

# Spiseforstyrrelser som fagområde

## *Baggrund*

I 1960'erne og 1970'erne opstod centre i London og Toronto, hvor man i det psykiatriske system oprettede specialistenheder i en erkendelse af, at specialiserede behandlingstilbud var nødvendige for denne patientkategori. Dette er begrundet i, at patienternes udtalte ambivalens kræver et særligt motivations- og behandlingsarbejde af erfarent personale, samt at det er svært at opnå tilstrækkelig erfaring uden centralisering grundet det relativt lille antal patienter.

Disse erfaringer slog bredt an i den øvrige vestlige verden. I 1993 og 1994 blev der afholdt konsensuskonferencer i Sverige og Norge, der førte til oprettelsen af specialistenheder i disse lande. I Danmark opstod i løbet af 1990'erne ligeledes specialistenheder. Men kun et enkelt sted er det som følge af en politisk beslutning, andre steder er enhederne mere eller mindre ”vokset ud af nødvendigheden”.

Gruppen af spiseforstyrrede er overordentlig heterogen og omfatter et spektrum fra spiseforstyrrede med ganske lette tilstande til langvarige og livstruende. Også aldersmæssigt udgør gruppen et kontinuum strækkende sig fra barnealderen langt op i voksenalderen med hovedvægt i ungdomsårene.

I lange faser af forløbet af behandlingen af spiseforstyrrelser er der brug for integrerede behandlingsprogrammer med psykiatrisk, psykoterapeutisk, samt somatisk og ernæringsmæssig ekspertise sideløbende med sociale støttetiltag. Akut hjælp i tilspidsede, somme tider livstruende situationer har typisk været givet på medicinske eller lukkede psykiatriske afdelinger. Generelt har målrettede behandlingstilbud til spiseforstyrrede været få og spredte.

I Sundhedsstyrelsen har arbejdsgrupper udarbejdet rapporter, der dels beskriver forslag til forebyggelse af spiseforstyrrelser og dels gennemgår evidens for såvel epidemiologi, som udredningsbehov, behandling og behandlingseffekt, ligesom organisatoriske overvejelser og begrundelser er beskrevet (1); (2).

## *Afgrænsning*

Alderen for sygdomsdebut breder fagområdet ud til både børne- ungdomspsykiatrien og voksen psykiatrien. Antalsmæssigt vil et flertal af patienter dog høre til i voksenpsykiatrien. Denne fagområdebeskrivelse tager udgangspunkt i det voksenpsykiatriske speciale.

Spiseforstyrrelser er alvorlige psykiatriske sygdomme. Området vedrører ICD-10 diagnoserne Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa og Andre spiseforstyrrelser – herunder først og fremmest Binge Eating Disorders, som kun er defineret i DSM-IV(3).

Organisatorisk er spiseforstyrrelsesbehandlingen hjemmehørende i det psykiatriske speciale i tæt samarbejde med medicinere, pædiatere, diætister og socialforvaltninger. Fagområdet grænser op til andre tilstande med vægttab, fedme eller opkastninger.

Diagnostik og terapi af unge og voksne med spiseforstyrrelser foregår enkelte steder i en fælles specialistenhed, andre steder i specialistenheder specifikt for enten voksne, børn eller unge. Mange behandles på de almen voksenpsykiatriske og børne - ungdomspsykiatriske afdelinger uden specialkompetance eller i primærsektoren. De fleste personer med spiseforstyrrelser modtager ingen behandling, enten fordi de ikke bliver identificerede, eller fordi de ikke opsøger hjælp.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen har i en arbejdsgruppe udarbejdet en fælles strategi vedrørende forebyggelse af spiseforstyrrelser blandt børn og unge med

særlig vægt på tidlig opsporing og opgradering af faglig kompetence hos personalet i undervisnings- social- og sundhedssektoren. Ligeledes har arbejdsgruppen lavet forslag til organisering af længerevarende rehabilitering efter endt behandling (4). I flere specialistcentre gennemføres forskning og kvalitetssikring vedrørende behandlingens effekt.

### ***Begrundelse for fagområdet Spiseforstyrrelser***

Ved *Anorexia Nervosa* er de centrale problemer intens optagethed og forvrænget opfattelse af vægt og udseende, vægring mod almindelig fødeindtagelse, ønske om vægttab, hormonelle forandringer og en undertiden livstruende sulttilstand. Sygdommen debuterer typisk i 13-20 årsalderen. Prognosen er vanskelig at bedømme, men omkring 50 % af patienterne har efter 10 år fortsat anorektiske symptomer eller er døde (7 %) svarende til en overdødelighed på ca. 10 gange den forventede i tilsvarende befolkningsgrupper (5;6).

*Bulimia Nervosa* er som *Anorexia Nervosa* karakteriseret af en forvrænget kropsoptagelse. Men ellers står episoderne med tvangsmæssig overspisning med efterfølgende vægtregulerende adfærd som det centrale. Vægten er oftest normal. Tandemalieskader og elektrolytforstyrrelser er almindelige somatiske komplikationer. *Bulimia Nervosa* debuterer typisk i 16-20 årsalderen. Helbredelsesprocenten skønnes at være 50-60 % (7).

*Binge Eating Disorders* ligner *Bulimia Nervosa* ved episoder med kontroltab og tvangsmæssig overspisning. Der er ingen forvrænget kropsoptagelse, men ofte en betydelig sekundær fedme, idet overspisningerne ikke efterfølges af systematisk vægtkompenserende adfærd. Debutalder for overspisningsepisoderne er som ved *Bulimia Nervosa*. Den sekundære fedme udvikