoptimistiske mål. Hvordan kan de opnåede resultater fastholdes, hvilke højrisikosituationer kan forudsiges, og hvad kan der gøres (mestringsstrategier forberedes) for at undgå recidiv. Ligeså vigtigt er det, at patienten ved, hvad der kan gøres, så situationen bliver brudt så hurtigt som muligt, hvis der kommer et midlertidigt tilbagefald.

#### *Langsigtede biologiske og spiseadfærdsmæssige mål*

1. For alle grupper stiles mod en vægt inden for normalområdet
2. Reduktion af alvorlige somatiske, psykiatriske og psykologiske (fx forstyrret kognition) komplikationer
3. Etablering af regelmæssig/normal spisning (normalt fødevalg, normal fødemængde og normalt måltidsmønster), der ikke hæmmer socialt samvær
4. Ophør af overspisningsepisoder, opkastninger, tvangsmotion, brug af laksantia, diuretika og slankemidler

5. Normalt menstruationsmønster

#### *Langsigtede – psykologiske og sociale mål*

6. Accept af krop, vægt og kroppens udseende (figur)
7. Selvværd er også knyttet til ikke-kropsrelaterede sider af personen
8. Forståelse af egen historie i relation til udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen
9. Identificering og mestring af tanker, følelser og situationer, der tidligere har resulteret i spiseforstyrrelssymptomer
10. Være i stand til at fungere socialt – i forhold til erhverv/uddannelse og socialt netværk
11. Tilbagefaldsforebyggelse - mestring af nye kriser på anden måde end ved spiseforstyrrelsessymptomer, erkende og vise egne behov i relation til socialt netværk

### **3.1.1 Overordnede mål for behandling af spiseforstyrrelser: særlige forhold hos børn**

#### *Langsigtede biologiske og adfærdsmæssige mål*

1. For børn som endnu ikke er kommet i pubertet, er det vigtigt at sikre pubertetsudviklingen herunder den fortsatte længdevækst

2. For børn/unge, som er gået i puberteten er det vigtigt at sikre den fortsatte pubertetsudvikling.

*Langsigtede psykologiske, sociale og familiemæssige mål*

1. Arbejde med selvværd og selvopfattelse, også i relation til familien.
2. Arbejde med accept af kroppen og kroppens forandring og udvikling.
3. Arbejde med familierelationerne og tydeliggørelse af generationsgrænser og forældreautoritet.
4. Arbejde med integration i det sociale liv, i skole og kammeratskabskreds.
5. Forebygge tilbagefald bl.a. ved low contact efter den akutte fase.

## 3.2. Behandlingsformer

### 3.2.1 Generelt om behandlingsformer

I behandlingen af spiseforstyrrelser indgår flere elementer, som afspejler disse lidelsers specielle karakter. For alle de tre omtalte spiseforstyrrelser, *AN*, *BN* og *BED* gælder således, at der både er en adfærdsmæssig, en somatisk og en psykiatrisk/psykologisk problemstilling til stede. I overensstemmelse hermed bør flere af følgende elementer indgå i behandlingen: psykoterapi, ernæringsterapi, behandling af somatiske komplikationer, farmakologisk behandling, kropsterapi/fysioterapi samt miljøterapi.

*Psykoterapi* er den del af behandlingen der retter sig mod forstyrrelsens psykopatologiske aspekter. Hvad der forstås herved, og hvilke psykologiske aspekter der prioriteres, er forskelligt for forskellige terapiformer. De terapiformer, der hyppigst tages i anvendelse i behandlingen af spiseforstyrrelser, er: adfærds- og kognitive behandlingsformer, psykodynamisk orienterede terapiformer og familierapi. De adfærdsorienterede behandlingsformer koncentrerer sig om selve den symptomatiske adfærd, hvor de kognitive terapier retter sig såvel mod de tanker der ledsager og går forud for de symptomatiske handlinger som selve symptomerne. Psykodynamisk terapi retter sig i mindre grad imod symptomerne og i højere grad imod den pågældende patients personlig-

hed og identitet og den funktion og betydning symptomerne kan have aktuelt og historisk i den pågældendes liv. IPT (interpersonal terapi) er en mere fokuseret og korterevarende psykodynamisk terapi med sigte på patientens relationer til de nærmeste. Såvel kognitive som psykodynamiske terapiformer kan foregå både individuelt og i gruppe.

Familiebehandling varierer fra orienterende og vejledende familiesamtaler til egentlig familierapi, hvor det ikke er den spiseforstyrrede patient, der specielt fokuseres på, men den samlede interaktion og kommunikation i familien.

*Psykoedukation* er en kognitiv terapiform, som især retter sig imod at informere og undervise patienter i deres sygdom og korrigere fejlagtige opfattelser i forbindelse med denne. Eksempelvis vil bulimikere ofte have den opfattelse, at hvis blot de kaster op inden for en halv til en hel time efter et måltid, vil de ikke optage nogen kalorier.

Såvel kognitive som psykodynamiske terapiformer kan foregå både individuelt og i gruppe.

*Gruppeterapi*, hvor flere med samme symptomer er samlede, anvendes hyppigt over for bulimi, fordi selve det at møde andre med samme symptomer kan være en stor lettelse. Formen anvendes sjældnere ved anoreksi og i givet fald som en del af et behandlingsprogram, der er sammensat af flere forskellige typer af

behandling.

*Ernæringsterapi.* Formålet med denne del af behandlingen er at genoprette og stabilisere patientens fysiske tilstand. Hvordan den konkret skal udformes afhænger af, hvilken spiseforstyrrelse der er tale om, og hvor alvorlig den er. For svært underernærede patienter med *AN* drejer det sig i første omgang om at få patienten op i vægt. Metoderne hertil varierer afhængig af, hvor samarbejdsvillig patienten er.

Der lægges i dag vægt på at opnå en behandlingsalliance med patienten og støtte dennes motivation for selv at spise og tage på i vægt, men brug af sonde og evt. tvangsbehandling kan være nødvendig. For patienter med *BN* og *BED* samt de patienter med *AN*, der har fået stabiliseret deres vægt, består denne del af behandlingen primært i kostvejledning og pædagogisk vejledning om kroppens behov samt udarbejdelse af kostplaner til støtte for den enkelte patient i at opnå sunde spisevaner. Spisningen, som ofte er kaotisk, skal struktureres om sunde, regelmæssige måltider.

*Behandling af somatiske komplikationer.*

Ud over ernæringsterapien, som også sigter mod at behandle spiseforstyrrelsernes somatiske komplikationer, kan medicinsk behandling være nødvendig over for somatiske komplikationer. Specielt ved bulimi kan *tandbehandling* være indiceret på grund af de emaljeskader, som

hyppige opkastninger kan afstedkomme. Behandling af et ødelagt tandsæt kan være en forudsætning for, at patienten kan begynde at spise.

*Farmakologisk behandling*

Farmakologisk behandling er aldrig den primære eller den eneste behandling af spiseforstyrrelser. Lægemidler kan bruges som støtte til psykoterapi eller til behandling af komorbiditet. Medikamenter, primært antidepressiva, anvendes for at reducere frekvensen af forstyrret spiseadfærd som overspisninger og opkastninger. Desuden kan farmakoterapi anvendes for at lindre øvrige symptomer som depression, angst, tvang og visse former for impulsforstyrrelser.

Der findes ikke lægemidler som altid er indiceret ved *AN*. Til *BN* og *BED* anvendes evt. et antidepressivum som supplement til psykoterapi.

*Kropsterapi/fysioterapi* tilbydes patienten m.h.p. at hun kan lære kroppen og dens behov at kende, og få en realistisk fornemmelse af dens størrelse og afgrænsning. Fysioterapeuten arbejder med patientens kropsoptagelse via forskellige øvelsesprogrammer, hvori der indgår bevægelse, afslapning og undertiden tegning.

*Miljøterapien* foregår på en afdeling og har til formål med en tryk og velstruktureret hverdag som ramme at udvikle pati-



entens evne til at styre sin dagligdag og lære at omgås andre med hensyntagen til såvel egne som andres behov. Miljøterapi er et behandlingstiltag, hvor man gennem dagligdags aktiviteter og samvær i et forudsigeligt, tolerant, rummeligt og grænsesættende miljø støtter patienten i en sund udvikling.

Den konkrete behandlingsplan og kombinationen af forskellige behandlingsformer afhænger af patientens diagnose og sygdommens alvor, herunder hvorvidt behandlingen foregår ambulant eller under indlæggelse. Behandlingsniveauet skal være afpasset efter patientens behov. Hovedparten af patienter med en spiseforstyrrelsesdiagnose behandles ambulant. Hospitalsbehandling tages især i anvendelse ved de meget alvorlige tilfælde af AN med lav vægt, langt sygdomsforløb og en dagligdag som ikke fungerer, og hvor såvel somatisk som psykiatrisk og miljøterapeutisk behandling er indiceret. Ved trinvis indsats (stepped care treatment) forstås, en indsats, hvor behandlingen tilbydes sekventielt afhængig af det konkrete behandlingsbehov. Den mindst indgribende behandling tilbydes først.

**patienten både ved indledningen af behandlingen og i forløbet.**

**Da behandlingen oftest er langvarig vil en opdeling i delmål frem imod en fuldstændig fysisk, psykisk og social helbredelse være hensigtsmæssig.**

**Der bør i behandlingen indgå en kombination af en eller flere af behandlingsformerne: psykoterapi, ernæringsterapi, kropsterapi, miljøterapi, behandling af somatiske komplikationer og farmakoterapi.**

### **Sammenfatning**

**Generelt gælder det for behandling af spiseforstyrrelser at det altid er nødvendigt at arbejde med patientens motivation og udbygge samarbejdet med**

## 3.3 Dokumentation for behandlingseffekt

### 3.3.1 Generelt om evidensbaseret psykiatri

Behandling skal så vidt muligt være evidensbaseret. Dette indebærer i en lægevidenskabelig kontekst, at den har vist sin overlegenhed eller effekt i randomiserede, kontrollerede (evt. dobbelt-blindede, placebo-kontrollerede) forsøg. Dette forskningsideal er imidlertid svært og omkostningsfuldt at leve op til ved komplekse og langvarige behandlinger. Inden for det psykoterapeutiske område er disse studier således primært forbeholdt korttidsterapier. Hertil kommer, at det inden for psykoterapiforskningen har vist sig vanskeligt at generalisere resultaterne fra forskningens kontrollerede laboratorium til den ukontrollable kliniske hverdag, ligesom der er en stigende erkendelse af, at de kontrollerede forsøg ikke fanger rigdommen og variabiliteten i den kliniske praksis (153). Patienter, der indgår i kontrollerede forsøg, er nøje udvalgt med hensyn til bl.a. diagnose og en lang række andre variable, medens patienterne i klinisk praksis er yderst forskellige. Det gælder i udpræget grad patienter med spiseforstyrrelser, også selvom de har den samme diagnose. Homogeniteten i forskningens patientmateriale i forhold til heterogeniteten i klinisk praksis indebærer,

at de forskningsbaserede behandlingsformer ikke nødvendigvis er lige nyttige overfor alle patienter, ligesom behandlingsformer, der ikke er afprøvet i randomiserede kliniske forsøg, kan være nyttige over for nogle patienter.

Den evidensbaserede psykiatri omfatter af samme grund ikke kun viden fra randomiserede kontrollerede studier. Den vil altid have det empiriske som en grundlæggende komponent. Men der kan både være tale om nøje kontrollerede, eksperimentelle undersøgelser og om systematisk indsamlede observationer uden kontrolgruppe.

De forskningsmæssige data kan både være indsamlet af læger og af andre faggrupper.

Behandlingsforskning inden for psykiatrien kan ikke baseres på biologiske eller neuropsykologiske markører alene, men må anvende detaljerede beskrivelser af symptomer og metoder til beskrivelse af mere komplekse psykologiske forhold. Det hænger sammen med, at menneskelige egenskaber og psykisk sundhed og sygdom ikke enten er tilstede eller ikke. Modsat andre grene af lægevidenskaben, er der ikke tale om dikotome, men om diskontinuerte variable, hvor der eksisterer glidende overgange mellem sundt og sygt. (Denne grænse kan dog også være svær at trække inden for somatiske specialer, jfr. diskussionen vedrørende hypertension).

Et yderligere forhold ved behandlingsforskning inden for psykiatri, som skal fremhæves, er, at effekten af en given behandling ikke kan måles en gang for alle. Effekten af psykoterapi kan være forsinket i forhold til behandlingens afslutning eller kan vise sig ikke at være holdbar. Det gør langtidsopfølgninger nødvendige.

**Evidensbaseret psykiatri integrerer viden fra alle relevante forskningsfelter og handler om både lægemidler, neurokemi, psykoterapi og miljøbehandling. Behandlingseffekten inden for psykiatrien kan måles og dokumenteres. Det gælder både virkningen af lægemidler og psykoterapi, og det gælder såvel symptomatologien som den psykologiske og sociale funktion. Især når det drejer sig om psykoterapi, er patient-behandler relationen en væsentlig faktor. Eksperimentelle metoder kan anvendes, men som beskrevet er det mere kompliceret og graden af generaliserbarhed er ofte mere tvivlsom end inden for somatikken.**

**I udarbejdelsen af retningslinier for anbefalelsesværdig behandling af spiseforstyrrelser må den empirisk kontrollerede psykoterapiforskning suppleres med den akkumulerede kliniske erfaring inden for området.**

### **3.3.2 Evidens for behandlingseffekt på spiseforstyrrelser**

Behandlingseffekten på spiseforstyrrelser er omtalt under behandling af de enkelte sygdomme i det følgende. Overordnet kan siges at langtidseffekten af behandlingen er dårligt dokumenteret, hvorimod korttidseffekten på specifikke symptomer er veldokumenteret.

Studier viser, at bedringsprocessen er langvarig for spiseforstyrrede patienter og typisk må forventes at vare flere år. Således øges antallet af raske anoreksi- og bulimipatienter kontinuerligt jo længere tid man venter med at gøre status (154;155). En opfølgningstid på mindre end 4 år viser, at 33% af anoreksipatienter gennemsnitligt bliver raske, mens en opfølgning på 4-10 år viser, at 47% i gennemsnit bliver raske, og en opfølgning på mere end 10 år viser, at 73% bliver raske (155). Dog tyder alle studier på, at der for både anoreksi og bulimi er en restgruppe på 15-25%, som har et kronisk eller i det mindste meget langvarigt sygdomsforløb (155-158). Tilbagefaldshypigheden er samtidig rapporteret til at ligge mellem 25-50% for begge diagnoser og må dermed siges at være høj (159;160). Som følge af disse resultater, kan det kun anbefales, at behandlingsenheder tilbyder en langvarig monitorering af patienter og er parate til at intensivere behandlingen, når patienten er motiveret

herfor (161).

Det er i flere undersøgelser vist at psykoterapeutens erfaring og dygtighed har større betydning for behandlingsresultatet end den specifikke type af psykoterapi, der anvendes (6;61)

### 3.3.3 Evidens for behandlingseffekt af de enkelte behandlingstyper

#### *Effekt af behandling af AN*

Det amerikanske psykiatriske selskab vurderede behandlingseffekten (efficacy) på AN i deres guidelines fra 2000 (6).

APA konkluderer, at klinisk erfaring tyder på, at psykoterapi har effekt ved behandling af AN, og adfærdsterapi viser nogen effekt (162). Derimod foreligger ikke kontrollerede undersøgelser, der sammenligner de forskellige terapiformer. IPT og KT er ikke systematisk undersøgt. Men det fastholdes, at der er klinisk enighed om, at psykoterapi er betydningsfuld, når patienten er tilstrækkelig restitueret til at deltage.

Der er ingen effekt af antidepressiv medicin eller andre psykofarmaka på AN i den akutte fase. Antidepressiva kan evt. hjælpe til at undgå tilbagefald (163).

Vægtøgning er størst og hurtigst under indlæggelse. Jo nærmere idealvægten patienten er før udskrivelsen jo mindre risiko for tilbagefald (164) (163). Der er ingen sikker effekt af østrogen eller bisphosfonater på knogletabet.

Statens Helsetilsyn i Norge konkluderede

om forskningsbasert kunnskap i deres rapport fra 2000 (7), at ingen speciel psykoterapeutisk retning kan anbefales til behandling af AN, men at flere forskellige typer af psykoterapi har vist sig effektive sammenlignet med ingen behandling eller kostrådgivning alene. (De anførte undersøgelser (165-167) giver dog ikke grundlag for denne konklusion). For børn og unge med kort sygdomsvarighed konkluderes det, at familierapi har effekt, og at familierapi virker bedre og hurtigere end individuel terapi (168-170). Der er ingen erfaringer med gruppeterapi.

Det beskrives specifikt, at farmakologisk behandling af AN er forsøgt i form af: behandling af depressive symptomer og tvangstræk med antidepressiva, behandling af forstyrret kropsopfattelse (vurderet som vrangforestilling) med neuroleptika, forsøg på reduktion af angst ved måltider med neuroleptika og benzodiazepiner og forsøg på vægtøgning med bl.a. neuroleptika. Den norske rapport konkluderer, at ingen farmakologisk behandling har vist sig virksom på AN.

Adfærdsmodifikation ved belønning- straf frarådes, da det har tvivlsom effekt og kan være ødelæggende for behandlingsalliancen.

Det blev som i den amerikanske rapport konkluderet, at der ikke er dokumentation for, at patienter, der ikke er somatisk truede, responderer bedre under indlæggelse end ved ambulant behandling, når det gælder psykisk restitution, men indlagte

har hurtigere vægtøgning.

**Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af de foreliggende guidelines, metaanalyser og randomiserede kontrollerede undersøgelser:**

Der er ikke sikker dokumentation for effekt af psykoterapeutisk behandling af *AN*, undtagen når det gælder familieterapi til unge med kort sygdomsvarighed (171). Undersøgelser af psykoterapi til *AN* omfatter generelt få patienter, og oftest er det to eller flere typer af psykoterapi, der sammenlignes uden kontrolgruppe, således at en bedring ligeså godt kan skyldes spontan remission (patienterne er meget syge, og derfor kan det være uetisk at undlade behandlingsforsøg). Både kognitiv analytisk terapi (CAT, cognitive analytical therapy) og edukativ adfærdsterapi (EBT, educational behavioral therapy) medfører moderat bedring hos 2/3 af ambulante *AN* patienter efter 1 år (166). Sammenligning af kognitiv terapi (KT) og diætrådgivning til *AN* patienter er forsøgt, men alle i diætgruppen forlod behandlingen (165), og den lille bedring i KT gruppen kunne ligeså godt være spontan remission. Sammenligning af effekten efter et år af 4 typer psykoterapi på *AN*: fokal psykoanalytisk psykoterapi (focal psychoanalytic psychotherapy), kognitiv analytisk terapi (cognitive-analytic therapy), familieterapi (family therapy) og rutinebehandling (low contact) viste moderat symptomatisk bed-

ring af alle patienterne, men de fleste var dog betydeligt underernærede efter behandlingen. Der var bedst effekt af familieterapi og psykoterapi (172).

Det er vist, at børn og unge, der behandles med familieterapi, har bedre vægtøgning end dem, der behandles med individuel terapi, hvorimod der ikke er vist forskel på patienternes holdning til spisningen (173). Både familieterapi med patienten og forældrene sammen (conjoint) og hver for sig (separated) har vist effekt (174).

Farmakologisk behandling har ikke effekt på *AN* undtagen til behandling af komorbid psykiatrisk sygdom (175;176)

Muligvis kan antidepressiva nedsætte tilbagefaldshyppigheden hos patienter, der har opnået normal vægt (177).

Outcome for behandling af *AN* er uændret de sidste 50 år. Den standardiserede mortalitetsrate er fortsat øget ca. 10 gange (10;11) og for de øvrige patienter gælder, at under halvdelen bliver raske, en tredjedel bedres noget, mens en femtedel bliver kroniske (155) vurderet på baggrund af 4-10 års opfølgning. Det er generelt svært at vise sikker effekt af behandling af *AN* (178). Der søges fortsat nye veje for at forbedre behandlingsresultaterne. Fx har man i en ny svensk undersøgelse forsøgt computerstøttet spise- og mæthedstræning efterfulgt af hvile i et varmt rum til patienter med anorexia nervosa og bulimia nervosa og fundet, at 75% af patienterne remitterede og heraf forblev

93% i remission efter et år (179).

#### *Effekt af behandling af BN*

APA konkluderede i deres guidelines fra 2000, at der er nogen effekt af psykoterapi på *BN*. Der er påvist signifikant reduktion i overspisning, opkastning og misbrug af afføringsmidler blandt patienter med *BN* efter kognitiv terapi, men andelen af patienter som bliver helt raske er varierende og omfatter ofte kun et mindretal. Andre typer af psykoterapi som interpersonel terapi (IPT) har også vist effekt, men virkningen indtræder langsommere.

Der er ikke dokumentation for bedre effekt, ved brug af gruppeterapi, og der er ikke systematiske studier af familierapi. 50-75% af *BN* patienter viser initialt bedring på antidepressiva. Psykoterapi vurderes dog som bedre end farmakoterapi og en kombination vurderes at have bedst effekt.

Det norske helsetilsyn vurderede ligesom APA, at KT har effekt på spiseadfærd og depression. 50-80 % af patienter med bulimia nervosa får symptomreduktion ved psykoterapeutisk behandling, men væsentligt færre bliver helt raske. En hyppig årsag til manglende behandlingseffekt er komorbiditet. Ved sammenligning af adfærdsterapi, KT og IPT findes, at adfærdsterapi har ringe effekt mens KT og IPT virker, KT dog hurtigst (156). Der er ingen sikker viden om virkningen af familierapi til *BN*. Gruppeterapi med ind-

hold af kognitive og psykodynamiske metoder omtales som lovende.

Det vurderes, at antidepressiva har dokumenteret korttidseffekt på overspisning, opkastning, angst og depression. Der er dog stort frafald, og der er ikke påvist langtidseffekt. Kombinationseffekt af KT og antidepressiva vurderes som tvivlsom, og der er ingen viden om effekt af behandling af *BN* hos børn.

#### **Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af de foreliggende guidelines, metaanalyser og klinisk kontrollerede undersøgelser:**

Psykoterapi har en vis effekt på *BN* og på *BED*.

KT og IPT har effekt på *BN*, idet halvdelen til to trediedele bedres væsentligt i løbet af behandlingen (156).

KT i en selvhjælpsudgave kan anvendes til visse patientgrupper (24).

Antidepressiva viser effekt på *BN* sammenlignet med placebo, men der er flere, der ophører med behandlingen blandt dem, der får antidepressiva, end blandt dem, der ikke får medicin. Der er ikke forskel på behandlingseffekt, når det gælder forskellige typer af antidepressiva (180). Kombinationen antidepressiva og psykoterapi virker bedre end psykoterapi alene, men patienterne accepterer behandling med antidepressiva dårligt, hvilket betyder, at kombinationsbehandling har flere drop outs end psykoterapi alene (181) Da patienternes behov er me-

get forskellige, kan trinvis behandling (stepped care treatment) anbefales (182). I primærsektoren kan KT selvhjælpsmanualer anvendes med god effekt (24;183). Behandling af *BN* foregår sædvanligvis ambulantly. Det kan måske være nyttigt at behandle langvarig alvorlig *BN* på sygehus (184).

### 3.4 Behandling af AN

Behandling af anoreksi er som udgangspunkt vanskelig. De fleste anoreksipatienter erkender ikke, at de er syge. Som det fremgår af de diagnostiske kriterier, er deres kropsopfattelse forvrænget. Deres angst for fedme dominerer og overskygger en realistisk vurdering af deres krops størrelse og vægt. De er derfor heller ikke motiverede for behandling. Herudover er anoreksi den psykiatriske lidelse, der er forbundet med den største risiko for at dø. Den manglende sygdomsindsigt kombineret med den trussel på livet, som sygdommen indebærer, vil ofte rejse stærke og uhåndterlige følelser hos behandlingspersonalet. De nævnte vanskeligheder har konsekvenser for behandlingen. Den forudsætter en tosporet behandling med fokus på såvel den psykologisk/psykiatriske baggrund for og vedligeholdelse af tilstanden som på de somatiske konsekvenser, først og fremmest den afmagrede tilstand. Den forudsætter tillige et veluddannet personale med erfaring med behandling af anoreksi og tilgang til supervision.

#### *Behandlingsintensitet*

Behandlingen af AN vil i de fleste tilfælde foregå ambulant, for de lettere tilfælde vedkommende evt. i primærsektoren. Hvis patienten taber sig eller ikke tager på i vægt er behandlingen utilstrækkelig, og patienten må viderehenvises til specialistbehandling.

Såfremt der ikke er effekt af intensiveret ambulant behandling, må man tilbyde yderligere intensivering fx i form af støtte til måltider, dagbehandling eller indlæggelse, hvor det i de allerfleste tilfælde er muligt ved en intensiv, miljøterapeutisk og plejemæssig indsats at få en vægtøgning i gang, som beskrevet på side 80. Behandlingsindsatsen skal modsvare de problemer patienten har, herunder hvor alvorlig spiseforstyrrelsen er. Generelt er det sådan, at jo alvorligere problematikken er, jo lavere vægten er og jo flere somatiske komplikationer der er, des mere fokus er der i behandlingen på kost, spiseadfærd, fysisk aktivitetsniveau og somatik. I takt med aftagende symptomer vil sociale og ikke mindst psykoterapeutiske behandlingsformer fylde mere og mere. Det er vigtigt at udvikle sekventielle behandlingsprogrammer med trinvis forskelle i støtteintensiteten både for at undgå overbehandling og for at kunne tilbyde den enkelte patient interventioner, der afpasses det individuelle behov. I en sådan sekventiel behandling bør indgå døgnafdeling, daghospital, ambulant individuel psykoterapi, og forskellige former for gruppeterapi. Kostvejledning bør være



central gennem alle trin.

#### *Ambulant behandling*

Den ambulante behandling vil typisk omfatte psykoterapi og kostvejledning.

#### *Daghospitalsbehandling*

Det er kendetegnende for daghospitalsbehandlingen, at den er mere intensiv og sammensat end den ambulante. I daghospitalsprogrammerne indgår som regel både psykoterapi, kostvejledning, psykoedukation og andre behandlingsmetoder som tegneterapi, kropsterapi og social færdighedstræning.

#### *Behandling under indlæggelse*

Indlæggelse vil være relevant, når mindre indgribende behandlinger ikke er effektive, hvis der er alvorlige somatiske komplikationer, eller hvis der er brug for en forudsigelig og tryk ramme, så den anorektiske patient kan frigøre sig fra sin egen overdrevne kontrol og blive hjulpet til at bekæmpe spiseforstyrrelsessymptomerne. Det er i den forbindelse vigtigt, at man er begyndt at skærme på de psykiatriske afdelinger, så akut indlæggelse af ikke psykotiske patienter ikke virker så skræmmende.

#### *Udskrivningsfasen*

En væsentlig fase i behandlingen under indlæggelse er udskrivningsfasen. Denne er næsten altid en meget sårbar periode, hvor der er en betydelig recidivrisiko. Et

efterbehandlingsprogram bør altid indtænkes. Ofte er et forløb, kombineret med sociale støtteforanstaltninger nødvendigt for at opretholde normale spisevaner og et tilfredsstillende socialt liv. Mange patienter har et udviklingsmæssigt efterslæb. På grund af deres alvorlige sygdom har de ikke i samme grad som andre unge gjort sig nødvendige livserfaringer og er derfor ekstra sårbare og udsatte. Et tæt samarbejde med de sociale myndigheder vil ofte være nødvendigt mhp. at hjælpe dem med uddannelse, revalidering m.v. Patienter med spiseforstyrrelser kan ligesom andre psykiatriske patienter få behov for et akut henvendelsessted (fx psykiatrisk skadestue).

### **3.4.1 Psykoterapeutisk behandling**

Der er flere formål med psykoterapi i AN behandlingen, og vægtningen af de forskellige sider varierer med patientens fysiske og psykiske tilstand.

Den første opgave er at etablere og styrke den terapeutiske alliance. Hovedformålet er at hjælpe patienten til

1. at være motiveret for at samarbejde om sin ernæringsmæssige og fysiske rehabilitering ,
2. at forstå og ændre adfærd og dysfunktionelle attituder i relation til spiseforstyrrelsen,
3. at forbedre interpersonel og social funktion,
4. at arbejde med evt. komorbid

psykopatologi og de psykologiske konflikter, der forstærker og vedligeholder spiseforstyrrelsen

Studier omkring psykoterapeutisk behandling omfatter desværre ofte relativt få og ikke repræsentative patienter, og der savnes generelt sammenligning mellem effekten af forskellige terapiformer på større materialer.

Der er en vis tilbageholdenhed ved at indgå i de anbefalede formaliserede behandlingsformer, og der er også mange drop-outs. Endvidere er patientgruppen heterogen med høj grad af psykiatrisk komorbiditet, hvilket også vanskeliggør vurdering af behandlingsresultaterne i forhold til spiseforstyrrelsen. Patienter er sjældent undersøgt psykiatrisk eller psykologisk forud for spiseforstyrrelsen og sjældent fulgt over længere tid, når spiseforstyrrelsen ikke er så prægnant længere. Det er da også til stadig diskussion, om komorbiditet er tilstede præmorbidt i forhold til spiseforstyrrelsen, opstår simultant med spiseforstyrrelsen, eller er en følgevirkning

For voksenområdet er outcomeundersøgelserne tillige prægede af en høj grad af alvorlighed og kronicitet på henvisningstidspunktet (tertiære henvisninger), dvs. manglende repræsentativitet i forhold til hele patientgruppen.

Trods disse mangler er der på baggrund af klinisk erfaring generel enighed om, at psykoterapi er virksom for patienter med *AN*, naturligvis i samspil med behandlingstiltag overfor lav vægt og etablering af mere normale spisemønstre. Psykoterapien faciliterer generelt vægtøgning og reducerer risikoen for tilbagefald. I faser, hvor patienten er svært lavvægtig vil psykoterapi oftest vise sig ineffektiv. Men der er klinisk konsensus vedrørende det hensigtsmæssige i at tilbyde patienten en individuel psykoterapeutisk støtte, der er sensitiv og oplysende, og som giver empatisk forståelse, forklaring og opmuntring.

Ingen speciel terapiform kan anbefales til *AN* ud fra forskningsbaseret viden om behandlingseffekt, bortset fra familieterapi til unge med kortvarig sygdom. Motivationsforbedrende terapi og recidivforebyggende terapi anses for lovende (171)

De psykologiske metoder, der anvendes mest her i landet, når patienten er kommet rimeligt i gang med en stabil vægtøgning er individuel dynamisk psykoterapi og dynamisk eller systemisk gruppeterapi, som der er gode erfaringer med (185). Kognitive behandlingsprogrammer findes, men er endnu ikke velundersøgte.

### *Gruppebehandling*

Gruppeterapi er ikke blevet evalueret sy-

stematisk for patienter med *AN*. Kliniske beskrivelser og erfaringer er publiceret, og det har været hævdet, at det i den akutte fase kan være en uhensigtsmæssig behandlingsform. Det skyldes, at patienterne har en tendens til at konkurrere med hinanden om at være den tyndeste, eller indgå i en destruktiv erfaringsudveksling om, hvordan man gemmer mad eller snyder med vægten – og på den måde modarbejder behandlingen (171;186;187). Hvis de destruktive processer kan styres er det på den anden side oplagt at udnytte de behandlingsmæssige fordele, der er ved gruppebehandling. Det kræver, at gruppeterapeuterne /- lederne både har stort kendskab til patientgruppen, samt til gruppeprocesser og strategier der modvirker, at gruppen udvikler sig i negativ retning.

### **3.4.2 Psykofarmakologisk behandling**

Ingen specifik farmakologisk behandling har vist effekt på *AN* (175) På sin vis er det uforståeligt, da det er en patientgruppe med mange symptomer og høj grad af komorbiditet som fx. depression, angst og OCD. Hvis disse symptomer ikke svinder under reernæringen, bør symptomatisk behandling med antidepressiva forsøges. Hvis ikke psykofarmaka virker, bør de seponeres. Det undersøges for tiden om SSRI har recidivprofylaktisk effekt, men der

afventes resultater fra randomiserede studier.

Anoreksipatienter er undervægtige og ofte i en dårlig somatisk tilstand, hvilket man skal være opmærksom på ved doseringen.

### **3.4.3 Miljøterapi til patienter med anoreksi indlagt på psykiatrisk afdeling**

Behandling af patienter med anoreksi kræver en tydelig behandlingsmodel med fast struktur og klare linier. En model med forholdsvis få valgmuligheder dæmper patientens ambivalens og angst. Miljøterapi er en central del af behandlingen

under hospitalsindlæggelse. I miljøterapien arbejder man oftest med små kortsigtede realistiske mål, der fremmer patientens mestrings- og kontroloplevelse. Miljøterapien går ud på at skabe et forudsigeligt, tolerant, rummende og grænsesættende miljø, hvor man aktivt bruger dagligdagens aktiviteter, oplevelser og samvær til at støtte patienten i en konstruktiv udvikling. Patientens behov for støtte vil variere i forhold til sygdomsgraden, og hvor i behandlingsforløbet patienten er. Det kan spænde fra patienter, der er fast sengeliggende med sondeernæring til patienter, der er i en udskrivelsesproces. Den dårlige emotionelle kontakt og den anorektiske levevis, som patienten har, besværliggør hendes kontakt til andre, og hun har ofte massive problemer i sine relationer. Man kan gennem dagligdags aktiviteter og de interaktioner, der sker i miljøterapien, hjælpe patienten til større kendskab til egne tanker følelser, adfærd og til sit samspil med andre.

At forlade den anorektiske levemåde er forbundet med angst og fører ofte til undgåelsesadfærd, der udefra ser ud som om patienterne snyder og modarbejder behandlingen. Det kan give frustrationer i behandlergruppen, og man kan forledes til at blive straffende, fordømmende og moraliserende. Af angst for at indtage denne position kan man i stedet blive eftergivende og komme til at samarbejde med pigens anorektiske kræfter. Begge positioner er uheldige. Den første vil be-

kræfte patienten i sit ringe selvværd og den anden vil fastholde patienten i sygdommen. Det kræver, at personalet formår at balancere mellem omsorg og forståelse og neutralt og roligt at fastholde behandlingsrammerne. En forudsætning herfor er stor viden om og erfaring med anoreksipatienter.

Det er en vanskelig og langvarig opgave at behandle indlagte anoreksipatienter. Den største vanskelighed er nok, at patientens sygdomsfølelse og sygdomsindsigt er ringe og at motivationen for helbredelse er meget svingende. Det er en stor og vedvarende opgave at få opbygget og vedligeholdt en behandlingsalliance, og denne er vedvarende ustabil. Som et vigtigt element i dette indgår reel information til patient og pårørende om sygdommens fysiske og psykiske komplikationer. Man kan her med fordel samle patientgruppen så større viden og erfaring udvikles.

I behandlingen af svært undervægtige patienter med *AN* er det nødvendigt, at miljøpersonalet i overvejende grad består af sygeplejersker, som er i stand til at observere, vurdere og i samarbejde med lægerne at behandle patientens fysiske tilstand. Derudover er forebyggelse af anoreksiens somatiske komplikationer et væsentligt element i plejen af patienterne. I øvrigt henvises til beskrivelsen af de somatiske komplikationer

### *Måltidet*

I begyndelsen af indlæggelsen er det vigtigste, at patienten får stabiliseret den somatiske tilstand, og det vigtigste bidrag hertil er, at patienten bliver i stand til at spise og tage på i vægt.

Princippet for måltiderne er, at personalet i starten af behandlingen tager ansvaret og senere giver det tilbage til patienten i takt med, at hun kan mestre det.

Måltiderne serveres på bestemte tidspunkter, og der skal foreligge regler for, hvor længe de forskellige måltider må vare. Oftest vil man sige ½ time til hovedmåltider og 20 minutter til mellemmåltider. Efter måltidet skal et personalemedlem være sammen med patienten 1 time efter hovedmåltiderne og ½ time efter mellemmåltiderne for at forhindre patienten i at kaste op, motionere kraftigt, og for at støtte patienten på det tidspunkt, hvor hun ofte har det svært, fordi hun har tilladt sig at spise. I samværstiden efter måltider kan, udover muligheden for at tale om tanker og følelser i forbindelse med måltidet, lægges forskelligt meningsfyldt og afledende indhold, fx kreative aktiviteter, undervisning, højtlesning eller lignende.

Personalet spiser med ved måltidet sammen med patienten, dels som rollemodeller dels for at støtte patienten. Patienten skal kende forventningerne til hende i forhold til måltidet. Under måltidet skal sygeplejersken udvise støtte og fasthed i

forhold til de krav, der stilles til patienten.

### *Familiesamarbejdet*

Aldersmæssigt spænder patienterne vidt, og samarbejdet med familierne må individualiseres i forhold til patienternes relation til og afhængighed heraf.

Mange familier har været ude for et stort pres, når de gennem længere tid har skulle hjælpe og støtte patienten. De har brug for en grundig information om behandlingsarbejdet og en klar og tydelig samarbejdsaftale. Det er for behandlingssuccesen af stor betydning, at familien bakes op og inddrages under hele forløbet. Patienter over 15 år skal inddrages i og acceptere det familiemæssige samarbejde.

Det kan være hensigtsmæssigt for både patient og pårørende, at personalet hjælper med at sætte rammerne for den kontakt, der skal være under indlæggelsen. Forholdet mellem patienten og familien kan have behov for at blive aflastet og etableret på en ny og mere hensigtsmæssig vis.

Mange familier oplever indlæggelse af deres pårørende som en sårbar situation. Det er vigtigt, at familien får hjælp til at acceptere situationen og samtidig støttes til igen at udvikle deres kompetence som pårørende og støtte for patienten ( I bilag III findes en udførlig beskrivelse af miljøterapi ved AN).

### 3.4.4 Somatisk behandling af AN

#### *Somatiske behandlingsmål*

Hos patienter med livstruende AN må alle andre behandlingsmål initialt vige til fordel for sikring af overlevelsen og hos alle patienter med AN, bør normalisering af BMI, spisemønster og menstruationscyklus samt behandling af somatiske komplikationer være højt prioriterede behandlingsmål i håb om at forebygge irreversible skader.

#### *Vægtmål*

Normalisering af legemsvægten er et vigtigt behandlingsmål. Hvis patientens præmorbid vægt kan fastslås, må man tilstræbe en tilbagevenden hertil. Hos patienter, som tidligere har haft menstruationer, kan laveste vægt med normale menstruationer være vejledende. BMI på ca. 20 kg/m<sup>2</sup> afhængig af præmorbid vægt er et realistisk mål. Hos patienter, som endnu ikke har nået deres sluthøjde, bør vægtmålet være den vægt, hvor den unge igen vokser normalt. Denne vægt kan som regel aflæses af patientens vækstkurve.

Der foreligger ingen randomiserede undersøgelser vedrørende den mest hensigtsmæssige vægtstigningshastighed.

Under indlæggelse vil en vægtstigning på 1 kg/uge imidlertid være realistisk for de fleste patienter. Ved ekstrem emaciering kan en periode med langsommere vægtstigning være nødvendig initialt. Ved

ambulant behandling vil en vægtstigning på ca. ½ kg/uge være realistisk.

Man bør være opmærksom på, at et vægtkrav til patienter med svær AN kan medføre, at patienten øger sin vandintagelse for at øge vægten. Tilfælde med svær vandintoxication på denne baggrund er beskrevet (188). Måling af urin-vægtfylde i forbindelse med vejningen kan hjælpe patienten til at undlade exsiv væskeindtagelse.

#### *Højde*

Den forventede normale sluthøjde kan estimeres på baggrund af forældrenes højde, idet pigers sluthøjde = (faderens højde – 13 cm + moderens højde)/2 og drenges sluthøjde = (mors højde + 13 + faderens højde)/2 idet 95%-percentilerne angives af ovenstående +/- 10 cm.

#### *Ernæring*

Alle patienter med AN bør tilbydes diætist vejledning, og ernæringsterapi er en vigtig del af alle behandlingsforløb. De fleste patienter kan ernæres peroralt med almindelig kost, men en del må have sondekost pr. os eller igennem ventrikelsonde. Intravenøs ernæring bør undgås og som hovedregel kun anvendes ved komplicerende korttarmssyndrom. Dehydrerede eller emacierede patienter kan som regel rehydreres ved peroral væsketilførsel, men i enkelte tilfælde kan intravenøs væsketerapi være nødvendig. Både peroral og intravenøs væsketerapi samt ernæ-

ring skal monitoreres overordentligt tæt og doseres meget forsigtigt for at undgå *refeeding syndrom*, som dog næsten kun opstår i forbindelse med intravenøs terapi (se nedenfor).

Peroral ernæring kan planlægges på flere måder. Nogle afdelinger anvender ”superkost”, dvs. diæt med stort fedtindhold, men de fleste afdelinger anvender ”almindelig” kost med normalt eller kun let forhøjet kalorieindhold. Der foreligger ikke randomiserede undersøgelser, der viser, hvilken af disse metoder der er mest effektiv. I alle tilfælde skal kosten være lødige med en hensigtsmæssig kaloriesammensætning (30% protein, 30% fedt og 40% kulhydrat) og et tilstrækkeligt vitamin- og mineralindhold. Vitamin- og mineraltilskud er som regel hensigtsmæssigt

Kosten kan enten være standardiseret for alle patienter i afdelingen, fx hvis måltiderne indtages i fællesskab. Dette er oftest lettest hos yngre patienter. Alternativt kan kosten være individuel og tage højde for personlige præferencer. Dette er ofte hensigtsmæssigt hos voksne patienter.

Kosten kan fx initialt indeholde ca. 30-40 kcal/kg/dag og gradvist øges til 70-100 kcal/kg/dag. Når vægtstigning ikke længere er nødvendig, vil kaloriebehovet ofte være ca. 40-60 kcal/kg/dag.

Hos ekstremt emacierede patienter bør behandlingen indledes overordentligt forsigtigt. Væskebalance, elektrolyt- og

blodglucoseværdier må følges tæt, EKG-overvågning kan være nødvendig og energitilførslen bør initialt være mindre end 20 kcal/kg/dag. Tilførslen af fedt bør være mindre end 3,8 g/kg/dag, proteintilførslen ca. 1,2-1,5 g/kg/dag. Intravenøs tilførsel af tiamin samt korrektion af elektrolytter kan være nødvendig. Behandling af disse patienter bør varetages af specialafdelinger.

Svært underernærede børn behandles med langsom rehydrering for ikke at belaste kredsløbet. Væskebehovet vil ofte være ca. 50 ml/kg/døgn. Tæt kontrol af elektrolytter og EKG er nødvendig. Sengeleje er som regel indiceret for at nedsætte kalorieforbruget til et minimum, indtil patienten er rehydreret og kardiovaskulære symptomer forsvundet. Derefter vil behovet være 30-40 kcal/kg/døgn og væske (ca. 50 ml/kg/døgn). Kaloriemængden øges med 200-300 kcal hver 3.-4. dag. Den tilstræbte vægtøgning vil ofte være ½-1 kg/uge afhængig af barnets alder og idealvægt.

#### *Komplikationer til ernæringsterapien*

##### *Refeeding syndrom og hypofosfatæmi*

Efter længere tids underernæring kan peroral (189) eller især intravenøs kalorie-tilførsel medføre svære og evt. livstruende væske- og elektrolytforstyrrelser samt andre metaboliske abnormiteter, der samlet kaldes *refeeding syndrome*. Svær hypofosfatæmi, er et fremtrædende symptom på *refeeding syndrome*. Hypokaliæ-

mi, hypomagnesiæmi, vitaminmangel (tiamin), ekstracellulær overhydrering eller dehydrering, hyperglycæmi kan også forekomme. Syndromet kan resultere i multiple neurologiske, muskulære, hæmatologiske, circulatoriske, gastrointestinale og calcium-metaboliske symptomer. Vigtigste er kramper og bevidsthedspåvirkning, nedsat muskelkraft (inklusive respirations- og hjertemuskulaturen), rhabdomyolyse, arrytmier, osteomalaci og nyrepåvirkning (akut tubulointerstitiel nefritis eller tubulær dysfunktion), som kan optræde enkeltvis eller i forening. Syndromet skyldes, at intracellulært fosfat displaceres til serum og tabes i urinen under sult. Ved kalorietilførsel øges insulinsekretionen og den intracellulære ATP-dannelse. Fosfat, kalium og magnesium displaceres herved fra serum til det intracellulære rum.

Symptomerne på hypofosfatæmi er muskelsvaghed (som kan optræde ved serum fosfat under 0,30 mmol/l) og i svære grader inkomensation og arrytmier samt hæmolytisk anæmi, der kan ses ved serum fosfat under ca. 0,10 mmol/l (190;191).

Symptomer ved hypokaliæmi ses hyppigst ved serum kalium under 3,0 mmol/l. Der er tale om arrytmier, hypotension, obstipation evt. ileus, muskelsvaghed. Symptomer ved hypomagnesiæmi optræder ved serum magnesium under 0,50 mmol/l er bl.a. muskelsvaghed, paræstiesier, tetani, arrytmier og gastrointestina-

le gener.

Vurderingen af patienten vanskeliggøres af, at deficit af ovennævnte intracellulære ioner kun i ringe grad afspejles af serumkoncentrationerne.

*Refeeding syndrom* kan imødegåes ved tæt væske- og elektrolytkontrol og – korrektion samt forsigtig ernæring i starten af behandlingen af svært undervægtige patienter med AN (se ovenfor).

#### *Abdominalmerter og oppustethed*

Mavesmerter, oppustethed og obstipation er hyppige i starten af ernæringsterapi og skyldes som regel nedsat ventrikeltømmning (192), men atrofi af ventriklen kan ses. Symptomerne svinder som regel spontant og kræver ikke medikamentel behandling. Tilstrækkelig væskeindtagelse er vigtig, medens laksantia bør undgås. Cisaprid (Prepulsid) bør ligeledes undgås, idet der er beskrevet arrytmier og hjertestop i tilslutning hertil (193).

I nogle tilfælde ses stigning i serum amylase formentlig som udtryk for en let pancreatitis. Dette svinder som regel ved midlertidig reduktion af kalorietilførslen.

#### *Rebound vægtstigning og væskeretention*

Ved abrupt ophør med et laksantia eller diuretikamisbrug kan der ses dels betydelig vægtstigning dels væskeretention.

#### *Fysisk udfoldelse og fysioterapi*

Hos patienter med livstruende AN vil re-



striktion af den fysiske aktivitet oftest være nødvendig i starten af behandlingsforløbet for at undgå yderligere vægttab, idet kalorieindgiften ikke må øges for hurtigt (se ovenfor). I takt med stigende vægt vil øget fysisk aktivitet være mulig, uden at udsætte patienten for risiko og normal fysisk aktivitet kan som regel genoptages når BMI er omkring 15 kg/m<sup>2</sup>. Længere tids sengeleje kan medføre muskelatrofi, kontrakturer og formentlig øge knogletabet. Fysioterapi i form af kontrakturprofylakse og gradvis stigende træning kan anvendes i håb om at modvirke dette (194).

#### *Behandling af somatiske komplikationer*

##### *Osteoporose*

Østrogen-gestagen (P-piller) anbefales ofte som forebyggelse af osteoporose hos patienter med AN (195). Flere åbne (196) og randomiserede studier har imidlertid fundet, at hverken østrogen-gestagen (196) eller transdermalt østrogen (197) øger BMD (19;196). Hos børn, som endnu ikke har fuldført pubertetsudviklingen er østrogen endvidere uhensigtsmæssig, idet behandlingen medfører lukning af epifyserne og dermed nedsætter sluthøjden. Behandling med bisphosphonat (198), DHEA (199) og IGF-I (200) har været foreslået, men må fortsat anses for eksperimentelle og bør ikke anvendes udenfor kliniske forsøg.

#### *Lavt T3-syndrom*

De biokemiske og kliniske tegn på lavt T3-syndrom normaliseres i takt med vægtøgning og kræver ingen særlig behandling. Behandling med thyreoidea-hormon er kontraindiceret.

#### *Vitaminmangel*

Tilskud af vitaminer og mineraler i form af multivitaminpræparat med mineraler bør indgå i behandling af alle patienter med spiseforstyrrelser, men specifik behandling er sjældent nødvendig.

#### *Odontologisk behandling*

Patienter med hyppige opkastninger bør instrueres i at skylle munden omhyggeligt efter opkastning og først derefter børste tænder. Regelmæssigt tandlægeeftersyn bør være en integreret del af behandlingen, og der vil ofte være behov for tandfyldninger eller anden konserverende behandling.

### **3.4.5 Behandling af anorexia nervosa: Særlige forhold hos børn**

#### *Psykoterapeutisk behandling*

Der findes for børne-ungeområdet systematiske undersøgelser af psykoterapeutisk behandling af AN, hvor patientgrupperne er repræsentative, og hvor man har sammenlignet outcome ved forskellige terapiformer (168;169;173). Man har på basis af disse undersøgelser konkluderet, at for unge patienter under 18 år, der endnu har en nær relation til

deres familie , og som ikke har mistet mere end 25% af deres vægt, er ambulante familierterapi eller familiebaseret behandling med simultan behandling af den unge og forældrene, den behandlingsform, der både giver vedvarende vægtøgning og forbedrer den psykosociale funktion, specielt hvis sygdomsperioden er under 3 år. Hvis vægten falder under 75%, er anbefalingen, at behandlingen suppleres med indlæggelse med henblik på vægtrestitution. Behandlingen skal også indeholde psykoedukation til den unge og forældrene og vare i gennemsnit fra et halvt til 3 år (174).

I de svenske (201) og de tyske (202) guidelines lægger man også primært vægt på en ambulante strategi og på involvering af familien. Alle er dog enige om, at det første behandlingsmål er at standse ud-sultningen og starte en vægtstigning. Dvs. mad kommer i fokus (203).

I de familie-fokuserede terapeutiske interventioner arbejdes der på at genoprette familiens normale funktioner kombineret med vægtøgningsstrategier.

I forbindelse med behandling af et barn med en alvorlig *AN* er det nødvendigt – som i alt børnearbejde – at etablere et samarbejde med forældrene, som gør dem i stand til at acceptere og medvirke i behandlingen af deres barn (18;204). Kan et sådant samarbejde ikke etableres må barnets/den unges sundhed og udvikling anses for truet og de sociale myndigheder

underrettes i henhold til Servicelovens §§ 35+36. Hvor det drejer sig om manglende forældre kompetence kan barnet behandles uden forældrenes samtykke i h.t. lov om social service § 44.

### *Somatisk behandling*

Børn vokser og udvikler sig. De reversible forandringer, som ses hos voksne, er måske ikke reversible hos børn. Amenoré kan hos børn og unge være primær og en kronisk underernæring manifesterer sig som mindre længdevækst og manglende pubertet (205;206).

Det er uvist, om børn med *AN* er specielt udsatte for senere osteoporose sammenlignet med unge og voksne med *AN*. (107;196;207). *AN* medfører, at længdevæksten mindskes eller standses.

Børn har relativt mindre fedtvæv end voksne, hvorfor de hurtigere kommer i katabolt stadie og børn bliver hurtigere dehydrerede end voksne (208). Den generelle påvirkning af et spise- og drikkevægende barn med dehydrering og elektrolytforstyrrelser bliver derfor hurtigere livstruende, hvis der ikke gribes ind.

Længere tids sengeleje øger formentlig knogletabet og kan give anledning til muskeltrofi samt kontrakturer.

Dette kan søges modvirket ved let fysisk træning under ledelse af en fysioterapeut (194;196;207;209).

Der bør være mulighed for at behandle AN ambulant, i daghospital og under indlæggelse. Det lavest mulige niveau, der har effekt, bør vælges. Der skal indgås en behandlingskontrakt med patienten. Behandlingen er altid tosporet, således at der arbejdes parallelt med normalisering af vægt og spisning og med psykoterapeutisk bearbejdning af de for symptomerne tilgrundliggende psykiske problemer. Vægtstigningen bør være ½ -1 kg/uge ved behandling i hhv. ambulant regi og under indlæggelse. Både af hensyn til risiko for irreversible skader ved hunger og pga. risikoen for meget lange socialt invaliderende indlæggelser er en passende hurtig vægtøgning vigtig.

Der er mangelfuld evidens for virkningen af psykoterapi ved AN. Det er derfor ikke muligt at anbefale en bestemt type af psykoterapi. Der er faglig konsensus om, at bearbejdning af patientens psykiske problemer bør være en væsentlig del af behandlingen, og der er klinisk erfaring for, at det giver resultater og mindsker risikoen for recidiv.

Patienter, hvis undervægt eller samlede somatiske tilstand medfører, at de er i livsfare eller som er selvmordstruede, kan i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien tvangsindlægges, tilbageholdes og behandles indtil behandlingsophør ikke længere medfører fare for deres liv eller

ler væsentlig forringelse af udsigten til helbredelse.

## 3.5 Behandling af bulimi

De fleste patienter, der søger behandling for bulimi, er i højere grad end patienter med *AN* motiveret for at skabe en forandring i deres liv. Men selv om de ønsker at slippe af med deres symptomer og blive hjulpet med de problemer, som knytter sig til spiseforstyrrelsen, er det en vanskelig proces. Det primære mål for behandlingen er at reducere antallet af overspisningsepisoder og opkastninger, det sekundære er en normalisering af det patologiske tanke- og følelsesindhold.

De hyppigst anvendte behandlingstiltag i bulimibehandlingen er kostvejledning, psykoedukation, psykoterapi, sociale -og familieinterventioner samt medicin.

Bulimibehandling kan som regel gennemføres ambulant og vil i ukomplicerede tilfælde oftest være af kortere varighed (12-26 uger).

Længerevarende og mere kompleks behandling vil typisk være relevant ved komplicerende psykiatriske, somatiske eller sociale forhold. Indlæggelse kan være indiceret, hvis der er tale om alvorligt invaliderende symptomer, selvmordsfare, alvorlig somatisk eller psykiatrisk komorbiditet, alvorlige sociale problemer, eller hvis patienten ikke responderer på den ambulante behandling (6).

### 3.5.1 Psykoterapeutisk behandling

Psykoterapi har en indiskutabel placering i bulimibehandlingen, og flere forskellige psykoterapeutiske retninger og modaliteter har dokumenteret effekt på de bulimiske kernesymptomer. Kognitiv terapi (KT), der fokuserer specifikt på spiseforstyrrelsessymptomerne, er meget anvendt, og effekten heraf er som følge heraf den bedst dokumenterede. Terapien inkluderer kostvejledning og monitorering af fødeindtagelse og fokuserer samtidig på de dysfunktionelle holdninger til spisning og på, at patienten skal genvinde sin kontrol over spisningen (210). Interpersonel psykoterapi (IPT) er en anden korttidsterapi, der er velbeskrevet og visse steder anvendt i behandlingen af *BN* (211). I modsætning til KT fokuser IPT ikke direkte på spiseforstyrrelsessymptomerne, men på her og nu i forhold til interpersonelle relationsproblemer.

I et cochrane review over psykoterapi ved *BN* konkluderes det, at psykoterapi generelt har effekt på både de bulimiske og depressive symptomer. Remissionsraten (100% reduktion af overspisninger og opkastninger) var knap 40% (212). KT har ikke nogen signifikante fordele i forhold til anden psykoterapi, bortset fra at der er en tendens til at KT har større effekt på de depressive symptomer ved behandlingens afslutning. Adfærdsterapi med exposure og response prevention

bedrer ikke resultaterne af KT (212). I en randomiseret undersøgelse af KT overfor adfærdsterapi og IPT fandt man, at KT terapi var den bedste vurderet ved behandlingens afslutning, men i det følgende år vedblev IPT patienterne at få det bedre, og var ved follow-up 1 år senere på samme niveau som KT patienterne (6;156;213) .

Der er evidens for, at psykoterapi af *BN* er effektiv både som individuel terapi og gruppeterapi, men måske er individuel terapi lidt bedre. Nogle resultater peger på, at gruppeterapi, der inkluderer kostvejledning og symptommonitorering er mere virksomme end dem, der ikke gør, og at hyppige kontakter i starten af behandlingen bedrer behandlingsresultatet (6;7).

Den kliniske erfaring er, at der er mange fordele ved gruppeterapi. Det er vigtigt at tilstræbe homogenitet i gruppen - at genkende sig i andre og ikke føle sig alene bidrager til at reducere skam- og skyldfølelse. Samtidig støtter patienterne hinanden og lærer af hinandens erfaringer og problemløsningsstrategier.

Den kliniske tradition er mange steder, at familieterapi primært indgår i behandlingen af børn og unge, der er hjemmeboende. Patienter, der søger behandling for *BN*, er ofte unge voksne, der allerede er flyttet hjemmefra. Måske er det derfor, familieterapi stort set ikke har været genstand for systematisk effektevaluering i behandlingen af *BN*.

Familie- og netværkssamtaler indgår dog visse steder som en integreret del af *BN* behandlingen af voksne, og erfaringer herfra er gode (185).

Når patienter med *BN* er samboende med andre, kan der relativt nemt opstå konflikter på baggrund af spiseforstyrrelsessymptomerne, og familien/netværket kan blive negative medaktør i patientens spiseforstyrrelsesproblem. Afklarende, rådgivende familie- og netværkssamtaler bidrager til at kaste lys over problematikken og støtte familien i at ændre samværs mønstret. Disse samtaler supplerer næsten altid den primære *BN* behandling. Egentlig familie eller parterapi kan undertiden være indiceret som primær behandling, hvis selvstændige familiære konflikter og problemer er en udløsende eller vedligeholde faktor i forhold til spiseforstyrrelsen.

Nogen steder indgår andre behandlingsformer herunder de såkaldte non-verbale, ekspressive terapiformer - tegneterapi, kropsterapi, musikterapi og psykodrama – i behandlingsprogrammet.

### **3.5.2 Kostvejledning og psykoedukation**

Patienter med *BN* har en meget, undertiden ekstrem kaotisk spiseadfærd, som dominerer hele deres dagligdag. For at arbejde hen mod en reduktion af

overspisninger og opkastninger, er det vigtigt at etablere et spisemønster, der indebærer regelmæssige måltider af normal størrelse og sammensætning. Kostvejledning er vigtig – både for at yde konkret information om sunde kostvaner, men også for at motivere og rådgive i forhold til den konkrete kostplan for den enkelte patient (214). Visse undersøgelser tyder på, effekten af behandlingen øges, hvis kostvejledning indgår (6).

Hvis BN betragtes ud fra en misbrugssynsvinkel, kommer den måde patienten bruger visse typer af madvarer på i centrum.

Der er gruppeprogrammer, som er didaktiske eller undervisende i deres tilgang. Formålet er her at støtte en normalisering af spisemønstret og den forvrængede kropsofattelse. De psykoedukative programmer har den fordel, at de er ressourceøkonomiske. Effektundersøgelser konkluderer, at de kan bruges som supplement eller forberedelse til anden behandling, eller alene for en subgruppe *BN* patienter med mildere problemer (215).

Egentlige selvhjælpsprogrammer med eller uden guidning kan hjælpe en mindre gruppe *BN* patienter, der ikke har nogen form for psykiatrisk komorbiditet. Sådanne programmer appellerer til patienter, der kan lide at arbejde med problemerne på egen hånd, og som måske ikke ønsker at søge professionel

behandling (211;216). Muligvis kan de også anvendes i *BN* behandling i almen praksis.

Et særligt problem er gravide kvinder med *BN*. Der er brug for særlig opmærksomhed for at undgå graviditets- og fødselskomplikationer, ligesom der kan være brug for støtte omkring mor-barn kontakten og vejledning i forbindelse med ernæring af barnet (217) (se afsnit 3.8.2) .

### 3.5.3 Farmakologisk behandling

Formålet med at bruge medicin, primært antidepressiva, i *BN* behandlingen er at reducere overspisninger og opkastninger, eller at behandle psykiatrisk komorbiditet som depression, angst og OCD.

Mange forskellige antidepressiva er blevet undersøgt. Det kan konkluderes, at antidepressiva som eneste *BN* behandling er mere effektiv end placebo, men forskellen er beskeden. Remissionsraten er generelt lav, men dog højere end for placebo. Samtidig er antallet af drop-out større grundet bivirkninger og negativ holdning til medikamentel behandling. I et cochrane review fandt man ingen forskel i effekten af de forskellige typer af antidepressiva (180). SSRI præparaterne har en fordel i bivirkningsprofilen i forhold til TCA, og bør på den baggrund være 1. valgspræparat, *hvis* der er indikation for antidepressiva (218)

Antidepressiva resulterer i gennemsnit i

50-75% reduktion i overspisning, opkastninger, angst og depressive symptomer (7). For at få effekt må dosis være relativ høj (fx Fluoxetin 40-60 mg, måske 80 mg i op til 12-16 uger). Hvorvidt antidepressiva også har effekt på den psykopatologiske holdning er uvist, ligesom der heller ikke er klarhed over, hvor lang tid behandlingen skal fortsættes. Hvis der ikke er en klinisk bedring efter 8 uger, er anden behandling indiceret (180).

Langtidseffekten er usikker. I et par undersøgelser fandt man en relaps rate på 30-45% i løbet af de første 4-6 måneder. Men mange studier varede kun 8-12 uger, og frafaldet af patienter var ofte så stort, at resultaterne er vanskelige at tolke. Bivirkninger er ofte årsagen til frafald, men det har formodentlig også betydning, at der kun var spinkel kontakt til behandleren (6;180).

Andre medikamenter som fenfluramin, ondansetron og opiatantagonister er forsøgt anvendt, men resultaterne er usikre og behandling med disse præparater må anses for eksperimentel og kan derfor ikke anbefales til almen klinisk terapi (6;218).

Patienter med *BN*, der har behov for stemningsstabiliserende medikamina, bør om muligt behandles med andet end litium og valproat. Litiumkoncentrationen i blodet varierer med hurtige volumenændringer, og begge stoffer giver ofte uønsket vægtøgning (6).

### **3.5.4 Psykoterapi, farmakoterapi eller kombinationsbehandling**

Effekten af psykoterapeutisk og antidepressiv behandling er sammenlignet i et cochane review. I samme review vurderes også effekten af henholdsvis antidepressiva og psykoterapi overfor kombinationsbehandling. Som effektmål anvendes remissionsrate. Remissionsraten for antidepressiva var 20% mod 39% for psykoterapi alene, og den relative risiko for drop-out var størst for antidepressiva. I sammenligningen af kombinationsbehandling overfor antidepressiva alene var remissionsraten 42% og 23%, og kombinationsbehandling overfor psykoterapi alene gav remissionsrater på henholdsvis 49% og 36%. Drop-out raten var højere for kombinationsbehandling end psykoterapeutisk behandling. Det konkluderes, at kombinationsbehandling er bedre end psykoterapi alene. Formodentlig er psykoterapi alene og/eller kombinationsbehandling mere effektiv end antidepressiva alene – men antallet af undersøgelser i dette review var ikke stort nok til at påvise en statistisk signifikant forskel. Psykoterapi er den behandlingsform, som har størst compliance (færest drop-out). Hvis der behandles med antidepressiva enten alene eller i kombination med psykoterapi, så øges drop-out raten (181).

APA's gennemgang af kombinationsbehandlinger støtter ovenstående, men konkluderer også, at der er bedre respons på

KT end farmakoterapi i forhold til over-spisninger, opkastninger og psykopatologisk holdning (6).

### **3.5.5 Non-responders og psykiatrisk komorbiditet**

– *depression, multi-impulsivitet og personlighedsforstyrrelser*

Hvis patienterne ikke responderer på standardbehandlingen, kan det skyldes en ikke erkendt/behandlet psykiatrisk komorbiditet. Det anbefales generelt tidligt at identificere non-responders fra responders. Det begrundes med, at den sikreste prædikator for et dårligt behandlingsresultat er patienter, der ikke tidligt i behandlingsforløbet får væsentlig symptomreduktion ( $\geq 70\%$  efter 6 sessioner KT) (210).

Er der ikke begyndende behandlingseffekt efter 8 uger, er det indiceret at revurdere situationen. Blandt andet må man finde ud af, om der er en betydende komorbid tilstand. En alvorlig depression behandles, alvorlige sociale problemer søges løst, patientens motivation revurderes og der foretages en samlet vurdering inden et nyt behandlingsforløb indledes. Hvis patienten er suicidal eller har en alvorlig depression, der ikke er i begyndende bedring under psykoterapeutisk behandling, bør der suppleres med antidepressiva efter vanlige retningslinier – typisk et SSRI præparat.

En særlig behandlingsmæssig udfordring

er multi-impulsive *BN* patienter, som har selvdestruktiv og meget impulsstyret adfærd. Det er patienter, der skærer sig, har alkohol eller medicin misbrug, stjæler og laver selvmordsforsøg. Oftest kan de diagnosticeres som havende en emotionel ustabil personlighedsstruktur. Selv *BN* patienter, der samtidig har en personlighedsforstyrrelse, kan profitere af terapi, der primært fokuserer på spiseforstyrrelsessymptomerne. Generelt vil en forstyrret personlighedsstruktur mindske muligheden for behandlingssucces, men undertiden kan en positiv ændring i de bulimiske symptomer føre til en bredere ændring i en kaotisk levevis. Hvis personlighedsforstyrrede *BN* patienter ikke profiterer af en specialiseret *BN* behandling, kan man vælge fokusskift – væk fra spiseforstyrrelsessymptomer til patientens karakterstruktur. Spiseforstyrrelsessymptomerne vil derved blive forstået som sekundære til eller en del af patientens manglende selvregulation. Behandling af personlighedsforstyrrelser er almindeligvis af længere varighed (måneder til år) end de fokuserede behandlinger (219) (se afsnit 1.3.2).

### **3.5.6 Somatisk behandling**

Det er vigtigt at undersøge patienterne for somatiske komplikationer til de hyppige opkastninger og misbrug af emetika og laxantia.



### *Elektrolytforstyrrelser*

Elektrolytforstyrrelser må korrigeres evt. under indlæggelse, hvor patienten evt. med hjælp af fast vagt støttes til ikke at kaste op. Tilskud af kalium eller i enkelte tilfælde intravenøs væske og elektrolytterapi kan blive nødvendig.

### *Gastrointestinale komplikationer*

Mavesmerter, dysphagi eller hæmatemese hos patienter med *BN* indicerer som hos andre patienter gastroskopi. Hyppigst påvises erosioner i esofagus, gastritis eller ulcerationer, som behandles efter vanlige retningslinier.

### *Tandlægebehandling*

Patienter med *BN* har ofte brug for ekstensiv behandling af karies, og undertiden kræver smertende tænder med borttætset emalje plastbehandling eller ligefrem kroner. Gingivitis og andre mundhuleproblemer svinder som regel hurtigt, hvis patienten kan nedsætte frekvensen af opkastningerne eller ophøre hermed. Undertiden kan tandlægebehandling være en forudsætning for, at spiseforstyrrelsesbehandling kan gennemføres.

### **3.5.7 Den kliniske hverdag**

Den terapeutiske holdning til patienten er vigtig. En bulimipatient's hverdag er ofte kaotisk, hvilket kan kræve struktur og fasthed i rammerne omkring behandling. Mange behandlingsprogrammer kræver

patientens aktive samarbejde, og det er vigtigt, at patienten forstår betydningen af sin egen indsats i behandlingen.

Behandlingen bør kunne individualiseres i det omfang, det er nødvendigt, men en *standardbehandling* vil typisk omfatte et behandlingsprogram, hvori der indgår psykoedukation, kostvejledning og korttidspsykoterapi, enten individuelt eller i gruppe, over knapt ½ år. I 1. fase af behandlingen prioriteres den terapeutiske kontakt, kontrol af *BN* symptomer og etablering af regelmæssige og sunde spisevaner. I 2. fase fokuseres på forståelse for sammenhæng mellem psykologiske problemstillinger og spiseadfærd, samt ændring af uhensigtsmæssige tanke- og handle-mønstre. I 3. fase er tilbagefaldsprofylakse central.

Stepped Care Treatment har en klar plads i behandling af *BN* (182;220). Selvhjælpsprogrammer, der bruger velstrukturerede KT manualer, kan muligvis anvendes med succes i mildere og ukomplicerede tilfælde – måske især sammen med medikamentel behandling (6). Korte psykoterapeutiske behandlingsforløb kan være effektive for en subgruppe af patienter med *BN* uden psykiatrisk komorbiditet.

En del større behandlingscentre har organiseret *BN* behandlingen således, at patienter først tilbydes et kort psykoedukativt behandlingsprogram i gruppe over 8-12 gange, og kun de, der ikke responderer, henvises til mere intensiv,

kompleks eller langvarig behandling. Kostvejledning indgår de fleste steder som en integreret del af behandlingen. En gennemsnitlig korttidspsykoterapi omfatter 16-26 sessioner, men patienter med alvorlig *BN* har ofte brug for et længerevarende behandlingsforløb, hvor der er mulighed for at kunne bearbejde underliggende traumer og konflikter.

Behandlingen kan tilbydes individuel eller i gruppe og suppleres med familiesamtaler.

Psykoteraeutisk behandling kan suppleres med antidepressiva, hvis der ikke er behandlingseffekt, eller hvis patienten har en betydende depression eller angsttilstand.

Behandlingen anbefales gennemført ambulantly i langt de fleste tilfælde. Man skal være opmærksom på faren for hypokaliæmi hos denne patientgruppe, og det må overvejes om der er indikation for regelmæssig blodprøvekontrol.

Indlæggelse er sjældent nødvendigt, men kan være indiceret ved alvorlige somatiske komplikationer, alvorlig psykisk stresstilstand som fx depression, selvmordstanker, alvorlige sociale problemer og et spinkelt netværk. Hvilken behandling der vælges, må afgøres ud fra patientens problemer, motivation og egostyrke – og i sidste ende også af, hvad der er realistisk på det aktuelle behandlingssted.

### *Anbefalinger*

Stepped Care Treatment må indtænkes i *BN* behandlingen, således at intensiteten og kompleksiteten af behandlingen øges, hvis der ikke er behandlingseffekt. Psykoterapi har en veldokumenteret effekt, og bør udgøre hovedstammen i behandlingen – enten individuelt eller i gruppe.

1. valg behandling er psykoterapi kombineret med kostvejledning og psykoedukation. Antidepressiva som eneste behandling kan *ikke* anbefales, men kan være et supplement til den psykoteraeutiske behandling. Behandlingsformer uden for sundhedsvæsenet eller uden sundhedsvæsenets tilsyn kan ikke anbefales.

Ambulant behandling bestående af 19 sessioner over 20 uger. De første 2 uger er der 2 sessioner/uge, derefter 1 session/uge indtil session 17-19, hvor patienten møder hver 14. dag.

*Fase 1 – session 1-8:* Fokus er etablering af terapeutisk relation, psykoedukation, etablering af regelmæssigt spisemønster og start på ugentlige vejninger og selv-monitorering. Patienten fører dagbog over sin spisning og opkaskninger, og dette materiale er centralt for terapien. Patienten støttes i strategier, der hjælper til selv-kontrol.

*Fase 2 – session 9-16:* Selv-monitoreringen fortsætter. Der arbejdes med at ændre spisevanerne til at inkludere almindelige fødeemner i normal mængde, og til at spise i samvær med andre. Tendens til restriktiv fødeindtagelse søges elimineret. Der fokuseres også på den patologiske opfattelse af krop, vægt og spisning og på andre copingstrategier.

*Fase 3 – session 17-19:* Det primære sigte er at fastholde de opnåede resultater og forebygge tilbagefald. Der arbejdes med at udtænke copingstrategier for fremtidige risikosituationer.

#### **Sammenfatning vedrørende behandling af BN**

**Psykoterapi har dokumenteret effekt ved BN. Kognitiv Terapi er den hyppigst anvendte terapiform og er virksom i BN behandlingen såvel individuelt som i gruppe, men andre terapiretninger er også effektive.**

**Fasespecifik behandling har en klar plads i behandlingen af BN. Selvhjælpsprogrammer, der bruger KT manualer kan muligvis anvendes i mildere og ukomplicerede tilfælde – måske især sammen med medikamentel behandling. Korte psykoterapeutiske behandlingsforløb kan være effektive for subgrupper uden psykiatrisk komorbiditet. Antidepressiva som supplement til psykoterapi kan bidrage til et positivt behandlingsresultat, men**

**bør ikke anvendes alene.**

**En standardbehandling vil typisk omfatte psykoedukation, kostvejledning og korttidspsykoterapi.**

**Der bør foreligge en instruks for somatisk undersøgelse og behandling af BN patienter, herunder kontrol af hypokaliæmi og behandling af tandskader.**

### 3.6 Behandling af BED

Patienter, der søger behandling for *BED* på centre for spiseforstyrrelser (221), har ofte flere behandlingskrævende problemstillinger: tvangsmæssige overspisnings-episoder, overvægt/fedme og psykiatrisk komorbiditet.

De metodologiske problemer i undersøgelserne af behandlingseffekt af *BED* vanskeliggør en sammenfattende vurdering af resultaterne. Dels har de diagnostiske kriterier ændret sig gennem tiden (de diagnostiske kriterier til forskningsbrug først vedtaget i 1994), dels vurderes behandlingseffekt på forskellige tider og på forskellig måde. Et andet faktum er, at 1/3 af de henviste patienter ikke gennemfører behandlingen og dermed heller ikke profiterer af den. Anvendte effektmål er ophør af overspisningsepisoder, binge-eating score, generel psykopatologi, depressivitet, interpersonel funktion og vægtændring.

Erfaringerne med behandling af *BED* er endnu ret sparsomme, og der er ikke konsensus om, hvordan et *typisk* behandlingsforløb skal være. Nogle af de seneste oversigtartikler peger på udvikling af kombinationsbehandlinger (221;222).

Det vil sige en *BED*-behandling, der har til mål at overspisningsepisoderne ophører (reduceres), og at det fysiske helbred bedres ved en mindsket overvægt.

For patienter, der ikke har psykiatrisk co-

morbiditet kan selvhjælpsprogrammer være relevante, som 1.valgsintervention (182). Egentlige behandlingsmetoder har omfattet psykologisk behandling, livsstilsbehandling, farmakologisk behandling og forskellige kombinationsbehandlinger. Næsten al psykiatrisk/psykoterapeutisk behandling af *BED* har været ambulante, mens livsstilsprogrammer nogen steder foregår som ”døgnbehandling”. Nedenstående gennemgang refererer primært til ambulante behandlingsforløb.

#### 3.6.1 Psykoterapeutisk behandling

Historisk set udsprang den psykoterapeutiske *BED*-behandling af modificerede udgaver af kognitiv bulimibehandling. Ligesom bulimibehandlingen blev den gennemført i 3 faser over 19 sessioner – 1. fase: *Selv-registrering*. 2. fase: *Kognitiv restrukturering*. 3. fase: *Forebyggelse af recidiv* (213). Den kognitive terapi’s foci er, at normalisere kosten, reducere binge eating episoderne, korrigere uhenigtsmæssige tanker om krop, vægt og udseende og mindske eventuel psykiatrisk komorbiditet. Denne behandlingsform resulterede i, at 55% af patienterne havde effekt, herunder ophørte de med overspisningsepisoderne. Effekten holdt 1 år efter (223;224). IPT synes ikke at bidrage til yderligere bedring, hvis det tilbydes til patienter, der ikke responderer på KT. I stedet peges der på længereva-

rende eller individuelle behandlingsforløb.

Eksperimentel behandling af *BED* har klar effekt sammenlignet med venteliste-kontrolgrupper (24). Psykologisk specialbehandling af *BED* resulterer i færre overspisningsepisoder og mindre psykopatologi, men ikke i vægtreduktion. En enkelt kontrolleret undersøgelse af kognitiv terapi fandt dog, at den gruppe af patienter, der ophørte med overspisnings-episoder tabte sig mere end dem, der ikke nåede dette mål. Hvilket kan tyde på, at det er et meget vigtigt fokus for behandlingen, at overspisningsepisoderne ophører. (224). I en ret ny oversigtsartikel angives kognitiv terapi som ” the treatment of choice” (221). Effekten af kognitiv terapi er dokumenteret såvel individuelt som i gruppe. Det er den terapiform, der er flest erfaringer med, men IPT ser ud til at være lige så effektiv (24;151;225). Ovenstående erfaringer med manglende vægttab førte til, at den psykoterapeutiske behandling blev suppleret med livsstilsbehandling.

### 3.6.2 Livsstilsbehandling

#### *I forhold til fedme*

Grundidéen i fedmebehandling er at energiforbruget skal være større end det, man indtager. Behandling af de fleste (mildere grader) er konservativ – fx. undervisning, ændret spiseadfærd, motion

og kognitiv restrukturering. Ved større overvægt intensiveres behandlingen ofte med tættere kontroller, restriktiv diæt, medikamentel behandling eller ballonbehandling. I de mest alvorlige tilfælde kan kirurgisk behandling komme på tale.

Der er indikation for fedme behandling (13), hvis :

BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> eller

BMI  $\geq$  25 kg/ m<sup>2</sup>; alternativt at taljekreds  $\geq$  102 cm for mænd og  $\geq$  88 cm for kvinder

*samtidig* med forekomst af enten:

- (a) komplikationer til overvægt eller
- (b)  $\geq$  2 risikofaktorer for hjerte-kar-sygdomme og/eller diabetes

Patienternes motivationsstadiet har afgørende betydning for behandlingsresultatet af et vægtkontrolprogram. Jo mere patienterne er i *handlingsstadiet*, des flere sessioner møder de til og des større er deres vægttab ved behandlingens afslutning. (226). Målet for behandlingen afhænger af, hvor overvægtig patienten er. Ofte tilstræbes et vægttab på 1% af vægten pr. uge, men hvis chancerne for succes er minimale, kan forventningspresset have negative konsekvenser. Som udgangspunkt tilrådes en vægtreduktion på ca. 10% over 6 måneder (227;228).

Dette tilstræbes ved

1. en kost med reduceret energi (J) og fedt
2. gradvis øgning af fysisk aktivitet til min. 30-45 minutter om dagen

3. psykologisk adfærdsmodifikation
  - støtte til at demoraliserende vægtreducerende adfærd ophører
  - modifikation af tanken om at selvværd er knyttet til vægt

Når det fastsatte mål er nået, skal der tages stilling til, om patienten skal overgå til vedligeholdelsesbehandling, eller om der er brug for, og om patienten er motiveret for, yderligere vægtreduktion. (13;229).

Selv et mindre vægttab hos fede personer medfører bedring i stort set alle almindeligt anerkendte risikofaktorer for sukkersyge og hjerte-karsygdom (glukose, insulin, lipider, blodtryk etc.).

Fysisk aktivitet øger energiomsætningen og kan gennem negativ energibalace muliggøre forebyggelse af deponering af fedt i kroppens fedtvæv og fremmer vægttab ved samtidig kostomlægning. Desuden har fysisk aktivitet en positiv indvirkning på appetitregulering og insulinfølsomhed. Fysisk aktivitet har i sig selv en gunstig effekt på en lang række følgetilstande til svær overvægt, (fx type-2-diabetes, dyslipidæmi og forhøjet blodtryk). Effekten er størst, hvis øget fysisk aktivitet kombineres med nedsat energiindtagelse (13). Det er veldokumenteret, at slanke, vægtstabile personer har den laveste dødelighed, og at dødeligheden stiger med graden af overvægt. Der foreligger imidlertid endnu ikke randomiserede kliniske studier, som belyser hvor-

vidt vægttab hos svært overvægtige ned-sætter dødeligheden tilsvarende (13).

Der er klart dokumenterede gavnlige *korttidsvikninger* af vægttab, både med hensyn til psykisk og fysisk velbefindende, risikofaktorprofil og sygelighed. Den gavnlige virkning af vægttabet er særlig stor ved vægttab hos patienter, der allerede har udviklet eller viser tegn på udvikling af medicinske komplikationer til svær overvægt (13). En række befolkningsundersøgelser tyder imidlertid på, at overvægtige, der taber sig, har højere dødelighed pga. hjerte-/karsygdomme end overvægtige, vægtstabile personer. En række metodemæssige problemer i disse undersøgelser vanskeliggør imidlertid endtydige konklusioner. Tilsyneladende er risikoen ikke forbundet med tab af kroppens fedtvæv, men med tab af den magre legemsmasse (dvs. muskler og knogler). Vægttab opnået ved hjælp af en kombination af nedsat energiindtagelse og øget fysisk aktivitet resulterer i stabilisering eller øgning af kroppens magre legemsmasse (13)

Flere befolkningsundersøgelser har vist, at vægtsvingninger er forbundet med øget dødelighed og gentagne slankekurer (yo-yo-slankning) er tilsyneladende forbundet med øget helbredsrisiko. Der savnes imidlertid store, langvarige kliniske studier, som belyser dette problem (13) .

## *I forhold til BED*

Livsstilbehandling ved *BED* sigter både mod at bedre den fysiske sundhed og at reducere de tvangsmæssige overspisningsepisoder – et mål som er fælles med den psykoterapeutiske behandling. Følgende resumerer erfaringerne for livsstilsbehandling af *BED*.

Uanset om patienterne har *BED* eller ej, resulterer diætbehandling af fedme i vægttab. I undersøgelser publiceret før de nuværende diagnostiske forskningskriterier blev indført, fandt man, at der ikke var forskel på vægttabet hos fede med binge-eating og dem uden, men en tendens til at binge-eaterne hurtigere tog på igen (230;231). Vægttab og fald i binge eating episoder er størst, hvis livsstilsbehandling kombineres med kognitiv adfærdsterapi. Diæt og vægttab forværrer ikke binge eating episoderne hos patienter med *BED*, tværtimod får de færre overspisninger og bliver mindre depressive ved at deltage i vægtkontrol programmer (232). I en randomiseret undersøgelse af overvægtige patienter med *BED* blev effekten af vægtkontrolsbehandling sammenlignet med sekventiel behandling med KT og vægtkontrol samt en kombinationsbehandling af KT og desipramine. Slutresultatet var, at der ikke var nogen forskel på vægtændringen uanset behandlingen (233).

Regelmæssig motion og øget fysisk aktivitet er vigtige komponenter i ethvert

langtidsbehandlingsprogram for overvægt, og der er ikke forhold, der umiddelbart taler i mod at integrere det i *BED*-behandlingen (229). I en randomiseret undersøgelse af diæt og motion i fedmebehandling viste det sig, at patienter med *BED* ved behandlingens start var signifikant mere deprimerede og vejede mere end dem uden binge-eating. *BED* patienternes depressive forstemning lettede under behandlingen, så de efter 21 uger havde samme BDI-score som de øvrige. Vægttabet under den 48 uger lange behandling var signifikant størst hos *BED* patienterne både ved behandlingens afslutning og ved follow-up 1 år efter. Det konkluderes, at initial kropsvægt og *BED* forklarer 26% af vægtændringerne, og at patienter med *BED* formodentlig vil profitere af en kombineret intervention – diæt, ændret spiseadfærd uden overspisningsepisoder samt vægtkontrolprogram (234).

I en oversigtartikel om behandling af *BED* konkluderes det, at moderat diæt (1.200-1.500 kcal) kombineret med livsstilsbehandling *ikke* forværrer overspisningsproblemerne, men at behandling er lige så effektiv som KT til at reducere overspisningsepisoderne. Livsstilsbehandling anses for at have en plads i behandlingen af *BED* (151).

### **3.6.3 Farmakologisk behandling**

Behandling af *fedme* med SSRI præpara-

ter kan medføre vægttab. Der er gennemført enkelte randomiserede undersøgelser, og resultaterne tyder på, at SSRI præparater (fluoxetin og fluvoxamine) kan have en plads i fedmebehandling, hvis det gives i kombination med intensiv livsstil-behandling (232;235).

I en farmakologisk behandling af *BED* kan målsymptomerne, ligesom ved fedme, være vægttab, men har oftere været forstyrret spiseadfærd og psykologiske reaktioner som eksempelvis depression. Rationalet for behandling af *BED* med antidepressiva er, at *BED* tilsyneladende er tæt forbundet med depression, Bulimia Nervosa og tvangsmæssige adfærd. Først og fremmest er tricykliske antidepressiva og selektive serotonin re-uptake hæmmere blevet undersøgt, men i enkelte undersøgelser er behandling med appetitregulerende præparater og anticonvulsiva indgået. Der er endnu kun begrænset viden om effekten af farmakologiske behandling af *BED*, og den videnskabelige dokumentation er kun i mindre omfang baseret på randomiserede undersøgelser og follow-up studier. Et andet problem er, at DSM-IV forskningskriterierne ikke er anvendt i alle undersøgelserne. I en oversigtsartikel om antidepressivas placering i behandlingen af *BED* konkluderes det, at antidepressiva, især SSRI, antagelig har effekt på *BED* (235). Tricykliske antidepressiva og selektive serotonin re-uptakehæmmere kan på kort sigt reducere antallet af overspisninger hos 60- 90% af

patienterne, hvilket er højere end placeboeffekten. En nedgang i antallet af overspisningerne har sammenhæng med færre depressive symptomer. Langtidseffekten af psykofarmakologisk behandling er dårligt belyst, men de nuværende data tegner et billede med symptomforværring (relaps) ved seponering (236). Nedenstående resumerer de væsentligste undersøgelsesresultater.

Imipramin og naltrexone (opiatantagonist) har effekt på antallet af binge eating episoder, men ikke større effekt end placebo. Ingen af behandlingerne synes at påvirke vægten (237). Desipramine kan reducere hyppigheden af binge eating. I en placebokontrolleret undersøgelse opførte 60% af patienterne i desipraminbehandling med binge eating mod 15% i placebogruppen. Samtidig blev sultfølelsen mindre, mens vægt eller depression ikke ændredes. Patienterne havde imidlertid relaps allerede 4 uger efter seponering (238). På den anden side ser det ikke ud til, at der er nogen forskel på effekten af desimipramin og KT på binge eating (233).

I en randomiseret undersøgelse blev Fluoxetin 60 mg dagligt gennem 1 år sammenlignet med placebobehandling. Overvægtige patienter, både med og uden *BED*, fik ved adfærdskorrigerende behandling et signifikant større vægttab med Fluoxetin end placebo. Når behandlingen blev seponeret, steg vægten hyppigt igen (232). Fluvoxamin har i en



mindre pilotundersøgelse resulteret i vægttab hos patienter men binge eating (239) og sammenlignet med placebo ført til større reduktion af binge eating episoderne ved *BED* (235).

Kombinationsbehandling af psykologisk behandling og antidepressiva er sparsomt belyst. Kognitiv behandling kombineret med tricykliske antidepressiva reducerer ikke antallet af overspisninger væsentligt, men kan muligvis bidrage til vægttab i op til 6 måneder efter seponering (236). På samme måde har SSRI kombineret med livsstilsbehandling ført til større vægttab end SSRI alene i fedmebehandling af patienter med og uden binge-eating (236).

### 3.5.4 Langtidsfollow-up

Der er meget sparsom viden om behandlingseffekten på længere sigt. 68 kvinder med *BED* blev i en åben undersøgelse fulgt over over 6 år. Patienterne modtog multimodal (kognitiv-/adfærdsterapi, kostvejledning m.m) behandling under indlæggelse i gennemsnitlig 2½ måned. Vægtreduktion var ikke defineret som et behandlingsmål. Set over tid var der et både klinisk og statistisk signifikant positivt behandlingsresultat. Resultatet var bedst ved behandlingens afslutning. Der var en svag ikke signifikant forværring frem til 3 års follow-up og derefter var situationen stabil vurderet ved 6 års follow-up. På dette tidspunkt var behandlingsresultatet globalt set godt hos ca. 58%, del-

vist godt hos ca. 35 % og dårligt hos 6 %. Hovedparten havde i følge DSM-IV ikke længere en spiseforstyrrelsesdiagnose. 5,9 % havde fortsat *BED*, 7,4% havde nu *BN* og yderligere 7,4% en atypisk spiseforstyrrelse. Patienterne var ikke blevet symptomfri, selv om de ikke længere havde en DSM-IV diagnose. Over 25% var fortsat fede (BMI > 30) og i vekslende omfang var de bl.a. i patologisk grad depressive, angste, overspisende og bekymret for spisning og vægt (240).

### 3.5.5 Den kliniske hverdag

Patienter med *BED* slås både med problemer omkring deres spisning, vægt og kropsopfattelse, ligesom der er betydelig ambivalens og motivationsproblemer. Motivationen for at ændre den tvangsmæssige overspisning og få bearbejdet psykologiske problemstillinger er ofte høj, mens motivationen for vægttab via ændret livsstil er meget svingende, og hos en del slet ikke tilstede, når de søger behandling. Både patientens spisevaner og -adfærd, motivationsstadiet, samtidig psykopatologi, grad af overvægt, somatiske risikofaktorer og komplikationer til overvægt og fysisk aktivitetsniveau må indgå i de overvejelserne, der går forud for behandlingsvalg.

Set fra et sundhedsfagligt perspektiv, er målet, at patienterne bliver hjulpet med såvel deres spiseforstyrrelse som den sundhedsskadelige overvægt. Også inter-

nationalt anerkendte behandlingscentre for spiseforstyrrelser mener, at det primære mål for *BED*-behandling er, at overspisningsepisoderne bringes til ophør, samtidig med/sekundært at vægten reduceres (221-223).

Hvad den bedste behandling er til patienter med både *BED* og fedme vides ikke med sikkerhed (24). Hverken psykologisk behandling, farmakologisk behandling eller livsstilsbehandling er i sig selv tilstrækkelige til at opnå ovennævnte mål. Patienterne taber sig stort set ikke, hvis behandlingen alene er psykologisk. Omvendt resulterer almindelige vægtkontrol programmer i, at overvægtige *BED*-patienter taber sig i vægt, men at der stadig er betydelig psykisk lidelse og specifikke spiseforstyrrelsesproblemer tilstede. I erkendelse af at ingen af de nævnte behandlingsmetoder er tilstrækkelige, og i håbet om at en integreret behandlingsmodel vil have synergistisk effekt, arbejdes der flere steder på at udvikle kombinerede behandlingsprogrammer (185;222;223). På Stanford anvendes en sekventiel behandlingsmodel, der består af 12 uger med psykoterapi gruppe (KT) efterfulgt af et 24 ugers vægtreducerende gruppeprogram (LEARN: lifestyle, exercise, attitudes, relationships, nutrition) (223). Samtidig fokusering på begge behandlingsmål praktiseres på the New York State Psychiatric Institute. Den psykoterapeutiske behandling er kognitiv, og vægttab søges opnået via sundere livsstil

og større selv-accept (222). Begge behandlingscentre melder om lovende resultater.

De foreløbige erfaringer viser, at *BED* med samtidig overvægt kræver langvarig og integreret intervention. Arbejdsgruppen mener, at behandlingen bør omfatte både et psykoterapeutisk spor rettet mod de psykologiske problemstillinger og et livsstilspor, der søger at reducere overvægten til et stabilt lavere niveau –i udgangspunktet fx med 10%. Psykoterapeutisk behandling individuelt eller i gruppe bør være hovedhjørnestenen i behandlingen af *BED*. Den psykoterapeutiske behandlingen bør så vidt muligt suppleres med livsstilsbehandling fx. psykoedukation, kostvejledning, motionsprogram, symptom- og vægtkontrol. Der er *ikke* evidens for, at vægtregimer forværrer overspisningsepisoderne - tværtimod. Moderat diæt kan overvejes som en del af behandlingskonceptet, mens streng diæt må frarådes. (221). For at fastholde de opnåede resultater, som er tæt forbundet med livsstilsændringer, er det oplagt at inddrage familien i behandlingsforløbet. Psykoedukation om spiseforstyrrelsen, sund kost, sunde madvaner, fedmes betydning for helbredet, fysisk aktivitet er relevant for såvel patienten som dennes familie. En integreret fase-opdelt behandling kan fx. omfatte:

1. fase: fokus på motivering, spisesymptomkontrol og planlægning af livsstilsbehandling
2. fase:
  - a: psykologisk behandling – fokus på forståelse for sammenhæng mellem psykologiske problemstillinger og spiseadfærd, samt ændring af uhensigtsmæssige mønstre
  - b: livsstilsændringer – fokus på kost, motion og vægt
3. fase: vedligeholdelse/fortsætte positiv udvikling – fokus på tilbagefaldsprofylakse.

Der kan ikke udstikkes klare retningslinier for medikamentel behandling, men som eneste intervention ved *BED* kan det *ikke* anbefales. Hvis medikamentel behandling anvendes, skal det være i kombination med psykologisk behandling og/eller livsstilsbehandling. Medikamentel behandling ved *BED* må baseres på et klinisk skøn. Det må overvejes at anvende SSRI præparater i høj dosering, hvis:

- der ikke er relativ hurtig reduktion af overspisninger ved livsstils- og/eller psykologisk behandling
- der er tilbagefald af overspisninger
- der er fremtrædende depressiv symptomatologi
- der på intensiv psykologisk behandling og/eller livsstilsbehandling er en uændret sundhedsskadelig fedme

En farmakologisk behandling kan være medvirkende til, at patienten begynder at tro på, at forandring er mulig og bidrage til at fastholde eller forbedre de resultater, der er opnået. Men det kan ikke udelukkes, at det også kan have den modsatte effekt – at dæmpe patientens tro på sin egen evne til kontrol.

Hvis der samtidig med *BED* er en sundhedsskadelig/behandlingskrævende fedme, kan andre former for medikamentel behandling være relevant hos den motiverede patient, som ikke har responderet på vanlig fedmebehandling med livsstilsændringer i forhold til kost og motion. (se rekommandationerne fra Dansk Task Force on Obesity (13)).

Ballon- eller kirurgisk behandling af fedmen bør kun tilbydes patienter, der ikke længere har overspisningsepisoder.

### *Anbefaling*

Behandlingen af *BED* kræver højt specialiseret, tværfagligt personale, og behandlingen vil i langt de fleste tilfælde skulle udstrækkes over lang tid for at forebygge tilbagefald. Behandlingen vil næsten altid være ambulant, med mindre komorbiditet gør indlæggelse nødvendig. Det er fortsat nødvendigt med undersøgelser, der kan belyse, hvilke behandlingsformer der er de mest effektive ved *BED* – herunder også at få identificeret de undergrupper, som har brug for speciel behandling (151). På nuværende tids-

punkt må en kombineret behandling anbefales, hvor psykoterapi går hånd i hånd med livsstilsbehandling. Antidepressiva bør ikke anvendes som eneste behandlingsmetode, men kan i visse situationer overvejes som supplement til det øvrige behandlingsprogram.

**Sammenfatning vedrørende behandling af BED**

**Behandling af BED er fortsat tentativ. De foreløbige erfaringer viser at BED med samtidig adipositas kræver langvarig og integreret intervention. Det anbefales at gøre behandlingen 2-sporet – psykoterapi kombineret med livsstilsbehandling fx psykoedukation, kostvejledning, motionsprogram, symptom- og vægtkontrol. Moderat diæt kan overvejes som en del af behandlingskonceptet.**

### 3.7 Tvangsbehandling

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse er mulig iflg. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven). Paragraf 5 siger, at frihedsberøvelse kan foretages, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse i givet fald vil være væsentlig forringet eller den pågældende vil frembyde nærliggende fare for sig selv eller andre. I bemærkningerne til loven er *AN* med svær afkræftelse og mulig livsfare til følge specifikt nævnt som en tilstand, der kan sidestilles med en psykotisk tilstand. Tvangsbehandling kan kun anvendes overfor personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Tvangsbehandling skal besluttes af den psykiatriske overlæge, der samtidig træffer bestemmelse om, i hvilket omfang der, om fornødent, kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse.

*AN* og evt. komplikationer til sulttilstanden er defineret som en psykiatrisk sygdom, og behandlingen heraf (opernæring) er retsligt at betragte som psykiatrisk be-

handling, hvor psykiatriloven gælder.

Hvis tidligere behandlingsforløb er mislykkedes kan tvangstilbageholdelse og behandling ske, indtil patienten har opnået normal vægt, dvs. man kan videreføre tvangsbehandlingen, når den umiddelbare fysiske fare er overstået. Det skyldes, at *AN* ikke er færdigbehandlet, før vægten er normaliseret, idet behandlingsophør på et tidligere tidspunkt medfører risiko for tilbagefald, som forringer udsigten til helbredelse væsentligt, eller frembyder fare for patientens liv.

Ifølge psykiatriloven kan patienten klage over beslutningen til Patientklagenævnet og patienten har krav på en patientrådgiver, som en udefra kommende støtte og vejleder.

De etiske aspekter ved en tvangsindlæggelse og en eventuel tvangsbehandling bliver tit uklare. Patienternes oftest udtalte ambivalens overfor sygdom og behandling medfører, at de modsætter sig dele af behandlingen, og de accepterer behandlingen under en lang række forbehold og forudsætninger, som er svære at opfylde. Det må naturligvis indgå i overvejelserne, at en længerevarende, helbredende behandling af *AN* forudsætter en behandlingsalliance med patienten. Der har således været udtrykt bekymring for, om en behandlingsalliance kan opnås efter tvangsbehandling. Hvis man efter en

diskussion med en rådvild og eventuelt kognitivt påvirket patient ikke kan få accept af behandling, er der næppe grund til at være bekymret for den kommende behandlingsalliance. Tværtimod er prognosen for disse patienter lige så god, som hos patienter, som ikke tvangsbehandles, og patienterne er ofte senere taknemmelige for, at man har taget omsorg for dem på et tidspunkt, hvor de ikke selv magtede det.

Faresignaler der betyder, at tvangsindlæggelse bør overvejes:

- Ekstrem lav vægt, dvs. BMI under ca. 12-15 kg/m<sup>2</sup>,
- Hypokaliæmi under ca. 2,5 mmol/l,
- Systolisk BT under 70-80 mmHg,
- Puls under 40-50/min,
- Besvimelsestilfælde
- Cerebral påvirkning
- Suicidalfare.

### 3.7.1 Tvangsindlæggelse af børn og unge

I langt de fleste tilfælde er forældrene indstillede på eller kan motiveres for indlæggelse af barnet, når der er indikation herfor. Når forældrene har taget en fast beslutning, accepterer barnet oftest denne og falder til ro trods voldsom protest kort forinden.

I de tilfælde, hvor barnet fastholder ikke at ville indlægges, bør man nøje overveje, om man skal anvende lov om forældre-

myndighed og samvær (dvs. forældrene bestemmer for barnet) eller psykiatriloven (selvom forældrene ønsker barnet indlagt). Såfremt det er forældrene, der ikke ønsker barnet indlagt, går overvejelserne på, om det er lov om social sevice eller psykiatriloven, der skal anvendes. Der vil være tale om en afvejning i forhold til barnets alder, fysiske og psykiske tilstand (herunder om barnet opfylder betingelserne for anvendelse af tvang efter psykiatriloven) samt relationen til forældre.

Der er således på dette område 3 love om børn og unges retsstilling:

#### 1. **Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.**

Her gælder de samme bestemmelser som for voksne. Psykiatriloven kan tages i anvendelse, når de i loven beskrevne betingelser er opfyldt.

#### 2. **Lov om forældremyndighed og samvær**

Denne fastslår, at børn og unge under 18 år er under forældremyndighed, med mindre de har indgået ægteskab. Dog har børn over 15 år ret til selv at give informeret samtykke til undersøgelse og behandling, såfremt de er i stand til at indgå i et læge-patientforhold. Børn mellem 12 og 15 år skal høres.

3.  **Lov om social service.** I § 44 ( læ-  
gelig undersøgelse og behandling  
uden samtykke) er der skabt mulig-  
hed for, at et barn, som har en livs-  
truende sygdom eller en sygdom,  
som udsætter barnet for betydelig og  
varig nedsat funktionsevne, kan sik-  
res undersøgelse og behandling uan-  
set forældrene modsætter sig dette. I  
den forbindelse skal socialforvalt-  
ningen straks underrettes iht. service-  
lovens §§ 35+36 for at iværksætte §  
44.

Tvangsindlæggelse og tvangsbehandling  
kan kun ske i henhold til psykiatriloven.



## 3.8 Særlige patientgrupper

### 3.8.1 Mænd og drenge

Der er en markant lavere forekomst af spiseforstyrrelser blandt drenge og mænd end blandt piger og kvinder, idet kun ca. 10 % af registrerede spiseforstyrrede patienter\* er mænd eller drenge. I Nordamerika registreres der dog flere mænd med bulimi end kvinder med anorexi, hvilket viser, at spiseforstyrrelser hos mænd ikke er meget sjældne. Der er risiko for underdiagnosticering af mænd, fordi spiseforstyrrelser generelt opfattes som en kvindelidelse og sammenkobles med kvinder og kvindelighed. Den tiltagende æstetisering af også mandens krop gør måske mænd mere sårbare for spiseforstyrrelser. Den sociokulturelle overvejelse tager udgangspunkt i det faktum, at det mandlige kropsideal er afgørende forskelligt fra det kvindelige i de moderne vestlige kulturer. Her er mandens kropsideal atletisk, V formet og muskuløst, og kvindens slankt og barnligt. Det vedtagne kropsideal formidles i ugepressen kønsspecifikt til mænd og kvinder, slankhed formidles i dameblade og muskelmasse formidles i blade for mænd.

I befolkningsundersøgelser har det vist sig, at mænd især slanker sig via motion

og kvinder især via diæt, ligesom kun mænd i disse undersøgelser har et ønske om at øge deres vægt (241). Mænd er ofte mere optaget af at få store muskler og komme i form end af at blive tynde, og ofte bruger de ekstrem fysisk træning som slankemetode sammen med proteinrig og kaloriefattig kost (242;243). En særlig risikoadfærd hos mænd ses netop at være overdreven træning indenfor professionel sport, hestesport (lav vægt hos jockeyen), dans og bodybuilding.

Det der bringer en spiseforstyrret person i behandling er ofte en meget lav vægt, og det er ikke nødvendigvis fremtrædende hos mænd, der motionerer og søger at opbygge muskelmasse.

Hvis træningsprogrammet har en tvangsmæssig, rituel karakter og er ledsaget af overdreven bekymring om udseende og kondition, kan der være tale om en spiseforstyrrelse (evt. med diagnosen atypisk spiseforstyrrelse hvis der ikke er tilstrækkeligt vægttab til diagnosen *AN*).

Psykiatrisk har man tidligere haft den antagelse, at drenge og mænd, der udviklede svære spiseforstyrrelser også havde en psykopatologi, der var sværere end den, man så hos kvinderne.

De mænd med bulimi, der henvises til tertiær behandling, synes at have flere komorbide problemer med misbrug og personlighedsforstyrrelser end de henviste kvinder (6). Homoseksuelle er overrepræsenterede i undersøgelser af

---

\* Det gælder ikke for BED hvor andelen af mænd er større

spiseforstyrrede mænd.

Klinisk fremtræder spiseforstyrrelser i øvrigt ens hos mænd og kvinder, og det diagnostiske system dækker begge køn. De diagnostiske kriterier (ICD-10) nævner specifikt symptomer hos mænd som “ tab af sexuel interesse og potens”.

De forskningsresultater, der findes om behandlingseffekt m.v., vedrører kvinder. Det danske spørgeskemainstrument til undersøgelse af forekomst af risikofaktorer for spiseforstyrrelser er eksempelvis kun gyldigt for kvinder, fordi spørgsmålene rammer et kvindeunivers men ikke opfanger spiseforstyrrede mænds måder at tænke på (4).

Den forskning, der retter sig mod betydningen af terapeutens køn, når det gælder spiseforstyrrelser, peger på, at en terapeut af samme køn giver patienten større tryghed og dermed som udgangspunkt en større motivation for en terapeutisk alliance. Mænd bør derfor tilbydes mandlige terapeuter.

Køn synes ikke at påvirke outcome.

### **3.8.2 Graviditet – mor og barn efter fødslen**

Gravide kvinder med spiseforstyrrelser er en alvorlig medicinsk udfordring. Både mor og barn har øget risiko.

Graviditet, fødsel og moderskab betyder for enhver kvinde en eksistentiel udfordring og udvikling af det personligheds-

mæssige spektrum: køn, seksualitet, krop, identitet, afhængighed /selvstændighed, nærhed/adskillelse, selvværd. Da disse emner samtidig er konfliktemner hos kvinden med spiseforstyrrelser, kan moderskabet give anledning til opblussen eller forværring af sygdommen med alvorlige følger for mor, mor-barn relation, barnets fysiske trivsel og psykiske udvikling.

Men graviditet kan også blive et vigtigt skridt mod større sundhed.

#### *Graviditet*

Den præcise prævalens og incidens af spiseforstyrrelser hos gravide er ikke kendt, men hovedparten af kvinderne debuterer med spiseforstyrrelse inden graviditeten. Er en sygdomsperiode overstået inden graviditeten, kan kvinden måske opfattes som rask ved graviditetens indtræden. Andre bliver gravide under en aktiv sygdomsperiode, mens et mindretal debuterer med en spiseforstyrrelse i forbindelse med graviditet, fødsel eller tiden efter (244). De, der har haft en spiseforstyrrelse, har risiko for at få recidiv efter fødslen.

Neurohormonale forstyrrelser med menstruationsforstyrrelser eller udebleven menstruation bidrager til, at fertiliteten hos kvinder med spiseforstyrrelser er nedsat. Undersøgelse af populationen af infertile kvinder har vist en øget hyppighed af overdrevet optagede krop og vægt, vægt i underkanten samt øget hyp-

pighed af spiseforstyrrelser (245).

Teknologisk fremgang i behandlingen af barnløshed kan påvirke kvaliteten af udredningen af årsagen. Graviditet hos den spiseforstyrrede kan indtræde enten spontant eller efter ovulationsstimulation, uden at behandleren har været opmærksom på årsagen til barnløsheden.

Konstatering af graviditet kan forekomme forsinket, da subjektive graviditetstegn og udebleven menstruation samtidig kan være sygdomssymptomer. En del undersøgelser vedrørende forløbet af sygdommen under graviditet har berettet om bedring af symptomer, især for bulimi (246;247). Symptomerne kan dog vende tilbage efter fødslen, måske endda med mere udtalt kraft. Symptomerne kan forblive uændrede eller endda forværres under graviditeten og efter fødslen. Graviditetskomplikationer er mangelfuld vægtøgning, hyperemesis, misbrug af diuretika og laksantia, overdreven motion med langsom fosterhertelyd til følge. Gravide spiseforstyrrede har en øget risiko for spontan abort, fosterdød, for tidlig fødsel, kompliceret fødsel, lav fødselsvægt, misdannelser og lav APGAR score.

#### *Den psykologiske dimension*

En graviditet er både en kropslig og en psykologisk forvandling. Ansvar for det nye liv er en ny form for alvor, og man har ikke længere kun sig selv at tænke på. Kropsopfattelsen kan ændre sig til det bedre, således at graviditeten bryder spi-

seforstyrrelsen. Ligesom hos kvinder med andre psykiske lidelser kan moderen under graviditeten ses at tillægge barnet en helbredende eller lindrende rolle i forbindelse med egne vanskeligheder. Barnet kan være årsag, motivation og undskyldning for, at moderen begynder at spise og at få håb om at blive rask, samt at hun får håb om at omgivelserne ændrer holdning til hende på grund af barnet.

Samtidig er de fleste kvinder bekymrede over muligheden for, at fosteret kan lide fysisk overlast, og at barnet kan overtage moderens vægt- og spiseproblemer eller på anden måde blive påvirket i sin udvikling (246;247). Nogle mødre udtrykker angst for vanskeligheder med at tage vare på et lille barn, og de fleste kan ikke blive fri for en angst for at miste kontrol over egen vægt og er forsat optaget af kroppen og kosten, også under graviditeten.

#### *Foster- og fødselsvægt*

Barnets vægt er en vigtig parameter ved effektmåling af den prænatale omsorg for barnet. Den gravides ernæringstilstand og ernæringsvaner bidrager væsentligt til barnets fødselsvægt. Lav vægt er en risikofaktor for det nyfødte barns fysiske og psykiske udvikling samt dets relation til forældrene. Det er især børn af anorektiske mødre, der har risiko for en lav fødselsvægt. Risikoen stiger 2-3 gange for en mor med et BMI under 19 ved graviditetens indtræden i forhold til en normalvægtig mor. En dansk undersøgelse har

vist, at anorektiske mødre føder dobbelt så mange børn med fødselsvægt <2500 g (14,4%) som baggrundsmødre (6,8%) (248). En undersøgelse af en gruppe børn med fødselsvægt < 2500 g viste et signifikant højere antal børn af mødre med spiseforstyrrelser (249). I andre undersøgelser, hvor mødre med bulimi er i flertal, ses ikke samme korrelation mellem fødselsvægt og spiseforstyrrelse (246;247;250).

#### *Den perinatale periode*

En dansk undersøgelse har vist en seks gange øget perinatal mortalitet for børn af anorektiske mødre samt en dobbelt så høj risiko for præmatur fødsel (248). Endvidere er der enkelte beretninger om fødselskomplikationer (lav APGAR score) og medfødte misdannelser. Men andre undersøgelser har vist, at trods lav fødselsvægt er disse børn velkøbte og født til tiden. Der er dog meget få undersøgelser på området.

#### *Barnets fysiske trivsel*

Det er en generel opfattelse, at børn af mødre med spiseforstyrrelser har en øget risiko for fysiske trivselsproblemer. Spædbørn af mødre med spiseforstyrrelser er fundet at have lavere vægt, også trods normal fødselsvægt, end børn af raske mødre og mødre med depressive lidelser (251). Barnets vægt var omvendt proportional med mængden af konflikter under måltidet og graden af moderens op-

tagethed af kroppen. Andre undersøgelser har bekræftet børnenes risiko for dårlig trivsel og vækstretardering hos op til 32%, især hos piger af anorektiske mødre (252;253). En del børn lider af *failure to thrive*, en alvorlig spiseforstyrrelse i barndommen kombineret med vækstretardering og ofte andre udviklingsvanskeligheder og vækstforstyrrelser på grund af både underernæring og psykosocial deprivation (248;254).

#### *Amning*

Kvinder med spiseforstyrrelser kan gennemføre amning. Restriktioner i kosten hos moderen kan føre til nedsat mælkeproduktion, mens kvaliteten og mængden af næringsstoffer forbliver uændret. Generelt opleves amningen som mindre succesfuld og vælges ofte fra (248). Valg eller fravalg af amning synes korreleret til moderens kropsbillede og graden af mor-barn tilknytning. Det kan være svært at forene ønsket om egen vægtkontrol med barnets behov for næring og tilfredsstillelse af sult.

#### *Barnets psykiske trivsel*

Børn af mødre med spiseforstyrrelser har, ligesom børn af andre psykisk syge, øget risiko for at udvikle psykiske forstyrrelser i barndommen og øget risiko for psykiske lidelser som unge og voksne. Børnene kan blive direkte involveret i moderens spiseforstyrrelser. Der er beskrevet eksempler på underernærede

børn, der i ekstrem grad tilpassede sig deres mødre for at undgå deres vrede (252). Børnene er beskrevet at sulte sig selv, undgå fødeemner, som moderen ikke ville acceptere, deltage i madorgier eller tilpasse sig fuldstændig til moderens anorektiske livsstil – ”Anorexia a Deux”, eller overtage/blive påført moderens symptomer (78;255).

Det eksisterende misforhold mellem barnets udviklingsbehov og moderens patologiske ønske om kontrol fører til konflikter, spise- og trivselsproblemer, vanskeligheder med at skelne egne behov fra moderens. Mens nogle børn må acceptere mad i stedet for kontakt og derved bliver overvægtige, lider andre af *failure to thrive* eller følelsesmæssig deprivation.

#### *Mor-barn relation*

Spisesituationer fylder meget i mor-spædbarn samvær og er nærende for mor-barn relationen. Udover tilfredsstillelse af sultbehovet handler det også om tryk fysisk og psykisk kontakt mellem mor og barn. Videoptagelser af spiseforstyrrede mødre og deres børn har vist mødrenes manglende opmærksomhed og forståelse for barnets signaler og behov. Mødrenes bidrag til samspil viste også, at de ofte misbruger maden til andre formål, som belønning eller beroligelse, og er mindre omhyggelige med strukturering af måltider i løbet af dagen.

Patogenesen for barnets dårlige fysiske og psykiske trivsel samt forstyrrede mor-

barn relation er ikke entydigt klare, men følgende er i litteraturen nævnt som mulig forklaring:

1. *Moderens psykopatologi* overføres direkte til barnet fx ved at moderen fejlbedømmer barnets størrelse og vægt og udtrykker ønske om et tyndere barn. Moderen kan forsøge at opnå det ved at fortynde barnets mad, forhale introduktion af fast føde (252) etc. Andre undersøgelser afkræfter den direkte overførsel af psykopatologi (251).
2. *Forældrerollemodel*. Den direkte forældre-rollemodel, som moderen udgør under barnets udvikling, er forstyrret (251).
3. *Forældrefunktion*. Mødrenes mangelfulde opfattelsesevne og opmærksomhed i forhold til børnenes signaler og behov, vanskeligheder med tolkning og besvarelse af barnets behov og krav, påvirker gennemgribende deres forældrestil og funktion, der nemt bliver præget af kritik, konflikter, afvisning af barnets fysiske og psykiske behov. Mødre med bulimi har berettet om, hvordan de under bulimiepisoder er ekstremt optaget af maden og opkastningerne, og derved overser og bagatelliserer børnene. Mødrene bliver irritable, vrede, afvisende og kan finde på at slå og lukke børnene inde (247;256). Mødrene kan opleve at have store

vanskeligheder i forældrerollen og at mangle evnen til at opfylde barnets behov og krav. Misforhold mellem barnets udviklingsmæssige behov for autonomi og adskillelse og moderens behov for kontrol kan føre til konflikter i spisesituationerne med spiseforstyrrelser og dårlig trivsel til følge (257).

#### *Konklusion og anbefalinger*

Ved infertilitetsudredning skal det erindres, at en spiseforstyrrelse kan være en medvirkende årsag. Kvinder med infertilitet som følge af en spiseforstyrrelse bør aldrig behandles for infertilitet men for den til grund liggende spiseforstyrrelse. Ved graviditetskontrol er der brug for mere opmærksomhed over for gravide med lav habituel vægt og evt. sparsom vægtøgning, idet det kan dække over en spiseforstyrrelse. Ligeledes skal der være øget opmærksomhed på, om hyppige opkastninger kan være provokerede opkastninger.

Kvinder med spiseforstyrrelse, især kvinder med anoreksi, bør udskyde graviditeten til de har opnået tilfredsstillende og stabil vægtøgning samt psykisk stabilitet. Har den gravide kvinde en kendt spiseforstyrrelse bør der være et samarbejde mellem hospitalssektor, primærsektor og socialvæsen. Samarbejdet skal helst etableres under graviditeten, men ellers så tidligt som muligt. Ligeledes er den terapeutiske alliance med familien vigtig. En

tilfredsstillende behandling af moderens spiseforstyrrelse og sygdomsindsigt og samarbejdsevne hos moderen, er en betingelse for at behandlingsindsatsen i forhold til barnet, mor-barn forholdet og hele familien lykkes.

Tilbud om mor-barn relationsbehandling omfatter psykoedukation (Det vil sige oplysning om moderens sygdom, de fysiologiske forhold under graviditeten og fødeindtagelsens betydning herfor samt undervisning i barnets fysiologiske og psykologiske udvikling) dette har til formål at få moderen til at indse hendes adfærdsbetydning for barnets trivsel.

### **3.8.3 Diabetes**

#### *Diabetes type I*

AN er ikke hyppigere blandt patienter med diabetes end i den øvrige befolkning, men forekomsten af *atypiske spiseforstyrrelser* er øget hos patienter med diabetes (258-262). Endelig synes patienter med samtidig diabetes og spiseforstyrrelser at have alvorligere psykopatologi (263).

Patienter med samtidig anoreksi og type-1 (insulinkrævende) diabetes har øget mortalitet (264).

Reduktion af insulindosis eller pausering med insulinbehandlingen anvendes af nogle patienter som middel til at opnå vægttab. Dette medfører selvsagt dårlig glycemisk kontrol, risiko for ketoacidose og øget risiko for sendiabetiske kompli-

kationer. Behandlingen af patienter med samtidig diabetes og spiseforstyrrelser stiller således store krav til samarbejdet mellem psykiater og endokrinolog/pædiater.

Langsomt virkende insulin morgen og aften giver færrest følinger, og samtidig vil få doseringer betyde, at patienten stilles overfor færrest mulige valgsituationer, hvor hun har mulighed for at fravælge insulin eller at reducere dosis. Et blodsukker på mellem 10 og 20 mmol/l vil ofte være målet.

#### *Overvægt og diabetes type II*

Overvægtige personers slankekur disponerer til overspisning. Overspisningen forværrer oftest overvægten og giver øget insulinresistens og højere blodsukker-værdier. Med den verdensomspændende fedme epidemi er også hyppigheden af type II diabetes kraftigt øget, og type II diabetes ses nu hos unge overvægtige, hvor det tidligere var en ”gammelmands sygdom” (265;266). Unge udtalt overvægtige med type II diabetes har ikke sjældent *BED*.

Ved behov for medikamentel behandling for sukkersygen bør patienterne have metformin, som er appetitdæpende.

Hvis insulinbehandling bliver nødvendig anbefales en kombinationsbehandling med metformin til måltiderne og insulin om aftenen, for at kontrollere blodsukkeret og samtidig undgå yderligere vægtøgning som følge af insulins appetitstimule-

rende virkning.

#### **3.8.4 Overgreb under opvæksten**

Seksuelle overgreb er knyttet til øget psykopatologi, herunder posttraumatisk stressreaktion, depression, angst, søvnforstyrrelser, seksuelle problemer, personlighedsforstyrrelser, misbrug, anden selvdestruktiv adfærd og spiseforstyrrelser (267).

Der er en sammenhæng mellem seksuelle overgreb i barndommen og forekomst af spiseforstyrrelser. Både seksuelle, fysiske og psykologiske overgreb i barndommen er en uspecifik risikofaktor for udvikling af *BED* og *BN* og *AN* af bulimisk type. Forekomsten af seksuelle overgreb er stærkere korreleret til overspisningsepisoder og opkastninger end til restriktive anorektiske symptomer.

At man har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen har formodentlig ikke i sig selv betydning for, hvor alvorlig en senere spiseforstyrrelse bliver. Visse resultater tyder på, at åbenhed omkring misbruget reducerer risikoen for at udvikle bulimisk adfærd.

Spiseforstyrrede patienter med seksuelle overgreb i anamnesen har større grad af psykiatrisk komorbiditet end patienter, der ikke blev misbrugt som børn. Der er ganske få undersøgelser, der belyser den prognostiske betydningen af seksuelle overgreb i forhold til spiseforstyrrelses-

behandling. De foreliggende data kunne tyde på, at det forværrer prognosen.

I behandling af spiseforstyrrelser bør der også fokuseres på eventuelle seksuelle overgreb, dels for at bedre compliance, dels for at støtte stabilitet omkring spiseforstyrrelsessymptomerne og forebygge tilbagefald. Det vil være naturligt i terapien at undersøge sammenhængen mellem spiseforstyrrelsessymptomerne og det seksuelle misbrug. Typiske temaer i terapien vil være magt og kontrol, grænsesætning, skam og skyld, isolation, tab og problemløsningsstrategier. Der kan ikke peges på en terapeutisk metode frem for en anden. Såvel kognitive, som containende, følelsesgenerende og problemløsende metoder kan være effektive.

### 3.8.6 Eliteidrætsudøvere

Spiseforstyrrelser er hyppigere blandt eliteidrætsudøvere end blandt andre i samme alder. Især rammes idrætsudøvere indenfor de æstetiske sportsgrene som gymnastik, ballet og skøjteløb (268).

Overoptagethed af slankhed i miljøet og præstationsangst kan være disponerende for utilfredshed med kroppen blandt især kvindelige sportsudøvere. Men spiseforstyrrelser rammer også mænd indenfor sportsverdenen bl.a. i sportsgrene med vægtklasser.

Forældre og trænere kan i deres forsøg på at presse de unge til bedre præstationer opmuntre til vægtregulering og spisefor-

styrrelser (269). Læger, der arbejder indenfor elitesporten, bør være opmærksomme på tidlige tegn på spiseforstyrrelser. Fx kan simple screeningsspørgsmål anvendes. Det bør aldrig negligeres, hvis en kvindelig sportsudøver ophører med at have menstruation, og det kan ikke accepteres som et normalt midlertidigt fænomen indenfor den pågældende sportsgren. Ekstrem fysisk aktivitet er en risikofaktor for AN, især hvis der samtidig vægtreguleres.

”Aktivitetsanoreksi” er kendt fra dyremodeller. Den kvindelige atlet triade er: spiseforstyrrelser, amenoré og osteoporose (270).

### Langvarigt syge

En del patienter med AN må leve med deres sygdom i mange år. Efterhånden kan sygdommen føre til alvorlige handicap og medicinske komplikationer. Osteoporose med frakturer, nyresvigt og neurologiske problemer er almindelige, ligesom fordøjelsesproblemer og mavesmerter. Psykologiske problemer er især depression og tvangstilstande. Patienterne lever ofte alene og socialt isolerede. De er ikke sjældent svært forpinte og kæmper en daglig kamp med at opretholde en vis fødeindtagelse. De fremstår ældede i en ung alder, og deres askese fratager dem de mest basale fornøjelser i livet. Undertiden er de succesrige arbejdsmæssigt, og deres ambitioner og perfektionisme kan finde positiv anvendelse. Psykiatrisk og somatisk omsorg for disse patienter kan redu-



cere medicinske komplikationer og øge deres livskvalitet, men forudsætter særligt kendskab til deres udtalte ambivalens overfor deres sygdom.

### **3.8.8. Anoreksia nervosa opstået efter alvorlig somatisk sygdom**

Kliniske erfaringer tyder på, at vægttab af en vis størrelse kan udløse en anorektisk udvikling, og anoreksi kan opstå i forbindelse med en lang række alvorlige, somatiske sygdomme.

I første omgang vil det vise sig som en vis modstand hos patienten mod at spise efter den somatiske sygdom er bedret, og patienten vil have påfaldende svært ved at komme op i vægt. En tidlig indsats med henblik på at hjælpe patienten i gang med spisningen, kombineret med en ofte kortvarig psykoterapeutisk indsats vil som regel få lidelsen til at forsvinde.

## 4. Organisation

### 4.1 Krav til behandlingssystemet når det gælder spiseforstyrrelser

En række forhold ved spiseforstyrrelser stiller særlige krav til behandlingens organisation.

#### *Tidlig intervention*

Da patienterne ikke altid selv søger behandling (pga. ringe sygdomsindsigt og behandlingsmotivation) men skal tilskyndes af andre, er viden om sygdommene i befolkningen og ikke mindst hos voksne omkring børn og unge vigtig. Meget tyder på, at tidlig behandling beforder et mere gunstigt forløb og bedre helbredelse end senere intervention. Opsporing vil bl.a. skulle ske i skolerne, og den kommunale sundhedstjenestes sundhedsplejersker og læger har her en vigtig rolle. De alment praktiserende læger, som ofte foretager den primære diagnostik og henvisning (gatekeeperfunktion), bør være velinformerede om de lokale behandlingsmuligheder og visitationsinstanser. I sundhedsstyrelsens pjecer om spiseforstyrrelser (5) er der anvisninger på, hvordan andre vigtige faggrupper kan bidrage til opsporing og igangsættelse af behandling. Information om spiseforstyrrelser bør indgå i uddannelsen af lærere,

pædagoger og sportstrænere.

Hot-lines og anonyme rådgivninger, hvor pårørende kan søge oplysninger, bør være en del af den opsøgende indsats.

#### *Visitation og behandlingsniveau*

Der bør være mulighed for behandling på flere niveauer afhængigt af spiseforstyrrelsens diagnose og sværhedsgrad (Se tabel 2.1 og 2.2 i kap. 2). Der er både et psykiatrisk og et somatisk undersøgelses- og behandlingsbehov hos patienter med spiseforstyrrelser. Det forudsætter ved moderate til svære tilfælde en kompetent vurdering og visitation på psykiatrisk speciallægeniveau foretaget af behandlere, der har erfaring med spiseforstyrrelser.

Diagnostik og behandlingen kan principielt ske på tre niveauer vurderet ud fra den grad af ekspertise og erfaring niveauet besidder:

1. Hos alment praktiserende læger, psykologer og speciallæger i primærsektoren og i distriktpsychiatrien og på hospitalsafdelinger uden speciel erfaring i behandling af spiseforstyrrelser. I forslaget til fremtidig organisation kaldes dette niveau for niveau 1.
2. I hospitalsbaserede, tværfaglige teams med erfaring i behandling af spiseforstyrrelser, det kaldes niveau 2.
3. På højt specialiseret niveau (landsdelsfunktion), det kaldes

niveau 3.

Det svarer til, at behandlingsintensiteten rækker fra en første intervention i form af udredende og støttende samtaler eller *guided* selvhjælp til indlæggelse på specialafdeling evt. indlæggelse under tvang. Der skal være faglige kriterier for valg af behandlingstilbud og behandlingssted herunder henvisning til behandling på højt specialiseret niveau. Da behandlingssystemets ressourcer er begrænsede, må behandling tilbydes på det lavest specialiserede niveau, som samtidig tilgodeser patientens behandlingsbehov.

#### *Kontinuitet*

Kontinuerede behandlingsforløb er en generel målsætning i sundhedsvæsenet. Dette mål er imidlertid vanskeligt at opnå for lidelser, der ofte starter sent i barnealderen og varer ind i voksenalder. Sagen vanskeliggøres desuden af, at mange patienter har behov for ydelser både fra sundhedsvæsenet og socialvæsenet samt både somatiske og psykiatriske behandlingsinstanser. Organisationen må gå på tværs af de sædvanlige aldersopdelinger eller sikre fleksible overgange mellem børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri og mellem behandling på forskellige niveauer og evt. på forskellige fysiske lokaliteter. Da behandling bedst sker ved et tværfagligt behandlerteam, er det vigtigt, at en bestemt behandler har den tætte løbende kontakt til patienten og samtidig er koordinerende for den samle-

de behandling.

Behandlingen af spiseforstyrrelser bør alt overvejende være ambulant. For de patienter, hvor intensiv behandling under indlæggelse har været indiceret i en periode, vil ambulant opfølgning være nødvendig.

#### *Monitorering af behandlingsresultater*

Behandlingseffekten på kort og langt sigt er mangelfuldt dokumenteret (155;271). Der foreligger ikke undersøgelser, der viser, hvornår og hvordan de forskellige symptomer, der indgår i diagnoserne, forsvinder. Det er derfor nødvendigt med en stadig udvikling af behandlingsmetoder, og det er meget vigtigt at monitorere resultaterne for løbende at kunne forbedre behandlingen.

## 4.2 Patientgruppens størrelse og behandlingsbehov

### *Den aktuelle behandlingskapacitet*

Både patienter, pårørende og behandlere mener, at der er for lille behandlingskapacitet. Samtidig har vi i de senere år set et stærkt øget sengedagsforbrug og et øget antal ambulante behandlinger til spiseforstyrrede (Tabel 4.1-4.3).

### 4.2.1 Landspatientregisterets tal for behandling af spiseforstyrrede

Sengedagsforbruget har i hovedsagen været til indlæggelser af patienter med *AN* og fordelingen mellem de forskellige spiseforstyrrelsesdiagnoser har været relativt konstant i perioden (Tabel 4.4).

Aldersmæssigt udgør gruppen af 14 – 30 årige ca. 75 procent af alle, idet tallene for aldersgrupperne < 14 år, 14 – 20 år, 21 – 30 år og > 31 år er henholdsvis 13, 41, 34 og 12 procent i år 2000.

Fordelingen af diagnoser for ambulante besøg viser også, at *AN* er den spiseforstyrrelse, der hyppigst behandles (Tabel 4.5).

For de ambulante besøg er tallene for ovennævnte aldersgrupper 7, 41, 40 og 12 procent, og gruppen af 14 – 30 årige udgør således her 81 procent af alle.

Den voldsomme stigning i forbruget af

sengedage og ambulante besøg kan skyldes en reel stigning i antallet af patienter med spiseforstyrrelser, eller behandlingspraksis kan være ændret, fx fordi der er kommet flere behandlingstilbud. Den øgede opmærksomhed om sygdommene har medført, at flere patienter efterspørger og bliver henvist til behandling. Det store pres på behandlingssystemet hænger også sammen med, at patienterne er syge meget længe. Stigningen i sengedagsforbrug vil formentlig først aftage, hvis ambulante behandling og daghospitalsbehandling for flertallet af patienterne kan træde i stedet for - og forebygge - indlæggelse.

TABEL 4.1 SENGEDAGSFORBRUG PÅ  
LANDSPLAN FOR PATIENTER MED  
SPISEFORSTYRRELSER INDLAGT PÅ  
PSYKIATRISK AFDELING 1981-2001

	Sengedage
1981	7692
1982	7273
1983	7077
1984	9790
1985	9988
1986	10971
1987	10038
1988	9388
1989	9117
1990	10087
1991	8756
1992	12100
1993	14013
1994	15823
1995	16293
1996	16048
1997	19081
1998	18780
1999	22040
2000	23971
2001	22687

Kilde: Afdeling for psykiatrisk demografi, Ris-  
skov

TABEL 4.2 SENGEDAGSFORBRUG PÅ  
LANDSPLAN FOR PATIENTER MED  
SPISEFORSTYRRELSER INDLAGT PÅ  
PSYKIATRISKE OG SOMATISKE  
AFDELINGER 1997-2001

	Sengedage	Antal senge
1997	20.919	57
1998	21.068	58
1999	24.529	67
2000	27.035	74
2001	25.163	

Kilde: Landspatientregisteret

TABEL 4.3. ANTAL AMBULANTE BESØG  
FOR PATIENTER MED  
SPISEFORSTYRRELSER PÅ LANDETS  
PSYKIATRISKE AFDELINGER

	Ambulante besøg
1996	9.235
1997	10.730
1998	12.990
1999	15.179
2000	16.129
2001	15.052

Kilde: Landspatientregisteret

TABEL 4.4 DIAGNOSERNE F50.0 + F50.1  
(ANOREXIA NEVOSA) I PROCENT AF ALLE  
MED SPISEFORSTYRRELSEDIAGNOSER  
PÅ PSYKIATRISKE OG SOMATISKE  
AFDELINGER

	F50.0-1 I PROCENT
1996	78
1997	84
1998	84
1999	84
2000	84
2001	81

Kilde: Landspatientregisteret

TABEL 4.5 DEN PROCENTVISE FORDELING  
AF SPISEFORSTYRRELSEDIAGNOSERNE  
FOR AMBULANTE BESØG PÅ  
PSYKIATRISKE AFDELINGER

	AN F50.0-1	BN F50.2-3	ANDRE F50.4-9
1995			
1996	49	44	7
1997	47	43	10
1998	54	37	9
1999	52	36	12
2000	54	33	13
2001	52	31	17

Kilde. Landspatientregisteret

#### 4.2.2 Vurderinger af behandlingsbehovet ud fra viden om sygdommens prævalens og incidens

Hvis man går ud fra, at forekomsten af *AN* blandt kvinder mellem 15 og 45 år, som udgør langt hovedparten af patienterne, er 0,3%, så er der ca. 3.150 patienter med *AN* i Danmark. Tilsvarende er der, hvis forekomsten af *BN* er 2% og af *BED* 3% hhv. 21.000 med *BN* og 31.500 med *BED*.

Disse tal er grove overslag med udgangspunkt i den forekomst af sygdommene, som findes ved befolkningsundersøgelser (272). Mænd er ikke medregnet og heller ikke børn eller ældre kvinder. Patienter med atypiske spiseforstyrrelser (undtagen *BED*) er heller ikke medtaget. På den anden side er prævalenserne på 0,3%, 2%, og 3% formodentlig sat for højt for kvinder over 25 år, og en fødselsårgang er regnet til 70.000.

Ikke alle syge efterspørger behandling, og nogle vil ikke blive diagnosticeret. Ikke alle tilfældene vil være behandlingskrævende hele tiden. De vil have behov for forskelligt behandlingsniveau i primærsektoren, i amterne og på landsdelsafdelingerne.

I stedet for forekomsten i befolkningen (prævalensen) kan man bruge nyopdagede tilfælde (incidensen) til at skønne over behandlingsbehovet.

En engelsk ekspert (273) vurderer, at der

i en vestlig befolkning årligt er behov for specialistbehandling til 20 nye tilfælde af spiseforstyrrelser per 100.000 indbyggere (over 16 år), og heraf 3-5 nye tilfælde med *AN* per 100.000 per år. Det svarer til at der skulle være behov for specialistbehandling til 150-250 nye tilfælde af *AN* og ca. 700 nye tilfælde af andre alvorlige spiseforstyrrelser om året i Danmark hos personer over 16 år.

Ud fra Landspatientregisterets tal kan man se, at det hospitalsbaserede behandlingssystem i perioden 1996-2001 havde kontakt med 3-400 nye patienter med *AN* og et tilsvarende antal patienter med *BN* årligt. Kontakterne omfatter både indlæggelser og ambulante behandlinger (Tabel 4.6).

4.6 ANTAL AFSLUTTEDE PATIENTER MED *AN* OG *BN*, HVER PATIENT TÆLLER KUN EEN GANG

	<i>AN</i> F50.0-50.1	<i>BN</i> F 50.2-50.3
1996	389	335
1997	297	316
1998	374	345
1999	358	351
2000	364	319
2001	351	265

I en ny dansk Ph.D (2) er den epidemiologiske litteratur vedr. spiseforstyrrelser gennemgået. Her angives incidensen af *AN* i Danmark til

kvinder og til 1,8/100.000/år for mænd og incidensen af *BN* angives til 10-12/100.000/år for kvinder og til 0,5/100.000/år for mænd. Da incidenser især bygger på oplysninger fra behandlingssystemet om indlæggelser og behandlinger, og patienter med *BN* ofte ikke bliver behandlet og sjældent indlagt, er tallene ikke dækkende for *BN*.

I Norge har man vurderet behandlingsbehovet for *AN*, *BN* og *BED* på forskellige niveauer tilnærmet som angivet nedenfor (272):

TABEL 4.7 ANDEL AF SPISEFORSTYRREDE MED BEHOV FOR BEHANDLING PÅ PRIMÆRT, SEKUNDÆRT OG TERTIÆRT NIVEAU

	AN %	BN %	BED %
<b>Niveau 1</b> (ikke specialiseret niveau)	10	20	50
<b>Niveau 2</b> (specialistniveau, det amtslige niveau)			
• indlæggelse	30	8	1
• ambulante	50	70	49
<b>Niveau 3</b> (højt specialiseret niveau, landsdelsfunktion)	10	2	0

Nedenfor ses denne fordeling på de tre niveauer brugt på tallene for prævalens og incidens af *AN* og *BN* i Danmark. Behovet for behandling vil være større

end incidensen, da patienterne sjældent bliver raske i løbet af et år, men de vil være lavere end prævalensen.

TABEL 4.8

<b>AN</b>	AN %	Antal patienter i befolkningen med AN (prævalens 0,3%) 3150	Nye tilfælde af AN (incidens 10/100.000/år) 500
<b>Niveau 1</b>	10	315	50
<b>Niveau 2</b>	30 50	945 1575	150 250
<b>Niveau 3</b>	10	315	50
<b>BN</b>	BN %	Antal patienter i befolkningen (prævalens 2%) 21.000	Nye tilfælde (incidens af BN er ikke kendt)
<b>Niveau 1</b>	20	4200	
<b>Niveau 2</b>	8 70	1.680 14.700	
<b>Niveau 3</b>	2	420	

#### *Niveau 1*

Den praktiserende læge kan behandle lettere tilfælde af spiseforstyrrelser fx patienter med ændrede spisevaner eller afvigende vægtoptagethed samt henvise til specialistbehandling.

Med de ovennævnte skøn over forekomst og fordeling på behandlingsniveauer vil Danmarks knapt 3500 alment praktiserende læger skulle have behandlingsansvaret for 315 patienter med *AN* i meget let grad (se Tabel 4.8), 4.200 patienter

med *BN* og 15.750 patienter med *BED*. Imidlertid vil de alment praktiserende læger se en stor del af samtlige patienter initialt og skulle diagnosticere dem og henvise de relevante til specialistbehandling og siden deltage i efterbehandlingen.

#### *Niveau 2 (specialistniveauet)*

De fleste af de visitations- udrednings- og behandlingsopgaver, der er i forhold til de spiseforstyrrede, skal foregå på amtsligt niveau af speciallæger i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri eller praktiserende psykiatere eller psykologer med særlig erfaring med spiseforstyrrelser. I fremtiden foreslår arbejdsgruppen, at opgaven varetages af et amtsligt spiseforstyrrelsesteam. Der bør desuden være etableret et fast samarbejde med speciallæger i pædiatri, intern medicin eller endokrinologi på amtsligt niveau.

Der vil på amtsligt niveau i alt være ca. 2520 patienter med *AN* og 16.380 patienter med *BN* og 15.750 patienter med *BED* vurderet ud fra prævalensen i højrisikogruppen. Fordelt på 14 amter og H:S (efter amternes størrelse) vil fordelingen være:

TABEL 4.9 TILNÆRMET FORVENTET FOREKOMST I AMTERNE AF PATIENTER MED AN OG BN

Amt	Indbyggertal 2001	Forventet AN	Forventet BN
H:S, Kbhvn,	590.224	283	1842

Frederiksberg			
Københavns amt	615.115	295	1919
Frederiksborg amt	368.116	177	1149
Roskilde amt	233.212	112	728
Vestsjællands amt	296.875	143	926
Storstrøms amt	259.691	125	810
Bornholms amt	44.126	21	138
Fyns amt	472.064	227	1473
Sønderjyllands amt	253.249	122	790
Ribe amt	224.446	108	700
Vejle amt	349.186	168	1090
Ringkøbing amt	273.517	131	854
Århus amt	540.637	260	1687
Viborg amt	233.921	112	730
Nordjyllands amt	494.833	238	1544

Forekomsten dækker over mange stadier af sygdommene, og tallene for forekomst er som nævnt højere end det reelle behandlingsbehov, som måske snarere ligger i nærheden af antal nye tilfælde. På amtsligt niveau bør der foregå ambulantly behandling og behandling under indlæggelse samt viderevisitation til niveau 3.

#### *Niveau 3 (højt specialiseret niveau)*

Det højt specialiserede niveau har til opgave at behandle særligt alvorlige og vanskelige tilfælde. Endvidere har centrene undervisnings- og rådgivningsopga-



ver overfor sundhedspersonale samt forskningsopgaver.

Ifølge ovenstående overslag over forekomsten er der løbende behov for behandling på højt specialiseret niveau til ca. 100 (mellem 50 og 315) patienter med *AN* og til under 400 patienter med *BN* på landsdelsniveau. Mange patienter vil have langvarige forløb med vekslende behandlingsintensitet. Langt den største del af behandlingen af spiseforstyrrelser vil skulle ske ambulantly, men de sværeste tilfælde må behandles på daghospital eller under indlæggelse.

*BED* kræver formodentlig ikke behandling på højt specialiseret niveau. I forbindelse med systematisk indsamling af erfaringer vedr. behandling af *BED* og udvikling af behandlingsmetoder, vil behandling på højt specialiseret niveau dog være nødvendig.

Underlaget for en landsdelsfunktion vurderes internationalt til at være et optageområde på mindst 1 mio. personer (273). Det svarer til ca. 3-5 tertiære centre i Danmark. Hvis der er tale om 4 centre, vil de hver skulle behandle ca. 50 (12-80) patienter med *AN* og under 100 patienter med *BN* om året.

Der vil som nævnt først og fremmest være tale om ambulantly behandling, og ved oprustning af den ambulantly behandling vil væksten i forbruget af sengedage formentlig kunne mindskes, idet man i Århus amt efter etablering af Center for Spi-

seforstyrrelser med satsning på ambulantly behandling og specialiseret behandling under indlæggelse har kunnet bremse væksten i forbruget af sengedage. På landsplan anvendtes i år 2000 ca. 74 senge til behandling af spiseforstyrrelser (i hovedsagen anoreksi) og et mindstebehov i dag for senge på landsplan vil formentlig være 100 med en fordeling mellem specialistniveau og højt specialiseret niveau på 75:25. De tre centre (København, Odense og Århus) skal således ud over den lokale amtslige kapacitet til at behandle egne patienter have en kapacitet til behandling af ca. 8 patienter fra andre amter på højt specialiseret niveau.

## 4.3 Organisation i Danmark i dag

Organisationen af spiseforstyrrelsesbehandling i Danmark er i dag uensartet og næppe optimal mht. hurtigt at give patienterne et behandlingstilbud på et passende niveau eller sikre kontinuitet i behandlingsforløbet.

### *Primærsektoren*

Sundhedsstyrelsen sendte i 2000 materiale om spiseforstyrrelser til primærsektoren, men har ikke oplysninger om, i hvilken udstrækning lettere spiseforstyrrelser behandles af alment praktiserende læger.

### *Sekundærsektoren, amternes behandlingstilbud*

I 2000 og 2002 spurgte Sundhedsstyrelsen amternes sundhedsforvaltninger, hvilke tilbud de har til patienter med spiseforstyrrelser. Det fremgik, at de praktiserende psykiatere i amterne i varierende grad behandler personer med spiseforstyrrelser efter henvisning fra alment praktiserende læge. Behandling hos praktiserende psykolog skal som udgangspunkt betales af patienten selv, der kan dog i visse tilfælde opnå støtte fra kommunen efter den sociale lovgivning.

En del amter har børne-ungerådsvninger, som kan tilbyde hjælp til unge med især lettere spiseproblemer.

Ved alvorligere sygdom behandles børn

og unge af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og voksne på de voksenpsykiatriske afdelinger. Behandlingen af spiseforstyrrelser foregår ofte på flere psykiatriske afdelinger i amtet, og hver afdeling har derfor begrænset erfaring med denne type patienter.

Behandling sker først og fremmest ambulant. Indlæggelse sker især ved svær anoreksi med udtalt eller langvarig undervægt. Indlæggelse kan ske på børne- og ungdomspsykiatrisk, psykiatrisk, pædiatrisk eller medicinsk afdeling.

### *Landsdelsniveau*

Centre med landsdelsfunktion for behandling af spiseforstyrrelser:

- Odense Universitetshospital, Center for spiseforstyrrelser (alle aldersgrupper)
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov, Center for spiseforstyrrelser (alle aldersgrupper)
- H:S Bispebjerg Hospital, Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F (under 18 år)
- H:S Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik, Afsnit for anoreksipatienter (voksne)

Odense Universitetshospital Center for Spiseforstyrrelser har 8 døgnpladser og to dagpladser, Center for spiseforstyrrelser Risskov har 8 døgn -og 8 dagpladser,

Rigshospitalets anoreksiafsnit har 10 døgnpladser og børne- og ungdoms psykiatrisk afd. BBH afd. F har 12 heldøgns- og 4 deldøgnspladser, af disse sengepladser bruges ca. halvdelen til spiseforstyrrelser.

**4.3.1 Den fynske model** for behandling af spiseforstyrrelser er et murstensløst center, som udgøres af et formelt samarbejde mellem pædiatrien, endokrinologien og børne- og voksenpsykiatrien. Det centrale er *to-sporsbehandlingen*, som betyder, at ingen patient kan vælge det ene eller det andet spor, men begge (somatik og psykiatri) kører et koordineret og parallelt forløb. Der er etableret *skriftlige samarbejdsaftaler*, som klarlægger de enkelte afdelingers ansvar og kompetence, og der er skemalagte *fællesvisitationer* og tværfaglige behandlingskonferencer. Patienter, der har behov for indlæggelse, indlægges først på somatisk afdeling, og får psykiatrisk behandling på konsulentbasis, efter 4 uger overflyttes de til psykiatrisk afdeling. På de såkaldte *centerkonferencer* er alle deltagende afdelinger repræsenterede. Der er udviklet en fast mødedagsorden. Udover en kort gennemgang af nyvisiterede patienter drøftes den igangværende behandling af såvel indlagte som ambulante patienter. Centret lægger vægt på det multidisciplinære aspekt og for børn og unge fokuseringen på familieaspektet. Desuden lægges vægt på vigtigheden af det somatiske

aspekt med fokus på vægtøgning. Det tætte samarbejde med behandlere fra børne-, unge- og voksenområdet fra begge områder (psykiatri og somatik) findes meget nyttigt, og centret kan behandle svært syge anorektikere uanset alder.

Der findes *én visitator* og *et sekretariat* og fastlagte visitationsprincipper. Det anvendte diagnosesystem er ICD-10, og centret behandler spiseforstyrrelser indenfor området F 50.x.

Der er udarbejdet forskellige pjecer og patientforløbsprogrammer.

Centret modtager ca. 140 henvisninger om året, heraf ca. 10 udenamts patienter. Af de årligt henviste patienter har knapt halvdelen AN (ca. 60) og fordrer fra begyndelsen både psykiatrisk og somatisk ekspertise. 90-95 patienter er løbende i ambulante behandling, ca. 2/3 har AN og behandles både i somatisk afdeling og på psykiatrisk afdeling. Den resterende tredjedel behandles udelukkende i psykiatrisk regi. Der foregår knap 1000 besøg for patienter < 18 år og godt 2200 besøg for voksne.

Der er årligt 100-130 indlæggelsesforløb fordelt på de 4 centerafdelinger. De 8 senge er fordelt med gennemsnitligt 1 seng i pædiatrisk afdeling, 2-3 senge i endokrinologisk afdeling, 2-3 senge og 2 dagpladser i det børne- og ungdomspsykiatriske hus samt 1 seng i voksenpsykiatrisk afdeling.

Indlæggelserne finder sted i et alment af-

snit, idet hypotesen har været, at et blandedt miljø er mest gavnligt for såvel patienter som personale. Udover patientbehandling er der forskellige forskningsaktiviteter i relation til spiseforstyrrelser samt undervisningsaktivitet. Der anvendes et standardiseret udredningsprogram i børne-ungdomsområdet.

**Århus modellen** består af en specialenhed, med et specialistteam til spiseforstyrrelser, der betjener Århus amt og i et vist omfang de tilgrænsende amter (274;275). Centret har landsdelsfunktion for behandling af alvorlige spiseforstyrrelser.

Enheden er organiseret ud fra en centermodel og har et ambulatorium med tilbud om ambulant behandling til patienter med moderate og svære spiseforstyrrelser, der ikke kan behandles i primærsektoren.

Enheden har desuden et sengeafsnit på 8 senge til anoreksipatienter i alderen 14-30 år. Patienter over 31 år indlægges på én almen psykiatrisk afdeling på Psykiatrisk Hospital i samarbejde med centret.

Patienter under 14 år behandles på børne- og ungdomspsykiatrisk hospitals børneafsnit i samarbejde med centret. Der samarbejdes også med én medicinsk og pædiatrisk afdeling om indlæggelse af livstruede patienter.

Derudover har centret et daghospital med plads til 8 patienter.

Centret modtager 200 henvisninger årligt. 140 bliver forundersøgt og 200 modtager

behandling i centret. Der er årligt ca. 20 indlæggelsesforløb. Foruden visitation og behandling har centeret forskningsaktivitet og udadgående rådgivning og undervisning. Før behandlingsstart gennemgår patienterne en grundig forundersøgelse med brug af klinisk interview, selvrapporteringsskemaer og somatisk undersøgelse. Hovedparten af indlæggelser foregår på centrets specialafdeling. Patienter overflyttes kun til somatisk afdeling, hvis deres somatiske tilstand er livstruende. Der er et tæt samarbejde mellem centret og somatikerne. Der er udarbejdet en pjece om behandlingen under indlæggelse. Centret har kvalitetssikret behandlingen ved opfølgning af patienterne ved afslutning af behandlingen, 1, 2½ og 5 år efter behandlingens påbegyndelse. Centrets forskningsaktivitet er knyttet til en forløbsundersøgelse af de på centret behandlede patienter.

Centeret driver en anonym landsdækkende telefonrådgivning for spiseforstyrrede og pårørende (Bilag IV).

### **Behandling på højt specialiseret niveau i Københavnsområdet**

#### *Voksenpsykiatrien*

I Storkøbenhavn er der ikke en sammenhængende organisering af spiseforstyrrelsesbehandlingen, men specialiseret behandling foregår på Rigshospitalets Anoreksi afsnit (H:S), Psykoterapeutisk Center Stolpegård (Københavns Amt) og Bi-

spebjerg Hospitals psykiatiske afdeling (H:S). Henvisningsvejene er decentrale og autonome. Der er tidligere redegjort for problemerne i den nuværende organisering og behandlingskapacitet i henholdsvis en fælles rapport fra H:S og KAS i 2000 (42) og en intern rapport i Københavns Amts psykiatrigruppe fra 2002.

Rigshospitalets Anoreksi afsnit har landsdelsfunktion for voksne over 18 år med spiseforstyrrelser. Principielt kan alle spiseforstyrrede modtages uanset diagnose, men i praksis og af ressourcemæssige grunde modtages stort set kun patienter med anoreksi. Psykoterapeutisk Center Stolpegård har ikke formel status som landsdelsafdeling, men i mange sammenhænge har centret en tilsvarende funktion først og fremmest i forhold til patienter med bulimi. Spiseforstyrrelsesbehandling på psykoterapeutisk dagafsnit E12, BBH omfatter udelukkende normalvægtige patienter med *BN* (sygdomsniveau 2), hvor 8 dagpladser anvendes til specialgruppebehandling af disse patienter.

#### ***Rigshospitalets Anoreksiafsnit:***

Rigshospitalets afd. O har et specialafsnit med 10 senge til behandling af patienter med svær *AN* dvs. niveau 4 og 5. Der er op til 3 måneders ventetid på at få ambulantly forundersøgelse og 6-8 måneders ventetid på behandling. Daghospital- og ambulantly behandling gennemføres som

efterbehandling og i nogle tilfælde som eneste behandling. Standardiserede behandlinger er: diæt, vægtkontrol og ved behov sengeleje og sondemad, fysio- og ergoterapi samt individuel psykoterapi og gruppeterapi.

#### ***Psykoterapeutisk Center Stolpegård:***

Stolpegård er Københavns Amts Center for psykoterapi af ikke-psykotiske psykiatriske lidelser hos voksne over 18 år.

Centret er organiseret omkring et psykologisk og miljøterapeutisk dag- og 5-døgnsafsnit og et omfattende ambulatorium.

Henvisningstallet for patienter med spiseforstyrrelser er steget 100% over de sidste 10 år – fra 93 patienter i 1995, 148 i 1998 til over 200 patienter i 2001. Behandlingskapaciteten på området omfatter p.t. 8 intensive dag-/døgnpladser, 28 behandlingspladser i specialgruppe og et ambulatorium. På årsplan svarer det til knap 40 intensive behandlingsforløb, 70 ambulante specialgruppeforløb og 20-30 individuelle terapiforløb.

Ca. 40% af Stolpegårds patienter er uden amtspatienter. Såvel patienter med *AN*, *BN* som *BED* modtages til behandling.

Over halvdelen af patienterne har *BN* og knap 1/3 har *AN*. Hidtil har nederste BMI-grænse været 16. Centret har ikke rammer og ressourcer til at varetage behandlingen af de alvorligste tilfælde af *AN* og *BN* (sygdomsgrad 4-5, som viderehenvises til medicinsk afdeling eller almen psykiatriske afdeling afhængig af

problematikken.

Behandlingen fokuserer på såvel psykologiske og familiemæssige forhold som spiseadfærd, kost og vægt. Behandlerteamet er tværfagligt sammensat, men arbejder ud fra et fællesfagligt psykoterapeutisk grundlag. Der er et formaliseret samarbejde med klinisk diætist og ad hoc samarbejde med en intern medicinsk afdeling på KAS Gentofte. Der er udarbejdet retningslinier for behandling af *AN* og *BN*. Retningslinierne for behandling af *BED* er under udvikling.

I behandlingen indgår altid psykoterapi, par-/familie-/netværkssamtaler, kostvejledning, kostplan, registrering af spiseforstyrrelsesadfærd, psykoekation og vægtkontrol. Følgende beskriver typiske behandlingsforløb, som efter behov suppleres med ambulatant efterbehandling.

- *Døgnindlæggelse/intensiv dagbehandling* starter som 10 ugers forløb i det psyko- og miljøterapeutisk 5-dags/døgnsafsnit med fast behandlingsprogram, der bl.a. omfatter gruppeterapi 2 gange/uge, psykoekativ specialgruppe og par-/familie-/netværkssamtaler efter behov. Forløbet kan forlænges.
- *Ambulant specialgruppebehandling* omfatter psykoterapi i gruppe 1 gang/uge i 20 uger suppleret med familie-/netværkssamtaler efter behov.
- *Anden ambulatant behandling* kan være individuel eller par-/familieterapi. Længden fastsættes individuelt, men

er typisk på 10-15 gange.

Behandlingen er under konstant udvikling, og effekten af behandlingen evalueres i forbindelse med dens afslutning. Centret yder på efterspørgsel efteruddannelse af andre behandlere, herunder praktiserende læger.

### *Børne- og ungdomspsykiatrien*

#### ***Bispebjerg Hospital:***

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital er der basis – og landsdelsfunktion for børn og unge under 18 år med spiseforstyrrelser.

Opgaven varetages primært af et specialafsnit med døgnfunktion, dagfunktion og en vis for- og efterambulatant aktivitet. Patienter med spiseforstyrrelser i form af bulimi og lettere Anorexia Nervosa undersøges og behandles også i ungdomspsykiatrisk ambulatorium.

Specialafsnittet for spiseforstyrrelser er geografisk placeret sammen med afsnittet for skolebørn. De to patientgrupper har indtil videre været behandlet i samme miljø. Baggrunden herfor er en vurdering af, at et blandet miljø giver bedst mulighed for miljøterapeutisk indsats.

Specialafsnittet har i alt 12 døgnpladser og 4 dagpladser til skolebørn og anorexi-patienter og har erfaringsmæssigt altid ca. halvdelen af pladserne belagt med børn og unge med svær Anorexia Nervosa. Patienter henvises bl.a. fra pædiatriske, medicinske og børne – og voksenpsykiatriske afdelinger på Sjælland, hvor de er

indlagt, til der kan skaffes plads på specialafsnittet. Der ydes ofte tilsyn i venteperioden.

Somatisk truede patienter med kardielle forstyrrelser indlægges kortvarigt til monitorering på kardiologisk intensivafsnit på BBH, andre akut truede patienter indlægges få dage på intensivafsnittet, til der kan skaffes plads på specialafsnittet. Medicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital har på baggrund af de geografiske forhold særlig erfaring med behandling af børn og unge. Samarbejdet planlægges formaliseret yderligere i forbindelse med akkreditering. Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling samarbejder med de tre pædiatriske afdelinger i H:S.

På specialenheden lægges vægt på kombineret somatisk og psykiatrisk behandling med kontrolleret vægtstigning samt miljøterapi, individuel psykoterapi, gruppeterapi, familieterapi, krops- og tegneterapi. Afdelingen havde i 2002 i alt 28 henviste og 17 afsluttede patienter med spiseforstyrrelser.

## 4.4 Arbejdsgruppens anbefaling vedr. fremtidig organisation af området

Gruppens forslag til organisation har til formål at sikre:

- At lidelserne opdages tidligt.
- At henvisningsvejene er enkle.
- At der etableres tilstrækkelig behandlingskapacitet og kvalitet.
- At patientens behandling er den fagligt bedst mulige og på det niveau som er nødvendigt.
- At undgå diskontinuitet i forbindelse med overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, fra somatisk til psykiatrisk behandling og fra sundhedsvæsenets behandling til socialvæsenets støtte og rehabilitering.
- At behandlingsresultaterne monitoreres, og der skabes mulighed for videreudvikling af behandlingsmetoderne.
- At forskningen øges.
- At personalet uddannes bedre.
- At patienter og pårørende får rådgivning.
- At myndighederne får rådgivning.

Dette kræver øget kapacitet og behandlingskompetence men også bedre organisation end i dag.

### 4.4.1 Gruppens anbefalinger

Det har vist sig, at spiseforstyrrede patienter er vanskelige at behandle på almenpsykiatriske afdelinger uden personale med speciel erfaring i at behandle disse lidelser, ligesom patienter med spiseforstyrrelser som oftest ikke kan acceptere behandling i distriktspsykiatrien, da de opfatter sig som meget forskellige fra distriktspsykiatriens øvrige klientel. Personalet i distriktspsykiatrien har som oftest heller ikke særlig erfaring med denne patientgruppe.

Samtidig er spiseforstyrrelser forholdsvis sjældne, og patientgruppen har ofte en udtalt ambivalens mod behandling. Det er således vanskeligt for almenpsykiatriske afdelinger at skaffe sig tilstrækkelig erfaring i behandlingen af denne vanskelige patientgruppe. Herudover vil patienterne ikke sjældent skulle skifte behandlingsniveau i forløbet.

Af disse grunde foreslår arbejdsgruppen en amtslig centralisering af behandlingen og en fastere samarbejdsstruktur mellem amterne og landsdelsfunktionerne.

På alle niveauer anbefaler arbejdsgruppen, at patienten har én hovedansvarlig behandler, som er tovholder/case manager.

#### *Niveau 1*

Herved skal forstås behandling givet af behandlere uden særlig erfaring med spi-



seforstyrrelser fx alment praktiserende læger. Mange patienter med spiseforstyrrelser henvender sig i første omgang med uspecifikke klager. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på og ved, hvordan man kan afdække problematikken.

Almen praksis bør i forhold til *AN* og *BN* kunne:

- Opdage
- Påbegynde behandling
- Henvise
- Tvangsindlægge
- Efterbehandle
- Opdage recidiv

Den praktiserende læge kan motivere og rådgive patienterne, foretage den fornødne initiale somatiske udredning samt iværksætte vægtkontrol og behandle ukomplicerede tilfælde af spiseforstyrrelser (192;242;276).

Det gælder især *BN* hvor man kan opnå effekt af guidede selv-hjælpsprogrammer. Også lettere tilfælde af *AN*, hvor der ikke er stort/hurtigt vægttab eller komplicerede somatiske/psykiatriske forhold, kan forsøges behandlet i almen praksis. Hvis der ikke er effekt af behandlingen efter 6-8 uger, skal patienten henvises til specialistbehandling. Hvis den alment praktiserende læge ikke ønsker at påtage sig diagnostik og behandling af en ukompliceret spiseforstyrrelse, skal lægen primært kunne henvise patienten til vurdering og behandling i et amtligt spiseforstyrrelsesteam. Det gælder også, hvis lægen er i

tvivl om alvoren af patientens lidelse.

Behandlingen af de fleste patienter med *BED* kan ske i almen praksis bl.a. i samarbejde med klinisk diætist.

Efterbehandling og rehabilitering af patienter med spiseforstyrrelser vil også i nogle tilfælde kunne ske i et samarbejde mellem den alment praktiserende læge og socialsektoren. De alment praktiserende læger skal tilbydes lokal efteruddannelse, konkret rådgivning og supervision af amtets spiseforstyrrelsesteam (se nedenfor).

#### *Niveau 2 (amtligt spiseforstyrrelsesteam)*

Gruppen anbefaler, at der i hvert amt oprettes et spiseforstyrrelsesteam, som varetager central amtlig visitation og samler behandlingen i amtet samt udfører konsulentopgaver.

Det anbefales, at disse teams er tværfaglige og - når de er fuldt udbyggede - består af læge (psykiater, børne- og ungdomspsykiater), psykolog, diætist, fysioterapeut, tandlæge, socialrådgiver, ergoterapeut, plejepersonale og sekretær. Der vil være behov for et tæt samarbejde med en bestemt pædiatrisk/medicinsk afdeling. Funktionen foreslås knyttet til en børne-og ungdomspsykiatriske afdeling. Teamet skal stå for den ambulante behandling og herudover have adgang til senge på en psykiatrisk/børne-ungdomspsykiatrisk afdeling.

Opgaver for de amtlige teams/enheder:

- At visitere patienter med spiseforstyrrelser i amtet til ambulantly behandling/indlæggelse
- At forestå udredning og behandling ambulantly og på psykiatrisk afdeling
- At have formelt samarbejde med en medicinsk og en pædiatrisk afdeling i amtet (samarbejdsafdelinger)
- At samarbejde med en bestemt landsdelsafdeling hvortil svære tilfælde kan henvises, og hvorfra de kan modtages igen
- At kvalitetsudvikle og evaluere behandlingseffekt
- At være konsulent for andre behandlingsinstanser i amtet, herunder samarbejde med og rådgive primærsektoren (praktiserende læger, sundhedsplejersker, kommunernes læger) samt skolevæsen og socialforvaltninger m.fl.

Når først teamet fungerer vil det kunne aflaste den øvrige psykiatri ved at tage sig af disse ressourcekrævende patienter. Tilstedeværelsen af de relevante behandlingstilbud til spiseforstyrrede fra starten forventes at give bedre og oftest ambulantly forløb.

*Niveau 3 (det højt specialiserede niveau)*  
 Ud over oprettelse af amtslige teams skal der ske en styrkelse af centerafdelingerne, så de er i stand til at varetage behovet for behandling af de alvorligste spiseforstyrrelser og være resourcecentre for de

amtslige teams. (Centerafdelingerne har både niveau 2 opgaver i deres eget amt og niveau 3 opgaver i landsdelen).

Centerafdelingernes opgaver er

- At behandle de alvorligst syge patienter
- At udvikle behandlingen af spiseforstyrrelser
- At lede forskningsindsatsen i regionen
- At være videnscentre
- At støtte arbejdet i de amtslige teams (forestå uddannelses- og supervisionsopgaver overfor teams i samarbejdsamterne)
- At rådgive i forhold til den socialpsykiatriske indsats
- At udvikle samarbejdet og forskningsindsatsen i forhold til medicinske og pædiatriske problemstillinger
- At bidrage med second opinion ift. konkrete patienter
- At rådgive amterne
- At løse niveau 2 opgaver i eget amt

### ***Samarbejde med socialsektoren om forebyggelse og rehabilitering***

Foruden behandlingen er det også vigtigt at forstærke den forebyggende og den støttende/rehabiliterende indsats.

For at opnå en helhedsorienteret og effektiv indsats er det afgørende, at sundheds- og socialsektoren arbejder sammen.

Økonomisk støtte til samarbejdsprojekter kan søges via satspuljen 2003.

( Notat fra Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen om Indsats mod spiseforstyrrelser oktober 2002).

### *Forebyggelse*

Der er behov for udvikling af metoder i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde på sundheds- og socialeområdet.

Risikoadfærd for spiseforstyrrelser som fx slankekur, mistrivsel og social tilbagetrækning bør medføre hjælp til løsning af de bagved liggende problemer.

Der skal mere fokus på børns og unges trivsel i dagtilbud og skoler.

Lovgivningsmæssige rammer for amters og kommuners indsats for at opfange børns og unges sundhedsmæssige og sociale problemer findes i forvejen i den kommunale forpligtelse til at tilbyde forebyggende undersøgelser af børn og unge og rådgivning til børn og forældre (Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge) og til at have en tværfaglig gruppe i kommunen, der skal tage sig af børn med alvorlige helbreds- og trivselsproblemer (Lov om social service og Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge).

Amtets spiseforstyrrelsesteam skal foruden sundhedspersonale også i en vis udstrækning kunne supervisere socialforvaltninger og skoler.

Oplysning til forældre og andre voksne

omkring børn og unge om spiseforstyrrelser findes i Sundhedsstyrelsens pjecer: ”fakta om spiseforstyrrelser”, ”Tidlige tegn på spiseforstyrrelser” og ”Spiseforstyrrelser – voksne omkring børn og unge kan være med til at forebygge at spiseforstyrrelser opstår”. Dette materiale blev i 2000 udsendt til sundhedspersonale og er i 2003 blevet udsendt til personale i den sociale sektor.

Der findes endvidere en landsdækkende anonym telefonrådgivning for patienter og pårørende ved Center for Spiseforstyrrelser i Århus (se bilag IV).

### *Rehabilitering*

#### *Social støtte og rehabilitering*

Det er nødvendigt at behandlingsindsatsen samordnes ind i det sociale system for at støtte og rehabilitere de langvarigt syge. Ca. 1/4 af de syge menes at få et langvarigt forløb. En mindre del af disse vil være så handicappede, at de har brug for socialpsykiatriske døgncentre eller pædagogiske opholdssteder.

Sundhedsstyrelsen har ikke oplysninger om, hvor mange patienter, der i dag får botilbud/sociale opholdssteder betalt over den sociale lovgivning. Arbejdsgruppen finder, at samarbejdet mellem social- og sundhedsvæsenet bør optimeres gennem oprettelse af standardaftaler for patienter med alvorlige spiseforstyrrelser, som kan sikre, at et optimalt behandlingsforløb i sundhedsvæsenet følges op af et optimalt tilbud fra de sociale myndigheder.

Tværfaglige rehabiliteringsteams på spiseforstyrrelsesområdet anbefales som udviklingsprojekter for satspuljemidler. De skal bestå af personer fra sundheds- og socialforvaltningerne og både have amtskommunale og kommunale medarbejdere. Det tværfaglige rehabiliteringsteam skal opstille et helhedsorienteret forløb for personer med spiseforstyrrelser. Behandlingskompetencen skal forsat ligge i sundhedssektoren, men behandlingsplanen skal samordnes og koordineres med den sociale handlingsplan.

Tanken er at sikre samarbejdet mellem sygehussektoren og socialektoren så personer ikke bliver overladt til sig selv ved udskrivelsen fra sygehus, idet det vides at risikoen for tilbagefald, selvmordsforsøg og selvmord er størst i denne periode.

Både samtidig med ambulante behandling og i forbindelse med den ambulante opfølgning i sygehusregi efter indlæggelse kan der være behov for social efterbehandling eller en støtte-/ kontaktperson, der kommer i hjemmet, og hjælper til med at generhverve kompetencer til at få dagliglivet til at hænge sammen.

Der vil være behov for et vist antal pladser på socialpædagogiske opholdssteder. Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne ved anbringelse af patienter på disse opholdssteder sikrer sig, at patienterne forinden er blevet behandlet i sundhedsvæsenet, og at der løbende sker en koor-

dinering af behandlingen i sundhedsvæsenet og rehabiliteringen på det socialpædagogiske opholdssted. Man kunne også oprette kommunalt drevne boinstitutioner.

#### **4.4.2 Kvalitetssikring og uddannelse**

Arbejdsgruppen anbefaler, at behandlingen af patienter med alvorlige spiseforstyrrelser kvalitetssikres gennem udarbejdelse af skriftlige retningslinier for behandlingen på alle involverede institutioner.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det amtslige niveau og det højt specialiserede niveau, som behandler patienter med spiseforstyrrelser (moderate/alvorlige spiseforstyrrelser) som minimum anvender effektvurderingsinstrumenter ved behandlingsstart og – ophør, samt registrerer vægt, højde og menstruationsstatus. Herved skabes mulighed for løbende opgørelse af behandlingsresultaterne (se afsnit 2.1.3)

Det anbefales endvidere, at der oprettes en landsdækkende database, hvortil resultaterne indberettes og som kan muliggøre løbende opgørelse af behandlingsresultaterne.

Arbejdsgruppen foreslår et uddannelsesprogram for sundhedspersonale, der arbejder med spiseforstyrrelser. I Norge har man ved regionssygehusene et 3 semesters efteruddannelsesprogram (277).

#### 4.4.3 Forskning og udvikling

Der er behov for en betydelig forskningsindsats vedrørende alvorlige spiseforstyrrelser, hvis der skal ske markante fremskridt i vores forståelse af årsagsforhold og sygdomsmekanismer samt udvikles bedre somatiske, psykofarmakologiske og psykoterapeutiske behandlingsmuligheder.

På grund af den solide registreringspraksis i det danske samfund og i sundhedsvæsenet i særdeleshed har man her i landet ideelle muligheder for at tilvejebringe værdifulde epidemiologiske data. Det danske tvillingeregister udgør tilsvarende en enestående mulighed for at belyse betydningen af arv og miljø for udviklingen af spiseforstyrrelser.

Arbejdsgruppen anbefaler, at Universitetshospitalerne, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og bevilligende myndigheder specielt fremmer forskning indenfor:

##### Behandling

- Kliniske forsøg vedrørende effekten af psykologiske og psykiatriske behandlinger ved alvorlige spiseforstyrrelser
- Forskning i nye typer af behandling involverende andre faggrupper fx kropsterapi ved fysioterapeut eller afspændingspædagog

- Udvikling og afprøvning af behandlingsmetoder for BED
- Kliniske afprøvninger af psykofarmakologiske behandlinger.
- Udvikling af metoder til recidivprofylakse
- Betydningen af komorbiditet for behandlingen

##### Årsagsforhold

- Psykologiske og sociale faktorerers betydning for udviklingen og vedligeholdelsen af alvorlige spiseforstyrrelser
- Fysiologiske faktorerers betydning for udviklingen af alvorlige spiseforstyrrelser
- Endokrine og neuroendokrine faktorerers betydning for udviklingen og vedligeholdelsen af alvorlige spiseforstyrrelser
- Diagnoserens validitet/troværdighed bl.a. i relation til børn
- Sårbarhed og risikofaktorer

Derimod kan arbejdsgruppen *IKKE* anbefale, at offentlige myndigheder støtter udviklingsinitiativer (fx. ”alternativ terapi”), som ikke ledsages af dokumentation af behandlingseffekten efter gængse videnskabelig metoder.

##### Lovgivning

Det er arbejdsgruppens håb, at en ændret organisation af området med enkle hen-

visningsveje, som sikrer hurtig behandling på det rette niveau, kan forhindre, at patienter bliver så alvorligt syge, at de kommer i livsfare. For livstruede, udhungrede patienter giver psykiatriloven mulighed for behandling uden patientens samtykke.

#### **4.5 Økonomiske overvejelser**

Arbejdsgruppens anbefalinger baseres primært på gode behandlingstilbud, klinisk effekt og en hensigtsmæssig organisation. De økonomiske implikationer er vanskelige at vurdere, men diskuteres nedenfor:

##### *Udgifter på niveau 1*

##### **Efteruddannelse af alment praktiserende læger**

Den alment praktiserende læge får ikke nye opgaver ved gennemførelse af arbejdsgruppens anbefalinger. Primær diagnose og viderehenvielse af patienter med spiseforstyrrelser har hele tiden hørt til almenlægens opgaver, ligesom deltagelse i efterbehandlingen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at efteruddannelse af lægerne først og fremmest bør ske ved de respektive amtslige spiseforstyrrelsesteams.

##### **Styrkelse af den kommunale**

##### **sundhedstjenete**

Mange forebyggelsesopgaver placeres i disse år hos sundhedsplejersker og læger, der arbejder med børn og unge i ”første linie” hvorved forstås sundhedsplejerskens hjemmebesøg og sundhedsarbejdet i skolerne. Ressourcerne, som kommunerne afsætter til de kommunale sundhedstjenester, er imidlertid blevet skåret ned de senere år, således at sundhedstjenesterne har stigende opgavepres samtidig med at de er økonomisk pressede.

##### *Udgifter på niveau 2*

##### **Oprettelse af amtslige ½**

##### **spiseforstyrrelsesteams**

Oprettelse af et spiseforstyrrelsesteam i hvert amt, med det formål at samle visitation og behandling af spiseforstyrrelser i amtet, kræver fysiske rammer og specialuddannet personale.

De fysiske rammer kan være eksisterende afdelinger evt. efter ombygning eller nye lokaliteter. Det vil være meget forskelligt, hvor dyrt det vil være for et amt. Det afhænger af, om man i forvejen råder over egnede lokaler, eller hvor meget der i givet fald skal ombygges/nybygges/lejes. Der er stor forskel på, hvad amternes tilbyder i dag hvad angår behandling af spiseforstyrrelser. Lokalemæssigt er det kun ganske få amter, der har muliggjort en samling af visitation og behandling af spiseforstyrrelser uanset alder, fx ved at

knytte funktionen til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

### ***Personaleudgifter***

Personale til spiseforstyrrelsesteamet kan i et vist omfang overflyttes fra andre psykiatriske enheder, der har varetaget behandlingen, men det vil for de fleste amters vedkommende være nødvendigt at nynormere stillinger. Det kan være vanskeligt at pege på, hvor mange stillinger af bestemte personalegrupper, der er behov for at nynormere. Der vil dog på sigt være brug for nynormering af mindst én af følgende stillingskategorier med specialisering i spiseforstyrrelser: overlæge, afdelingslæge, psykolog, diætist, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver, afdelingspersonale og sekretær. Det er erfaringen fx fra Århus Amt, at der i forbindelse med etablering af et tidssvarende behandlingstilbud kan ske en betydelig øgning af antallet af patienter, der bliver henvist til specialiseret behandling. Generelt er der jævnfør kapitel 4.2 formodentlig et udækket behov for behandling i mange amter. Det er forbundet med nogen usikkerhed, hvor længe den dokumenterede voldsomme stigning i behandlingsaktivitet vil fortsætte, men misforholdet mellem de anslåede hyppigheder af spiseforstyrrelser og behandlingskapaciteten peger på, at en øgning af personalekapaciteten er nødvendig. En præcis vurdering af behovet for nynormering i det enkelte amt afhænger således af, hvor

udbygget behandlingen er i amtet i dag.

Efteruddannelse vil typisk skulle leveres af den højt specialiserede afdeling til de amtslige spiseforstyrrelsesteam i den pågældende region. Dels som undervisning og supervision, dels som mulighed for praktikophold på den højt specialiserede afdeling.

### ***Udgifter til sengepladser***

De 74 senge til behandling af spiseforstyrrelser på landsplan er for lidt. Der er formodentlig behov for i alt 100 senge fordelt med 75 på niveau 2 og 25 på niveau 3, så der vil være behov for yderligere 26 senge på landsplan. Da der kun er 18 landelscentersenge med fuld højt specialiseret funktion, hvoraf ca. 10 senge betjener lokalamtslige patienter, vil der være et behov for etablering af yderligere 15 landelscentersenge med fuld højt specialiseret funktion (niveau 3) og dertil en udbygning af sengekapaciteten i tilknytning til de amtslige spiseforstyrrelsesteams på 10 senge. Da kvaliteten af behandlingen knyttet til de eksisterende amtslige senge ikke er tilfredsstillende må der også påregnes udgifter til forbedring af behandlingen knyttet til de eksisterende senge.

### ***Udgifter på niveau 3***

Sengepladser og ambulante tilbud til patienter på landsdelsniveau vil kræve en

opnormering, selvom oprettelse af specialisteams i amterne i nogen grad vil kunne aflaste det højt specialiserede niveau sammenlignet med forholdene i dag. Der må dog regnes med en yderligere belastning af landsdelscentrene i en overgangsperiode indtil funktionen på specialistniveau i de respektive amter er fuldt etableret ligesom der vil være udgifter til de manglende 10 senge.

Undervisning, supervision og rådgivning af de amtslige teams vil kræve ressourcer fra landsdelsafdelingerne .

Der pågår et arbejde på Center for Spiseforstyrrelser i Århus med at udvikle en klinisk database vedr. behandlingseffekt. Denne database kan evt. udvikles til en landsdækkende spiseforstyrrelsesdatabase.

En øget forskningsindsats vil herudover medføre udgifter.

### *Socialpsykiatrisk støtte*

Satspuljemidlerne for 2003 –2006 vil bl.a. blive brugt på udvikling af samarbejdet mellem social - og sundhedssektoren om rehabilitering af spiseforstyrrede. Der er afsat 5,9 mio. i 2003 og 8,5 mio. i hvert af årene 2004-2006.

Det kan forventes, at der i perioden opnås erfaring med egnede modeller for rehabilitering, samt at det kan vurderes, hvad det vil koste at implementere dem.

## REVISION AF DENNE RAPPORT

Arbejdsgruppen anbefaler, at denne rapport revideres om senest 5 år i lyset af udviklingen på området.



# Bilag I

## DSM-IV-kriterier for AN, BN, EDNOS AN (DSM-IV)

- Afvisning af at opretholde kropsvægten på eller over minimumsvægten for alder og højde (dvs. vægttab der fører til opretholdelse af en kropsvægt på mindre end 85% af den forventede eller udebliven af forventet vægtøgning under en periode med vækst, hvilket fører til en kropsvægt på mindre end 85% af den forventede).
- Intens frygt for at tage på eller blive fed trods undervægt
- Forstyrrelse i oplevelsen af ens kropsvægt eller form, overdreven indflydelse af kroppens vægt og figur på selvopfattelsen eller benægtelse af alvoren i den aktuelle lave kropsvægt
- Hos postmenarkiske kvinder, amenorré, dvs. fravær af mindst tre på hinanden følgende menstruationscykli. (En kvinde anses for at have amenorré, hvis hendes menstruationer kun finder sted pga fx østrogenbehandling)

### Specifik type:

*Restriktiv type:* under den aktuelle episode med AN har der ikke regelmæssigt optrådt episoder med overspisning eller udrensende adfærd (fx i form af selvinduce-

ret opkastning eller misbrug af laksantia, diuretika eller lavementer).

*Bulimisk type:* under den aktuelle episode med anoreksia nervosa har personen regelmæssigt overspist eller udrenset sig (i form af selvinduceret opkastning eller misbrug af laksantia, diuretika eller lavementer).

## BN (DSM-IV)

- Tilbagevendende episoder med overspisning. En episode med overspisning er karakteriseret ved følgende to faktorer:
  - i) spisning, inden for en afgrænset tidsperiode (dvs. inden for en to timers periode) af en mængde mad som er definitivt større end hvad de fleste ville spise i en lignende tidsperiode og under lignende forhold
  - ii) en følelse af mangel på kontrol over spisningen under episoden (dvs. en følelse af ikke at kunne holde op med at spise eller kontrollere hvad og hvor meget man spiser)
- Tilbagevendende uhensigtsmæssig kompenserende adfærd for at forhindre vægtøgning i form af selvinduceret opkastning eller misbrug af laksantia, diuretika, lavementer eller anden medicin; faste eller overdreven motion)
- Overspisning og den uhensigtsmæs-

sige kompensation herfor finder i gennemsnit sted mindst to gange ugentligt i tre måneder.

- Selvfølelsen er i urimelig grad påvirket af kroppens form og vægt.
- Forstyrrelsen forekommer ikke udelukkende under episoder med anoreksia nervosa

### **Specifik type:**

*Udrensende type:* under den aktuelle episode med BN, har der regelmæssigt optrådt episoder med selvinduceret opkastning eller misbrug af laksantia, diuretika eller lavementer

*Ikke-udrensende type:* under den aktuelle episode med BN har der regelmæssigt optrådt episoder med anden uhensigtsmæssig kompenserende adfærd såsom faste eller overdreven motion, men der har *ikke* regelmæssigt været episoder med selvinduceret opkastning eller misbrug af laksantia, diuretika eller lavementer.

BED er i DSM IV klassificeret som en af lidelserne under betegnelsen Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) og defineres som:

Gentagne episoder med binge-eating uden de for BN karakteristiske opkastninger. Forskningskriterierne omfatter:

- A. Gentagne episoder med binge eating, som er karakteriseret af:
1. at mad, indenfor en tidsafgrænset

periode (fx inden for 2 timer), indtages i mængder, som helt klart er større, end det de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode og under tilsvarende omstændigheder

2. en følelse af kontroltab i forhold til fødeindtagelsen (fx. en følelse af ikke at kunne stoppe med at spise, eller kontrollere hvad og hvor meget man spiser).

B. Binge eating episoderne skal være forbundet med mere end 3 af følgende karakteristika:

1. spiser hurtigere end normalt
2. spiser, så man føler sig ubehagelig mæt
3. spiser store mængder mad uden fysisk at føle sult
4. spiser alene fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser
5. føler væmmelse, tristhed eller skyld efter overspisning

C. Binge eating episoderne skal være forbundet med betydeligt ubehag

D. Binge eating episoderne forekommer gennemsnitligt mindst 2 dage om ugen, set over en 6 måneders periode

E. Binge eating er ikke forbundet med regelmæssig brug af uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (fx. opkast-

ning, faste, omfattende motion) og forekommer ikke i forløbet af AN og BN.

## ***Bilag II***

### **Supervision og støtte til personalet.**

#### **Lærings,- og refleksionsrum for personalet**

At behandle anoreksipatienter kræver en stadig faglig udvikling og læring i afdelingen og en faglig og personlig udvikling hos det enkelte personalemedlem. I organiseringen af afdelingen skal der gives mulighed for undervisnings - og temadage, faglig vejledning af miljøpersonalet, tværfaglig supervision og tværfaglige konferencer for hver enkelt patient.

#### **Undervisnings og temadage.**

Personalet skal have grundig viden om sygdommen og dens kompleksitet. Generel viden om somatik, biologi og psykiatri, viden om udviklingspsykologi, psykologiske mekanismer hos det enkelte individ og i grupper. Derfor bør der være faste undervisningsdage. Relevant teoretisk materiale kan være oplæg til disse med vidensformidling og diskussioner i forhold til praksis.

Et behandlingsmiljø er en bevægelig mekanisme og på halvårslige temadage med den samlede personalegruppe er der mulighed for at stoppe op, reflektere over, justere og udvikle behandlingsmiljøet i forhold til målene og den behandlingskultur man ønsker skal danne grundlaget i afdelingen.

### **Faglig vejledning**

Den sygeplejefaglige vejledning af miljøpersonalet har til hensigt at skabe læring gennem refleksion og at støtte den problemløsende adfærd.

I den faglige vejledning hentes hjælp og opbakning til at komme videre med vanskelige og fastlåste personlige/faglige problemstillinger og der gives mulighed og rum for at luften tvivl og dilemmaer. Den faglige vejledning fremmer muligheden for at skabe nye ideer og se sig selv og sin praksis i et nyt lys.

Den faglige vejledning skal foregå på bestemte tidspunkter hver eller hveranden uge. Den kan arrangeres både som åben og lukket gruppe.

### **Supervision**

Udover den faglige vejledning bør det tværfaglige team tilbydes fælles supervision af en ekstern supervisor.

Det er kendt at patienter med anoreksi kan sætte mange følelser i gang i personalet, så det kan blive svært at opretholde en professionel behandling. Patienternes modstand, deres manglende håb, den langsommelige helbredelse og deres ofte umodne forsvarsmekanismer f.eks. splitting idealisering, afvisning og benægtelse kan smitte eller ramme både det enkelte personalemedlem men også hele behandlingstilblivet. Personalet kan miste troen på værdien af egen behandling, trættes af manglende anerkendelse fra patienter på trods af deres store arbejde, uenighed og

destruktive diskussioner kan opstå, når patienten udvælger ”gode” og ”onde” behandlere. Der er risiko for at personalet enten ”adopterer” patienten eller udskriver hende i vrede og afmagt.

I personalegruppen skal der være åbenhed, om de følelser der opstår i arbejdet med patienterne.

Alt fra irritation, vrede, angst, hjælpeløshed, følelse af mindreværd og afmagt skal kunne udtrykkes og rummes.

Supervisors opgave er at identificere og give rum for personalets tanker og følelser i relation til patientbehandlingen m.h.p. at optimere behandlingen gennem en fælles forståelse af patienten, kontinuitet og sammenhæng i behandlingsarbejdet.

### **Tværfaglige konferencer**

Behandlingen af anoreksipatienter kræver et bredt tværfagligt behandlerteam. På konferencer/afdelingsmøder deltager hele behandlergruppen, de forskellige forståelser af og oplevelser med patienten deles, så man får et bredt og nuanceret billede af patienten. Der skal være åbenhed og gøres plads til uenigheder. På konferencerne planlægges og besluttes behandlingen ud fra den fælles forståelse, så patienten oplever en meningsfuld og sammenhængende behandling.

## ***Bilag III***

### **Miljøterapi til patienter med anoreksi indlagt på psykiatrisk afdeling**

Miljøterapi er en central del af behandlingen under hospitalsindlæggelse. Miljøterapien går ud på at skabe et forudsigeligt, tolerant, rummende og grænsesættende miljø, hvor man aktivt bruger dagligdagens aktiviteter, oplevelser og samvær til at støtte patienten i en konstruktiv udvikling.

Anoreksien kan billedliggøres som en snylter, der efterhånden inficerer stadig større dele af patientens liv. Ligeledes kan den inficere et behandlingsmiljø, så man i stedet for at støtte patienten i en sund udvikling kommer til at samarbejde med de anorektiske kræfter i pigen. Miljøterapien skal udformes, så behandlingshverdagen udgør et værn mod de anorektiske kræfter, og den skal tilbyde og udvikle et alternativ hertil

Patientens dårlige kontakt med sig selv og den anorektiske levevis besværliggør hendes kontakt til andre og hun har ofte massive problemer i sine relationer. Man kan gennem dagligdags aktiviteter og de interaktioner der sker i miljøterapien hjælpe patienten til større kendskab til egne tanker følelser, adfærd og til sit samspil med andre.

Skamfølelse rammer ofte patienter med anoreksi og hyppigt oplever de ikke at fortjene at være elsket. At forlade den

anorektiske levemåde er forbundet med angst og tvinger dem ud i snyd og modarbejdelse af behandlingen. Det kan give frustrationer i behandlergruppen og man kan forledes til at blive straffende, fordømmende og moraliserende. Af angst for at indtage denne position kan man i stedet blive for eftergivende og komme til at samarbejde med pigens anorektiske kræfter. Begge positioner er uheldige. Den første vil bekræfte patienten i sit ringe selvværd og den anden vil fastholde patienten i sygdommen. Det kræver, at personalet formår at balancere mellem omsorg og forståelse og neutralt og roligt at fastholde behandlingsrammerne. En forudsætning herfor er stor viden om og erfaring med anoreksipatienter.

Det kan være en vanskelig og langvarig opgave at behandle indlagte anoreksipatienter. Den største vanskelighed er nok, at patientens sygdomsfølelse og sygdomsindsigt er ringe og deres motivation for helbredelse er meget svingende. Det er en stor og vedvarende opgave at få opbygget og vedligeholdt en behandlingsalliance, og man skal vide at den er ustabil. Som et vigtigt element i dette indgår reel information til patient og pårørende om sygdommens fysiske og psykiske komplikationer. Det er en opgave, der kræver specialuddannet personale og man kan med fordel samle patientgruppen så større viden og erfaring udvikles.

#### **Holdninger i miljøet.**

Anoreksibehandling kræver en tydelig

behandlingsmodel med fast struktur og klare linier. En model med forholdsvis få muligheder for at vælge til og fra dæmper patientens ambivalens og angst. Som fagperson skal man have gjort op med sig selv, om man loyalt støtter og bakker op om behandlingsmodellen, så man ikke lammes af overdreven forståelse for patientens uro for maden og vægtøgningen. Uroen skal rummes samtidig med, at man holder fast i målet og behandlingen. Man skal være tydelig og forudsigelig som modvægt til patienternes oplevelse af angst og kaos.

For at fremme patientens medbestemmelse, ansvar og motivation inddrages hun i stigende grad i beslutninger i takt med bedring af sygdommen.

Man skal være vedholdende og konsekvent og samtidig kunne handle fleksibelt og individuelt inden for behandlingsrammerne.

Som personale rammes man ofte af patienternes følelse af afmagt og håbløshed, og af deres manglende tro på behandlingen. Man skal hjælpe hinanden med at holde fast i behandlingen og bære håbet for patienten. Håbet om og troen på at der findes et alternativ til det besværlige og invaliderende liv, anoreksien byder dem. Sygeplejersken må have realistiske forventninger til behandlingseffekt, en balance mellem behandlings optimisme og realisme for sammen med patienten at sætte realistiske mål og justere behandlingen i forhold hertil.

Anoreksipatienten har behov for at vide, at vi ikke betragter hende som rask, når målvægten er nået. At vi vil hjælpe hende til at mestre de følelser og de problemer, der dukker op i takt med at vægten stiger og at der skal findes et alternativ til den anorektiske levevis.

Miljøterapien er en støtte til og en del af den øvrige behandling og har de samme langsigtede mål:

- korrektion af alvorlige og livstruende komplikationer
- at patienten opnår og vedligeholder en biologisk forsvarlig og stabil vægt og normaliserer sine spisevaner
- at patienten opnår større kendskab til sig selv og sit samspil med andre mennesker, og de psykologiske og sociale kompetencer udvikles
- .at patienten støttes i at udvikle en sundere identitet og erstatte den anorektiske levevis med et indholdsrigt og meningsfyldt alternativ

### **Kortsigtede mål**

I miljøterapien arbejder man oftest med små kortsigtede realistiske mål, der fremmer patientens mestrings- og kontroloplevelse.

Patientens behov for støtte vil variere i forhold til sygdomsgraden, og hvor i behandlingsforløbet patienten er. Det kan spænde fra patienter, der er fast sengeliggende med sondeernæring til patienter, der er i en udskrivelsesproces.

Man kan med fordel opdele behandlingen i faser, evt. i forhold til vægtøgning.

Overskueligheden lettes og glæden over stigende mestringssevne fremmes, hvis man opererer med delmål for de forskellige faser i behandlingsforløbet.

Ligeledes beskrives hvilke aktiviteter, der kan tillades, og på hvilket niveau de kan udføres i de forskellige faser. Faste regler for disse forhold imødegår mange ukonstruktive diskussioner mellem personale og patient, og det giver patienten ro at blive fritaget fra indre pinagtige diskussioner om at give efter for anoreksien eller samarbejde om behandling. Det er selvfølgelig vigtigt, at der inden for rammerne er mulighed for en vis fleksibilitet i forhold til den enkeltes individualitet og behov. Men rammerne og personalets sikkerhed i forhold til behandlingen er ofte en forudsætning for, at patienterne tør slippe kontrol og tage imod hjælp til at slippe anoreksien.

(ses i bilag 5). Et sådant faseinddelt behandlingsprogram fra CFS Århus. )

### **Den somatiske tilstand**

I behandlingen af anoreksipatienter er det nødvendigt, at miljøpersonalet i overvejende grad består af sygeplejersker, som er i stand til at observere, vurdere og i samarbejde med lægerne at behandle patientens fysiske tilstand. Derudover er forebyggelse af anoreksiens somatiske komplikationer et væsentligt element i plejen af patienterne. I øvrigt henvises til

beskrivelsen af de somatiske komplikationer

### **Selvmutilering**

Når en patient begynder at skade sig, kan det virke meget voldsomt på personalegruppen. Det fremkalder afsky, medlidenhed, forskrækkelse og irritation. Det er forbundet med stor skamfølelse for patienten at ty til selvdestruktion i form af at kaste op, at ridse, snitte, eller måske endda brænde sig. Man må balancere mellem at give opmærksomhed og at af-dramatisere problemet.

Sygeplejersken skal sammen med patienten forsøge af afdække patientens selvdestruktive adfærd.

At arbejde kognitivt, hvor man støtter patienten til at se sammenhængen mellem hændelser, tanker følelser og adfærd kan hjælpe patienten til at finde alternative strategier, når trangen opstår.

At påføre sig selv smerte kan:

- 1 dæmpe indre spændinger
- 2 aflede vrede og angst
- 3 frembringe en illusion af kontrol
- 4 give en oplevelse af at udøve en form for egenomsorg - jeg plejer mine sår
  - kan hjælpe til at føle at sig mere hel hvis kroppen opleves som noget fremmed
  - skabe en sammenhæng mellem indre følelser og ydre fremtoning
  - fremkalde gode minder om omsorg, da man var syg



Man må altid gøre sig overvejelser om og indgå i dialog med patienten om hvorvidt selvmutileringen er i suicidalt øjemed.

### **Måltidet**

Det væsentligste i begyndelsen af indlæggelsen er, at patienten får stabiliseret den somatiske tilstand, og det vigtigste bidrag hertil er, at patienten bliver i stand til at spise og tage på i vægt.

Under måltidet skal sygeplejersken udvise støtte og fasthed i forhold til de krav, der stilles til patienten, og patienten skal vide, hvad der forventes af hende i forhold til måltidet.

Personalet spiser med ved måltidet sammen med patienten, dels som rollemodeller dels for at støtte patienten. Der skal ikke diskuteres kalorieindhold, tilberedning, smag, indhold og lignende, som patienten ofte gerne vil samtale om, men bevares en almindelig rolig samtale ved måltidet, hvor personalet kan udvise fast støttende omsorg for, at patienten får spist maden.

Der må foreligge faste regler for, hvordan man forholder sig, hvis patienten ikke kan lide maden, levner, slet ikke vil spise - men personalet skal altid udstråle, at man selvfølgelig forventer, at hun spiser. Patienterne har ofte udviklet sære spisevaner og et begrænset udvalg af tilladte fødeemner. Ved planlægning af maden er det vigtigt at samarbejde med diætisten. Målet bør være at kosten normaliseres og

indeholder, hvad forskrifter for sund kost anbefaler. Hvis patienten inddrages i planlægningen af evt. diæt skal det være i samarbejde med diætisten i aftalte tidsrum. Hvis ikke opstår der oftest oplidende diskussioner ved alle måltider. Patienten bør efterhånden medinddrages i planlægningen af og ansvaret for maden for at involvere, motivere og ansvarliggøre hende. Anoreksipatienter sammenligner sig ofte med hinanden under måltidet. Det angår både måden at indtage maden, hastigheden hvormed der spises og portionsstørrelse. I sammenligningen kan der opstå følelser af grådighed, hvis man skal have mere end de andre, hvis måltidet starter eller slutter før de andre. Der kan opstå misundelse og vrede, hvis snyd ses hos en af medpatienterne. Patienterne kan i deres ønske om at være perfekte komme til at kæmpe om at være den bedste anorektiker. Personalet må nedtone den destruktive konkurrencementalitet, og arbejde på at få patienten til at koncentrere sig om sit eget måltid.

Måltiderne serveres på bestemte tidspunkter, og der skal foreligge regler for, hvor længe de forskellige måltider må vare. Oftest vil man sige ½ time til hovedmåltider og 20 minutter til mellemmåltider. Efter måltidet skal et personalemedlem være sammen med patienten 1 time efter hovedmåltiderne og ½ time efter mellemmåltiderne for at forhindre patienten i at kaste op, motionere kraftigt, og for at støtte patienten på det tidspunkt,

hvor hun ofte har det svært, fordi hun har tilladt sig at spise. I samværstiden efter måltider kan, udover muligheden for at tale om tanker og følelser i forbindelse med måltidet, lægges forskelligt meningsfyldt og afledende indhold, f.eks. kreative aktiviteter, undervisning, højt-læsning eller lignende.

Patienten har tit en alt eller intet holdning - hun har en angst for, at hvis hun spiser bare lidt, vil hun miste kontrollen og give fuldstændig los, så spisningen bliver ustoppelig. Patienten bør forsikres om, at den nuværende behandling, hvor kroppen får, hvad den har brug for og sultfor-nemmelse forebygges, er det bedste for-svar mod og den bedste behandling af overspisning.

Princippet for måltiderne er, at personalet tager ansvaret og giver det tilbage til pa-tienten i takt med, at de kan mestre det.

### **Sondeernæring**

I tilfælde af at patienten ikke er i stand til at indtage sin mad, kan sondemad blive løsningen i en periode. Patienten skal in-formeres om de medicinske indikationer for sondeernæring, og at det er et valgbart alternativ til fast føde. Sondemad skal præsenteres som en nødvendig omsorg for patienten og ikke en straf. Hun skal have tid til at indstille sig på det. Det mindsker risikoen for evt. iværksættelse af tvangsforanstaltninger og fremmer mu-ligheden for, at hun vælger at indtage maden på normal vis.

I litteraturen er beskrevet, at patienter, har oplevet det at blive sondemadet som overgreb, men at de i dag som raske ikke ser, at der var anden mulighed på tids-punktet. (reference)

I forbindelse med sondelægning må man tilstræbe en neutral stemning. Hvis det er muligt bør patienten under sondenedlæg-ning sidde i en stol for at nedtone det reg-ressive element i at made patienten.

Nogle steder fjernes sonden efter hvert måltid for at signalere til patienten, at man forventer, at hun spiser næste gang.. Andre steder gives permanent sondeer-næring, indtil en behandlingsalliance be-gynder at spire, og patienten tør tro på behandlingen og personalet.

Når det vurderes, at patienten er klar til selv at indtage føde startes med et måltid, indtil dette mestres til fulde. De øvrige måltider gives som sondeernæring. Her-efter inddrages endnu et måltid og så fremdeles, indtil patienten spiser alle måltider. Om man vælger den ene eller anden fremgangsmetode er ikke så væ-sentlig. Væsentligt er det, at der er helt klare retningslinier for, hvordan procedu-ren er i de respektive af delinger, og at formålet er hurtigst muligt at få patienten til at spise selv.

### **Vægt**

Sygeplejersken må udvise respekt for, at vejning kan være/er meget angstprovoke-rende for patienten

Der skal foreligge en procedure for, hvor

ofte og hvornår anoreksipatienten skal vejes ((*Hvor ofte??*))

Vejningen skal ske på samme tidspunkt af døgnnet helst om morgenen. Under vejningen skal patienten kun være iført undertøj. Man skal veje patienten på den samme vægt hver gang.

Anoreksipatienter er ofte vant til at veje sig op til flere gange dagligt. Kontaktsygeplejersken skal anerkende hendes frygt for at blive fed, men samtidig arbejde med patientens tillid til at kunne stole på, at vægtøgningen bliver som aftalt i behandlingsplanen. Patienten kan tage 3-4 kg på i den første uge eller tabe sig afhængigt af om patientens var dehydreret eller havde ødemer ved indlæggelsen.

Dette skaber stor angst og manglende tillid. Men patienten skal beroliges med, at når væske og elektrolytter er i balance, stabiliserer vægten sig. Mange patienter vil gerne kunne kontrollere vægtstigningen fuldt ud. Men vægten og øgningen skal ses over længere tid, da mange faktorer influerer herpå.

### **Fysisk aktivitet**

Patientens fysiske aktivitet bør afhænge af hendes fysiske tilstand og vil under en indlæggelse kunne variere fra sengeleje med fast vagt til fri aktivitet. Sengeleje med fast vagt ordineres i den fase, hvor patienten er så fysisk svækket med risiko for kardiovaskulære problemer, at det helbredsmæssigt ikke er forsvarligt for patienten at være oppegående. Den faste

vagt er hos patienten døgnnet rundt for at forhindre hende i at motionere og kaste op. Det er nødvendigt at bremse anoreksipatienter med stor motionstrang i fysisk aktivitet, at have faste rammer og aftaler for bevægelse og hjælpe til større bevidsthed om, hvornår det er anoreksien, der styrer deres adfærd. De skal hjælpes til at finde alternative måder at mestre indre pres og få deres trang til bevægelse kanaliseret ind i en konstruktiv udvikling, hvor det mere bliver glæden over egen krop og dens muligheder der styrer aktiviteterne. Det er vigtigt at inddrage fysioterapeuten i dette arbejde på alle niveauer, fra afspænding og massage ved sengeleje til udfoldelse gennem leg og senere kropsterapi, hvor patienten lærer sin krops signaler at kende.

### **Udskrivning**

Det kan for mange patienter være svært at skulle klare sig udenfor hospitalet efter en ofte langvarig indlæggelse og risikoen for tilbagefald ved udskrivelse er stor, hvis der ikke foregår langsom udslusning, etableres ambulant behandling, daghospitalsbehandling eller/og andre støtteforanstaltninger

Planlægningen af udskrivelse skal ske i god tid så samarbejdet med de, der skal støtte patienten efter udskrivelse er etableret.

Mulighederne for støtte efter udskrivelse er stadig meget begrænsede og der er behov for udbygning af disse muligheder,

både i form af institutionspladser, støtte i hjemmet og samarbejde med lokal- og distriktspsykiatri.

### **Gruppeterapi**

Af helbredende faktorer i gruppesammenhænge kan nævnes:

- genkendelse og sammenhørighed
- at give håb
- almengørelse af sine tanker og følelser
- at dele sin viden og lære af andre
- at være noget for andre
- forstå sociale samspil
- at få udfordret og testet egne antagelser.

Gruppeterapi og/eller gruppeterapeutiske aktiviteter er selvfølgelig mest aktuel på afdelinger, hvor flere patienter med *AN* er indlagt eller i ambulans behandling samtidig. Der er i Danmark gode erfaringer med systemisk gruppeterapi af *AN* patienter med en BMI>16 i såvel ambulans regi som under indlæggelse (Stolpegård).

Mange patienter har gennem lang tid isoleret sig og har brug for at genopøve eller udvikle kompetence i sociale sammenhænge. Via forskellige gruppeaktiviteter, er der mulighed for at lære sig selv og sit samspil med andre at kende, og udvikle og styrke de relationelle aspekter.

Grupperne kan indholdsmæssigt knytte

an til de forskellige mål for indlæggelsen. Eksempler på tiltag der kan etableres i gruppe:

- psykoedukation
- kognitive grupper m.h.p. symptom-mestring
- krops- og seksualitetsgruppe
- krop og bevægelse
- tegne - maleterapi
- psykodrama
- ud af huset gruppe
- weekendforberedelse og opsamling

### **Familiesamarbejde**

Aldersmæssigt spænder patienterne vidt, og samarbejdet med familierne må individualiseres i forhold til patienternes relation til og afhængighed heraf.

Mange familier har været ude for et stort pres, når de gennem længere tid har skullet hjælpe og støtte patienten. De har brug for en grundig information om behandlingsarbejdet og en klar og tydelig samarbejdsaftale med dem. Det er for behandlingssuccesen af stor betydning at familien bakker op og inddrages under hele forløbet. Patienter over 18 år skal inddrages i og acceptere det familiemæssige samarbejde.

Det kan være hensigtsmæssigt for både patient og pårørende, at personalet hjælper med at sætte rammerne for den kontakt, der skal være under indlæggelsen. Forholdet kan have behov for at blive aflastet og etableret på en ny og mere hensigtsmæssig vis.

Mange familier oplever det sårbart at blive nødt til at indlægge deres pårørende.

Det er vigtigt, at de får hjælp til at acceptere dette og samtidig støttes til igen at udvikle deres kompetence som pårørende og patientens støtte. Det kan f. eks udvikles gennem grundig forberedelse og evaluering mellem kontaktperson, patient og familie, når patienten igen begynder at besøge familien.

Både familie og patient skal forberedes på, at et behandlingsforløb ofte er forbundet med ubehag og modstand, at svære følelser, tanker og adfærd kan aktiveres. Men at dette er en nødvendig og forventelig del af behandlingsforløbet. Familien skal forberedes på, at patienten måske vil presse dem til udskrivelse, når kun har det svært under indlæggelsen.

Mange patienter har besværlige relationer til deres familier. Som personale må man rumme og have forståelse herfor. Men det er samtidig vigtigt at opbløde kontakten, da mange af patienterne i forvejen har dårlige netværk, og oftest er bedst hjulpet ved at få genetableret en mere konstruktiv kontakt

## Bilag IV

---

**FOR TELEFONISK  
HENVENDELSE:**

Tlf. 77 89 43 17

Tirsdag kl. 15.00 - 16.30  
Torsdag kl. 15.00 - 16.30

---

**FOR E-MAIL  
HENVENDELSE:**

[spiseforstyrelser@buh.aaa.dk](mailto:spiseforstyrelser@buh.aaa.dk)

Udenfor åbningstiderne kan der indtales besked på telefonsvarer, og der vil blive ringet tilbage på rådgivningsdagen.

**ÅBEN  
TELEFON  
RÅDGIVNING**

**SPISEFORSTYRELSE**



Lidelse, hjælp og nærvær med  
Patient og Børn og Udviklingsforstyrrelser

*Center for Spiseforstyrrelser*

Aarhus UniversitetsHospitalet  
1200E-30, 8000 ÅRHUS NØRDKYB

## Reference List

- (1) Waaddegaard M. Validering af et spørgeskema til undersøgelse af forekomsten af risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser i Danmark. 1996. København, DIKE.  
Ref Type: Report
- (2) Waaddegaard M. Risk behavior related to eating disorders among Danish adolescents. 2002. [København], National Institute of Public health.  
Ref Type: Report
- (3) Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Hvor stort er problemet og hvordan kan man forebygge. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
- (4) Waaddegaard M. Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser blandt danske kvinder. København: Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen, 2002.
- (5) Spiseforstyrrelser. Voksne omkring børn og unge kan være med til at forebygge, at spiseforstyrrelser udvikler sig. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
- (6) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (2nd ed.). vii ed. Washington, DC, US: American Psychiatric Association, 2000.
- (7) Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i specialhelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
- (8) Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25(1):143-156.
- (9) Moller-Madsen S, Nystrup J, Nielsen S. Mortality in anorexia nervosa in Denmark during the period 1970-1987. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(6):454-459.
- (10) Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24(2):201-viii.
- (11) Emborg C. [Mortality and causes of death in patients with eating disorders in Denmark, 1970-1993]. *Ugeskr Laeger* 2001; 163(25):3476-3480.
- (12) Brownell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity. The Guildford Press, 1995.
- (13) Svendsen OL, et al. Fedme i Danmark. En rapport fra Dansk "Task Force on Obesity" under Dansk Selskab for Adipositasforskning. København: Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL), 2001.
- (14) Fichter MM, Quadflieg N, Gnutzmann A. Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4):385-405.
- (15) The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
- (16) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). xxvii ed. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.(1994). xxvii, 886 pp., 1994.
- (17) The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1992.
- (18) Lask B, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. 2nd edition ed. Hove: Psychology Press,

- 2000.
- (19) Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(5):147-152.
- (20) Godt K. Personality Disorders and Eating Disorders: The Prevalence of Personality Disorders in 176 Female Outpatients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 2002; 10(2):102-109.
- (21) Godt K. Spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser. Århus: Århus Universitet, 2000.
- (22) Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. Personality disorders in children and adolescents. New York: Basic Books, 2000.
- (23) Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 2001; 158(4):547-562.
- (24) Hay PJ, Bacaltchuk J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). *The Cochrane Review* 2002;(4).
- (25) Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10(4):647-656.
- (26) Kortegaard LS. Arvelighed af spiseforstyrrelser - belyst ud fra en uselekteret tvillingepopulation. Odense: Syddansk universitet, 1999.
- (27) Kortegaard LS, Hoerder K, Joergensen J, Gillberg C, Kyvik KO. A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. *Psychol Med* 2001; 31(2):361-365.
- (28) Skårderud F. Stærk/Svag. En håndbog om spiseforstyrrelser. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
- (29) Soundy TJ, Lucas AR, Suman VJ, Melton LJ, III. Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychol Med* 1995; 25(5):1065-1071.
- (30) Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991; 148(7):917-922.
- (31) Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(4):259-265.
- (32) Gotestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995; 18(2):119-126.
- (33) Cullberg J, Engstrom-Lindberg M. Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78(3):314-319.
- (34) Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, van der GY, Limpens VE, Maiwald M et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152(9):1272-1278.
- (35) Beglin SJ, Fairburn CG. Evaluation of a new instrument for the detection of eating disorders in community samples. *Psychiatry Res* 1992; 44(3):191-201.
- (36) Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Mangweth B, Biebl W. Binge eating disorder in females: a population-based investigation. *Int J Eat*



- Disord 1999; 25(3):287-292.
- (37) Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 1999; 37(5):405-418.
- (38) Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pre-treatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study. *Int J Eat Disord* 2001; 29(4):393-400.
- (39) Geller J, Cockell SJ, Drab DL. Assessing readiness for change in the eating disorders: the psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychol Assess* 2001; 13(2):189-198.
- (40) Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(4):391-420.
- (41) Snyder CR, Scott TM, Cheavens S. Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos and Expectancies. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, editors. *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington, DC. London: American Psychological Association, 1999: 179-200.
- (42) Organisering og behandling af spiseforstyrrelser i KAS og H:S. Rapport udarbejdet af arbejdsgruppe nedsat af afdelingsledelserne KAS og H:S. 2002. KAS og H:S.
- Ref Type: Report
- (43) Cooper Z, Fairburn C. The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1987; 6(1):1-8.
- (44) Udviklingscenter for anorexia nervosa Odense Universitetshospital og børnepsykiatrisk afdeling Bispebjerg Hospital. EDE (Dansk version). 1995.
- (45) BAB-S: Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi - Somatisk anamnese og Status. Center for Spiseforstyrrelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, 2003.
- (46) BAB-B: Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi - Baggrund. Center for Spiseforstyrrelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, 2003.
- (47) BAB-F: Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi - Forældreinterview. Center for Spiseforstyrrelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, 2003.
- (48) Det børnepsykiatriske Hus Odense Universitetshospital. Structured clinical interview for diagnosis (SCID - II) (Dansk version: Diagnostik af personlighedsforstyrrelser). 1998.
- (49) Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. *Manual of Eating Disorders inventory-2 (EDI-2)*. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1991.
- (50) Det børnepsykiatriske Hus Odense Universitetshospital. EDI - 2 (Dansk version). 1996.
- (51) Rief W, Fichter M. The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology* 1992; 25(3):128-138.
- (52) Psykiatrisk forskningsenhed Frederiksborg Amt Institut for Syg-

- domsforebyggelse Institut for Klinisk Psykologi. SCL 92 (dansk version). Ukendt 1992.
- (53) Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9(2):273-279.
- (54) Det børnepsykiatriske Hus Odense Universitetshospital. EDI - C (Dansk version). 1996.
- (55) Det børnepsykiatriske Hus Odense Universitetshospital. EAT - 26 (Dansk version). 1995.
- (56) Det børnepsykiatriske Hus Odense Universitetshospital. CBCL (Dansk version). 1995.
- (57) Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment. Burlington, VT: ASEBA, 2001.
- (58) Det børnepsykiatriske Hus Odense Universitetshospital. YSR (Dansk version). 1995.
- (59) Lunn S. Diagnostik og beskrivelse af de to spiseforstyrrelser anoreksi og bulimi. *agrippa* 1991; 13:159-171.
- (60) Bruch H. Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, 1973.
- (61) Crisp A. Treatment of anorexia nervosa: Is "where" or "how" the main issue? *European Eating Disorders Review* 2002; 10(4):233-240.
- (62) Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M, Johansson M. The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community-based sample. *Compr Psychiatry* 1996; 37(1):23-30.
- (63) Maruish ME. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale, N.J., Hove: L. Erlbaum Associates, 1994.
- (64) Brun B, Knudsen P. Psykologisk undersøgelsesmetodik - en basisbog. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1998.
- (65) Lambe EK, Katzman DK, Mikulis DJ, Kennedy SH, Zipursky RB. Cerebral gray matter volume deficits after weight recovery from anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(6):537-542.
- (66) Neumarker KJ, Bzufka WM, Dudeck U, Hein J, Neumarker U. Are there specific disabilities of number processing in adolescent patients with Anorexia nervosa? Evidence from clinical and neuropsychological data when compared to morphometric measures from magnetic resonance imaging. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 Suppl 2:II111-II121.
- (67) Hamsher KS, Halmi KA, Benton AL. Prediction of outcome in anorexia nervosa from neuropsychological status. *Psychiatry Res* 1981; 4(1):79-88.
- (68) Wechsler D. WISC III. Wechsler Intelligence scale for children. Dansk oversættelse og standardisering. Dansk Psykologisk Forlag, 1999.
- (69) Andersen B, Brok B. WAIS-R: vejledning: Wescler Adult Intelligent Scale. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1992.
- (70) Nilsson EW, Gillberg C, Gillberg IC, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(11):1389-1395.

- (71) Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation and relationship with basic dimension of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 1994; 10(2):61-74.
- (72) Bourke MP, Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 1992; 161:240-243.
- (73) Rastam M, Gillberg C, Gillberg IC, Johansson M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(5):385-388.
- (74) Smith GJ, Amner G, Johnsson P, Franck A. Alexithymia in patients with eating disorders: an investigation using a new projective technique. *Percept Mot Skills* 1997; 85(1):247-256.
- (75) Dymek M, Le Grange D. Anorexia nervosa with comorbid psychosis and borderline mental retardation: a case report. *Int J Eat Disord* 2002; 31(4):478-482.
- (76) Exner JE, Jr., Andronikof-Sanglade A. Rorschach changes following brief and short-term therapy. *J Pers Assess* 1992; 59(1):59-71.
- (77) Killingmo B. Rorschachmetode og psykoterapi. En egopsykologisk studie. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
- (78) Exner JE, Jr. *A Rorschach Workbook For the Comprehensive System*. Asheville: Rorschach Workshop, 2001.
- (79) Weiner IB. Contemporary perspectives on Rorschach assessment. *European Journal of Psychological Assessment* 1999; 15(1):78-86.
- (80) 1995. *The Rorschach: A Comprehensive System*. Vol. 1, 2 and 3. New York: John Wiley & Sons, 2003.
- (81) Golden NH, Jacobson MS, Schebendach J, Solanto MV, Hertz SM, Shenker IR. Resumption of menses in anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151(1):16-21.
- (82) Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(2):130-135.
- (83) Boos K, Hextall A, Cardozo L, Toozs-Hobson P, Anders K, Treasure J. Lower urinary tract symptoms and their impact on women with anorexia nervosa. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106(5):501-504.
- (84) Siegel JH, Hardoff D, Golden NH, Shenker IR. Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1995; 16(6):448-453.
- (85) Klibanski A, Biller BM, Schoenfeld DA, Herzog DB, Saxe VC. The effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80(3):898-904.
- (86) Danziger Y, Mukamel M, Zeharia A, Dinari G, Mimouni M. Stunting of growth in anorexia nervosa during the prepubertal and pubertal period. *Isr J Med Sci* 1994; 30(8):581-584.
- (87) Vestergaard P, Emborg C, Stoving RK, Hagen C, Mosekilde L, Brixen K. Fractures in patients with anorexia nervosa, bulimia

- nervosa, and other eating disorders--a nationwide register study. *Int J Eat Disord* 2002; 32(3):301-308.
- (88) Stefanis N, Mackintosh C, Abraha HD, Treasure J, Moniz C. Dissociation of bone turnover in anorexia nervosa. *Ann Clin Biochem* 1998; 35 ( Pt 6):709-716.
- (89) Seeman E, Karlsson MK, Duan Y. On exposure to anorexia nervosa, the temporal variation in axial and appendicular skeletal development predisposes to site-specific deficits in bone size and density: a cross-sectional study. *J Bone Miner Res* 2000; 15(11):2259-2265.
- (90) Lucas AR, Melton LJ, III, Crowson CS, O'Fallon WM. Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: a population-based cohort study. *Mayo Clin Proc* 1999; 74(10):972-977.
- (91) Lennkh C, de Zwaan M, Bailer U, Strnad A, Nagy C, el Giamal N et al. Osteopenia in anorexia nervosa: specific mechanisms of bone loss. *J Psychiatr Res* 1999; 33(4):349-356.
- (92) Hotta M, Fukuda I, Sato K, Hizuka N, Shibasaki T, Takano K. The relationship between bone turnover and body weight, serum insulin-like growth factor (IGF) I, and serum IGF-binding protein levels in patients with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85(1):200-206.
- (93) Grinspoon S, Thomas E, Pitts S, Gross E, Mickley D, Miller K et al. Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. *Ann Intern Med* 2000; 133(10):790-794.
- (94) Castro J, Lazaro L, Pons F, Halperin I, Toro J. Predictors of bone mineral density reduction in adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11):1365-1370.
- (95) Caillot-Augusseau A, Lafage-Proust MH, Margailan P, Vergely N, Faure S, Paillet S et al. Weight gain reverses bone turnover and restores circadian variation of bone resorption in anorexic patients. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2000; 52(1):113-121.
- (96) Baker D, Roberts R, Towell T. Factors predictive of bone mineral density in eating-disordered women: a longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2000; 27(1):29-35.
- (97) Soyka LA, Grinspoon S, Levitsky LL, Herzog DB, Klibanski A. The effects of anorexia nervosa on bone metabolism in female adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84(12):4489-4496.
- (98) Fonseca VA, D'Souza V, Houlder S, Thomas M, Wakeling A, Dandona P. Vitamin D deficiency and low osteocalcin concentrations in anorexia nervosa. *J Clin Pathol* 1988; 41(2):195-197.
- (99) Kiriike N, Iketani T, Nakanishi S, Nagata T, Inoue K, Okuno M et al. Reduced bone density and major hormones regulating calcium metabolism in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86(5):358-363.
- (100) Herzog W, Minne H, Deter C, Leidig G, Schellberg D, Wuster C et al. Outcome of bone mineral density in anorexia nervosa patients 11.7 years after first admission. *J Bone Miner Res* 1993; 8(5):597-605.
- (101) Carmichael KA, Carmichael DH. Bone metabolism and osteopenia

- in eating disorders. *Medicine* (Baltimore) 1995; 74(5):254-267.
- (102) Hay PJ, Hall A, Delahunst JW, Harper G, Mitchell AW, Salmond C. Investigation of osteopaenia in anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 1989; 23(2):261-268.
- (103) Grinspoon S, Miller K, Coyle C, Krempin J, Armstrong C, Pitts S et al. Severity of osteopenia in estrogen-deficient women with anorexia nervosa and hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84(6):2049-2055.
- (104) Maugars Y, Clochon P, Gardel B, Hary S, Phelip X, Forestier R et al. [Study of bone repercussion in 33 cases with anorexia nervosa which 8 with fracture osteoporosis]. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1991; 58(11):751-758.
- (105) Castro J, Lazaro L, Pons F, Halperin I, Toro J. Adolescent anorexia nervosa: the catch-up effect in bone mineral density after recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(10):1215-1221.
- (106) Bachrach LK, Katzman DK, Litt IF, Guido D, Marcus R. Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 72(3):602-606.
- (107) Rigotti NA, Neer RM, Skates SJ, Herzog DB, Nussbaum SR. The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa. A longitudinal study of cortical bone mass. *JAMA* 1991; 265(9):1133-1138.
- (108) Karlsson MK, Weigall SJ, Duan Y, Seeman E. Bone size and volumetric density in women with anorexia nervosa receiving estrogen replacement therapy and in women recovered from anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85(9):3177-3182.
- (109) Hartman D, Crisp A, Rooney B, Rackow C, Atkinson R, Patel S. Bone density of women who have recovered from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28(1):107-112.
- (110) Wentz E, Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: physical health and neurodevelopment. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42(5):328-333.
- (111) Verbruggen LA, Bruyland M, Shahabpour M. Osteomalacia in a patient with anorexia nervosa. *J Rheumatol* 1993; 20(3):512-517.
- (112) Oliveri B, Gomez AC, Mautalen C. Osteomalacia in a patient with severe anorexia nervosa. *Rev Rhum Engl Ed* 1999; 66(10):505-508.
- (113) Swenne I, Larsson PT. Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: risk factors for QTc interval prolongation and dispersion. *Acta Paediatr* 1999; 88(3):304-309.
- (114) Winston AP, Jamieson CP, Madira W, Gatward NM, Palmer RL. Prevalence of thiamin deficiency in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28(4):451-454.
- (115) Vanderdonckt O, Lambert M, Montero MC, Boland B, Brohet C. The 12-lead electrocardiogram in anorexia nervosa: A report of 2 cases followed by a retrospective study. *J Electrocardiol* 2001; 34(3):233-242.
- (116) Swenne I. Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: electrocardiographic changes during the early phase of refeeding. *Acta*

- Paediatr 2000; 89(4):447-452.
- (117) Lupoglazoff JM, Berkane N, Denjoy I, Maillard G, Leheuzey MF, Mouren-Simeoni MC et al. [Cardiac consequences of adolescent anorexia nervosa]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2001; 94(5):494-498.
- (118) Frolich J, von Gontard A, Lehmkuhl G, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Pericardial effusions in anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10(1):54-57.
- (119) de Simone G, Scalfi L, Galderisi M, Celentano A, Di Biase G, Tammaro P et al. Cardiac abnormalities in young women with anorexia nervosa. *Br Heart J* 1994; 71(3):287-292.
- (120) Ho PC, Dweik R, Cohen MC. Rapidly reversible cardiomyopathy associated with chronic ipecac ingestion. *Clin Cardiol* 1998; 21(10):780-783.
- (121) Garcia-Rubira JC, Hidalgo R, Gomez-Barrado JJ, Romero D, Cruz Fernandez JM. Anorexia nervosa and myocardial infarction. *Int J Cardiol* 1994; 45(2):138-140.
- (122) Greenfeld D, Mickley D, Quinlan DM, Roloff P. Hypokalemia in outpatients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152(1):60-63.
- (123) Fonseca V, Havard CW. Electrolyte disturbances and cardiac failure with hypomagnesaemia in anorexia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291(6510):1680-1682.
- (124) Boyar RM, Hellman LD, Roffwarg H, Katz J, Zumoff B, O'Connor J et al. Cortisol secretion and metabolism in anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1977; 296(4):190-193.
- (125) Yamada Y, Fushimi H, Inoue T, Nishinaka K, Kameyama M. Anorexia nervosa with recurrent hypoglycemic coma and cerebral hemorrhage. *Intern Med* 1996; 35(7):560-563.
- (126) Golden NH, Ashtari M, Kohn MR, Patel M, Jacobson MS, Fletcher A et al. Reversibility of cerebral ventricular enlargement in anorexia nervosa, demonstrated by quantitative magnetic resonance imaging. *J Pediatr* 1996; 128(2):296-301.
- (127) Katzman DK, Christensen B, Young AR, Zipursky RB. Starving the brain: structural abnormalities and cognitive impairment in adolescents with anorexia nervosa. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001; 6(2):146-152.
- (128) Gordon I, Lask B, Bryant-Waugh R, Christie D, Timimi S. Childhood-onset anorexia nervosa: towards identifying a biological substrate. *Int J Eat Disord* 1997; 22(2):159-165.
- (129) Delvenne V, Goldman S, De M, V, Lotstra F. Brain glucose metabolism in eating disorders assessed by positron emission tomography. *Int J Eat Disord* 1999; 25(1):29-37.
- (130) Kingston K, Szmukler G, Andrewes D, Tress B, Desmond P. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychol Med* 1996; 26(1):15-28.
- (131) Lambe EK, Katzman DK, Mikulis DJ, Kennedy SH, Zipursky RB. Cerebral gray matter volume deficits after weight recovery from anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(6):537-542.

- (132) Mehta CL, Cripps D, Bridges AJ. Systemic pseudovasculitis from scurvy in anorexia nervosa. *Arthritis Rheum* 1996; 39(3):532-533.
- (133) Boland B, Beguin C, Zech F, Desager JP, Lambert M. Serum beta-carotene in anorexia nervosa patients: a case-control study. *Int J Eat Disord* 2001; 30(3):299-305.
- (134) Aarskog D, Aksnes L, Markestad T, Trygstad O. Plasma concentrations of vitamin D metabolites in pubertal girls with anorexia nervosa. *Acta Endocrinol Suppl (Copenh)* 1986; 279:458-467.
- (135) Chiarioni G, Bassotti G, Monsignorini A, Menegotti M, Salandini L, Di Matteo G et al. Anorectal dysfunction in constipated women with anorexia nervosa. *Mayo Clin Proc* 2000; 75(10):1015-1019.
- (136) Chun AB, Sokol MS, Kaye WH, Hutson WR, Wald A. Colonic and anorectal function in constipated patients with anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol* 1997; 92(10):1879-1883.
- (137) Yamada Y, Nishimura S, Inoue T, Tsujimura T, Fushimi H. Anorexia nervosa with ischemic necrosis of the segmental ileum and cecum. *Intern Med* 2001; 40(4):304-307.
- (138) Sakka S, Hurst P, Khawaja H. Anorexia nervosa and necrotizing colitis: case report and review of the literature. *Postgrad Med J* 1994; 70(823):369-370.
- (139) Nakao A, Isozaki H, Iwagaki H, Kanagawa T, Takakura N, Tanaka N. Gastric perforation caused by a bulimic attack in an anorexia nervosa patient: report of a case. *Surg Today* 2000; 30(5):435-437.
- (140) Oster JR, Materson BJ, Rogers AI. Laxative abuse syndrome. *Am J Gastroenterol* 1980; 74(5):451-458.
- (141) Ozawa Y, Shimizu T, Shishiba Y. Elevation of serum aminotransferase as a sign of multiorgan-disorders in severely emaciated anorexia nervosa. *Intern Med* 1998; 37(1):32-39.
- (142) Orlandi E, Boselli P, Covezzi R, Bonaccorsi G, Guaraldi GP. Reversal of bone marrow hypoplasia in anorexia nervosa: case report. *Int J Eat Disord* 2000; 27(4):480-482.
- (143) Saito S, Kita K, Morioka CY, Watanabe A. Rapid recovery from anorexia nervosa after a life-threatening episode with severe thrombocytopenia: report of three cases. *Int J Eat Disord* 1999; 25(1):113-118.
- (144) Rose M, Hildebrandt M, Schoeneich F, Danzer G, Klapp BF. Severe anorexia nervosa associated with osteoporotic-linked femoral neck fracture and pulmonary tuberculosis: a case report. *Int J Eat Disord* 1999; 25(4):463-467.
- (145) Strumia R, Varotti E, Manzato E, Gualandi M. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology* 2001; 203(4):314-317.
- (146) Hediger C, Rost B, Itin P. Cutaneous manifestations in anorexia nervosa. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130(16):565-575.
- (147) Silverman, et al. *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2:159-166.
- (148) Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Dermatologic signs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Dermatol* 1987; 123(10):1386-1390.
- (149) Carney CP, Andersen AE. Eating

- disorders. Guide to medical evaluation and complications. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19(4):657-679.
- (150) Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J* 1999; 186(3):109-113.
- (151) Wilfley DE, Cohen LR. Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33(3):437-454.
- (152) Palmer RL. Helping people with eating disorders: A clinical guide to assessment and treatment. New York: John Wiley, 2000.
- (153) Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(1):7-18.
- (154) Herzog DB, Dorner DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT et al. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(7):829-837.
- (155) Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159(8):1284-1293.
- (156) Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(4):304-312.
- (157) Theander S. Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1970; 214:1-194.
- (158) Steinhausen HC, Verhulst FC. Eating disorders. In: Steinhausen HC, Verhulst FC, editors. Risk and outcomes in developmental psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 1999: 210-230.
- (159) Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997; 154(3):313-321.
- (160) Pike KM. Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(4):447-475.
- (161) Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med* 2001; 31(5):881-890.
- (162) Agras WS, Dorian B, Kirkley BG, Arnow B, Bachman J. Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders* 1987; 6(1):29-38.
- (163) Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK, Bulik CM. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(11):464-471.
- (164) Halmi KA, Licinio-Paxao J. Outcome: hospital program for eating disorders in 1989 annual meeting syllabus and proceedings summary. Washington DC: APA, 1989.
- (165) Serfaty MA, Turkington D, Heap M, Ledsham L, Olley E. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Effects of the treatment phase. *European Eating Disorders Review* 1999; 7(5):334-350.
- (166) Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for



- adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995; 33(4):363-367.
- (167) Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. Outcome at one year. *Br J Psychiatry* 1987; 151:185-191.
- (168) Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(12):1047-1056.
- (169) Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(11):1025-1030.
- (170) Robin A, Siegel P, Bedway M, et al. Therapy for adolescent anorexia nervosa: addressing cognition, feelings and the family's role. In: Hibbs ED, Jensen PS, editors. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, D.C., London: American Psychological Association., 1996.
- (171) Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002; 47(3):235-242.
- (172) Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001; 178:216-221.
- (173) Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12):1482-1489.
- (174) Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(6):727-736.
- (175) Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Can J Psychiatry* 2002; 47(3):227-234.
- (176) Jimerson DC, Herzog DB, Brotman AW. Pharmacologic approaches in the treatment of eating disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1993; 1(2):82-93.
- (177) Kotler LA, Walsh BT. Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 Suppl 1:I108-I116.
- (178) Ben Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet* 2001; 357(9264):1254-1257.
- (179) Bergh C, Brodin U, Lindberg G, Sodersten P. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99(14):9486-9491.
- (180) Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa (Cochrane Review). *The Cochrane Review* 2002;(4).
- (181) Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (Cochrane Review). *The Coch-*

- rane Review 2002;(4).
- (182) Wilson GT, Vitousek KM, Loeb KL. Stepped care treatment for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4):564-572.
- (183) Carter JC, Fairburn CG. Treating binge eating problems in primary care. *Addict Behav* 1995; 20(6):765-772.
- (184) Rø Ø, Martinsen EW, Rosenvinge JH. Behandling av bulimia nervosa - resultater fra Modum Bads Nervesanatorium. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 122:260-265.
- (185) Plambech B, Lau M, Christensen G. Stolpegårdmodellen - et behandlingstilbud. In: Andreasen J, Christiansen E, editors. *Spiseforstyrrelser - en tværfaglig antologi*. København: Frydenlund, 2000: 343-364.
- (186) Buhl C. Gruppeterapi som behandlingsmetode ved anorektiske og bulimiske tilstander. *Nord Psykiat Tidsskr* 1985; 39:235-421.
- (187) Lunn S, Theilgaard A, Winther G. Gruppeterapeutisk behandling af bulimi. In: Aagaard S, et al, editors. *Gruppenanalytisk psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
- (188) Santonastaso P, Sala A, Favaro A. Water intoxication in anorexia nervosa: a case report. *Int J Eat Disord* 1998; 24(4):439-442.
- (189) Fisher M, Simpser E, Schneider M. Hypophosphatemia secondary to oral refeeding in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28(2):181-187.
- (190) Kohn MR, Golden NH, Shenker IR. Cardiac arrest and delirium: presentations of the refeeding syndrome in severely malnourished adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1998; 22(3):239-243.
- (191) Haglin L. Hypophosphataemia in anorexia nervosa. *Postgrad Med J* 2001; 77(907):305-311.
- (192) Mehler PS. Eating disorders: 1. Anorexia nervosa. *Hosp Pract (Off Ed)* 1996; 31(1):109-13, 117.
- (193) Walker AM, Szneke P, Weatherby LB, Dicker LW, Lanza LL, Loughlin JE et al. The risk of serious cardiac arrhythmias among cisapride users in the United Kingdom and Canada. *Am J Med* 1999; 107(4):356-362.
- (194) Beumont PJ, Arthur B, Russell JD, Touyz SW. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord* 1994; 15(1):21-36.
- (195) Robinson E, Bachrach LK, Katzman DK. Use of hormone replacement therapy to reduce the risk of osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 2000; 26(5):343-348.
- (196) Munoz MT, Morande G, Garcia-Centenera JA, Hervas F, Pozo J, Argente J. The effects of estrogen administration on bone mineral density in adolescents with anorexia nervosa. *Eur J Endocrinol* 2002; 146(1):45-50.
- (197) Harel Z, Riggs S. Transdermal versus oral administration of estrogen in the management of lumbar spine osteopenia in an adolescent with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1997; 21(3):179-182.
- (198) Kopp HG, Ruegsegger P, Dambacher MA. [Loss of bone mass in patients with anorexia on tube feeding and its prevention with

- biphosphonates]. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122(15):538-543.
- (199) Gordon CM, Grace E, Emans SJ, Goodman E, Crawford MH, LeBoff MS. Changes in bone turnover markers and menstrual function after short-term oral DHEA in young women with anorexia nervosa. *J Bone Miner Res* 1999; 14(1):136-145.
- (200) Grinspoon S, Baum H, Lee K, Anderson E, Herzog D, Klibanski A. Effects of short-term recombinant human insulin-like growth factor I administration on bone turnover in osteopenic women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81(11):3864-3870.
- (201) Wallin U. Anorexia nervosa in adolescence. Course, treatment and family function. Lund: Lund Universitet, 2000.
- (202) Steinhausen HC. Clinical guidelines for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6(3):121-128.
- (203) Gowers SG, Edwards VJ, Fleminger S, Massoubre C, Wallin U, Canalda G et al. Treatment aims and philosophy in treatment of adolescent anorexia nervosa in Europe. *European Eating Disorders Review* 2002; 10(4):271-280.
- (204) Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(4):352-359.
- (205) Close M. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Psychology Press, 2000: 289-305.
- (206) Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: effects of age and menstrual status on psychological variables. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(3):378-382.
- (207) Rigotti NA, Nussbaum SR, Herzog DB, Neer RM. Osteoporosis in women with anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1984; 311(25):1601-1606.
- (208) Neiderman M, Farley A, Richardson J, Lask B. Nasogastric feeding in children and adolescents with eating disorders: toward good practice. *Int J Eat Disord* 2001; 29(4):441-448.
- (209) Carraro A, Cognolato S, Bernardis AL. Evaluation of a programme of adapted physical activity for ED patients. *Eat Weight Disord* 1998; 3(3):110-114.
- (210) Wilson GT, Fairburn C.G., Agras WS. Cognitive behavioral therapy for Bulimia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, London: Guildford Press, 1997.
- (211) Fairburn C.G. Interpersonal Psychotherapy for Bulimia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, London: Guildford Press, 1997.
- (212) Hay PJ, Bacaltchuk J. Psychotherapy for bulimia nervosa and binge eating (Cochrane Review). *The Cochrane Review* 2001;(1).
- (213) Fairburn C.G., Marcus MD, Wilson GT. Cognitive behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn C.G., Wilson GT, editors. *Binge eating. Nature, assessment and*

- treatment. New York: Guildford Press, 1993.
- (214) Beumont PJV, et al. Nutritional counseling and supervised exercise. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York, London: Guildford Press, 1997.
- (215) Wilson GT, Vitousek KM, Loeb KL. Stepped care treatment for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4):564-572.
- (216) Wilson GT, Vitousek KM, Loeb KL. Stepped care treatment for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4):564-572.
- (217) Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia nervosa during pregnancy: a review. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(4):448-454.
- (218) Garfinkel PE, Walsh BT. Drug therapies. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York, London: Guildford Press, 1997.
- (219) Dennis AB, Sansone RA. Treatment of patients with personality disorder. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York, London: Guildford Press, 1997.
- (220) Dalle GR, Ricca V, Todesco T. The stepped-care approach in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress and problems. *Eat Weight Disord* 2001; 6(2):81-89.
- (221) Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(3):299-307.
- (222) Devlin MJ. Binge-eating disorder and obesity. A combined treatment approach. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24(2):325-335.
- (223) Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Detzer MJ, Henderson J et al. Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(3):356-360.
- (224) Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Marnell M. One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(2):343-347.
- (225) Wilfley DE. Psychological treatment of Binge Eating Disorder. 2002.
- (226) Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follick MJ, Abrams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addict Behav* 1992; 17(1):35-45.
- (227) Wadden TA, Foster GD. Behavioral assessment and treatment of markedly obese patients. In: Wadden TA, VanItallie T.B., editors. Treatment and the seriously obese patient. New York: Guildford Press, 1992.
- (228) Stunkard AJ. An overview of current treatments for obesity. In: Wadden TA, VanItallie T.B., editors. Treatment and the seriously obese patient. New York: Guildford Press, 1992.
- (229) Foreyt JP, Poston WS, Goodrick GK. Future directions in obesity and eating disorders. *Addict Behav* 1996; 21(6):767-778.
- (230) Wadden TA, Foster GD, Letizia KA. Response of obese binge eat-

- ers to treatment by behavior therapy combined with very low calorie diet. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(5):808-811.
- (231) Marcus MD, Wing RR, Hopkins J. Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioural weight control. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(3):433-439.
- (232) Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, McDermott M, Gooding W. A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behavior modification in the treatment of obese binge-eaters and non-binge-eaters. *Am J Psychiatry* 1990; 147(7):876-881.
- (233) Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, et al. Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design. *Behavior Therapy* 1994; 25(2):225-238.
- (234) Gladis MM, Wadden TA, Vogt R, Foster G, Kuehnel RH, Bartlett SJ. Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care? *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4):375-384.
- (235) Hudson JI, Carter WP, Pope HG, Jr. Antidepressant treatment of binge-eating disorder: research findings and clinical guidelines. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 Suppl 8:73-79.
- (236) Devlin JM. *Pharmokological Treatment of Binge Eating Disorder*. 2002.
- (237) Alger SA, Schwalberg MD, Bigaouette JM, Michalek AV, Howard LJ. Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behavior in normal-weight bulimic and obese, binge-eating subjects. *Am J Clin Nutr* 1991; 53(4):865-871.
- (238) McCann UD, Agras WS. Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1990; 147(11):1509-1513.
- (239) Gardiner HM, Freeman CP, Jesinger DK, Collins SA. Fluvoxamine: an open pilot study in moderately obese female patients suffering from atypical eating disorders and episodes of bingeing. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17(5):301-305.
- (240) Fairburn C.G., Brownell K.D. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. 2nd edition ed. New York, London: Guildford Press, 2002.
- (241) Waaddegaard M, Petersson BH. Forekomsten af bulimisk adfærd blandt en gruppe danske lægestuderende. *Ugeskr Laeger* 1995; 157:3468-3472.
- (242) Powers PS, Spratt EG. Males and females with eating disorders. *Eating Disorders: J Treatment and prevention* 1994; 2:197-214.
- (243) Molinari E. Eating disorders and sexual abuse. *Eat Weight Disord* 2001; 6(2):68-80.
- (244) Tiller J, Treasure J. Eating disorders precipitated by pregnancy. *European Eating Disorders Review* 1998; 6(3):178-187.
- (245) Allison S, Kalucy R, Gilchrist P, Jones W. Weight preoccupation among infertile women. *Int J Eat Disord* 1988; 7(6):743-748.
- (246) Lemberg R, Philips J. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1989; 8(3):285-295.
- (247) Lacey JH, Smith G. *Bulimia ner-*

- vosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry* 1987; 150:777-781.
- (248) Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(5):611-617.
- (249) Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4):465-477.
- (250) Mitchell JE, et al. A retrospective study of pregnancy in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1991; 10:231-234.
- (251) Stein A, Murray L, Cooper P, Fairburn CG. Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression: a comparative study. *Psychol Med* 1996; 26(3):569-574.
- (252) Russell GF, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychol Med* 1998; 28(1):93-108.
- (253) Hodes M, Timimi S, Robinson P. Children of mothers with eating disorders: a preliminary study. *European Eating Disorders Review* 1997; 5(1):11-24.
- (254) Wezel-Meijler G, Wit JM. The offspring of mothers with anorexia nervosa: a high-risk group for undernutrition and stunting? *Eur J Pediatr* 1989; 149(2):130-135.
- (255) Moszkowicz M, Bjornholm KI. Factitious illness by proxy presenting as anorexia and polydipsia by proxy. *Acta Paediatr* 1998; 87(5):601-602.
- (256) Stein A, Fairburn CG. Children of mothers with bulimia nervosa. *BMJ* 1989; 299(6702):777-778.
- (257) Chatoor I. Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation. *J Am Acad Psychoanal* 1989; 17(1):43-64.
- (258) Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ* 2000; 320(7249):1563-1566.
- (259) Affenito SG, Adams CH. Are eating disorders more prevalent in females with type 1 diabetes mellitus when the impact of insulin omission is considered? *Nutr Rev* 2001; 59(6):179-182.
- (260) Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997; 336(26):1849-1854.
- (261) Bryden KS, Neil A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB. Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22(12):1956-1960.
- (262) Herpertz S, Albus C, Kielmann R, Hagemann-Patt H, Lichtblau K, Kohle K et al. Comorbidity of diabetes mellitus and eating disorders: a follow-up study. *J Psychosom Res* 2001; 51(5):673-678.
- (263) Pollock M, Kovacs M, Charron-Prochownik D. Eating disorders and maladaptive dietary/insulin management among youths with childhood-onset insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am*

- Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34(3):291-296.
- (264) Nielsen S, Emborg C, Molbak AG. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care* 2002; 25(2):309-312.
- (265) Likitmaskul S, Kiattisathavee P, Chaichanwatanakul K, Punnakanta L, Angsusingha K, Tuchinda C. Increasing prevalence of type 2 diabetes mellitus in Thai children and adolescents associated with increasing prevalence of obesity. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2003; 16(1):71-77.
- (266) Kiess W, Bottner A, Raile K, Kappellen T, Muller G, Galler A et al. Type 2 Diabetes mellitus in Children and Adolescents: A Review from a European Perspective. *Horm Res* 2003; 59 Suppl 1:77-84.
- (267) Fallon P, Wonderlich SA. Sexual abuse and other forms of trauma. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook and treatment for eating disorder*. New York, London: Guildford Press, 1997.
- (268) Sundgot-Borgen J, Bahr R, Falch JA, Schneider LS. Normal bone mass in bulimic women. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83(9):3144-3149.
- (269) Danmarks Idræts-Forbund og TEAM DANMARK. *Spiseforstyrrelser i idrætten*. 1998.
- (270) Trangbæk E, Kanstrup I, Helge EW, Petersson B, Kiens B. *Kvinder og hård fysisk træning*. Viborg: Danmarks Idræts-Forbund og Center for Idrætsforskning, 1995.
- (271) Clausen L. Forandring hos spiseforstyrrede patienter i psykoterapeutisk behandling. Center for spiseforstyrrelser og Psykologisk Institut, Århus Universitet, 2003.
- (272) Rosenvinge JH, et al. Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122(3):285-288.
- (273) Palmer RL, Treasure J. Providing specialised services for anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1999; 175:306-309.
- (274) Rapport vedrørende behandling af spiseforstyrrede patienter i Århus Amt. 1993. Risskov.  
Ref Type: Report
- (275) Behandling af personer med spiseforstyrrelser i Vejle Amt. J.nr: 4-07-17-01. 2002. Psykiatريفvaltningen Vejle Amt.  
Ref Type: Report
- (276) Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000; 15(8):577-590.
- (277) Høifødt TS. Klinisk uddannelse for spiseforstyrrelser: Implementering av kursprogrammet "Kropp og Selvfølelse" tilpasset Helse-region Nord. 2002.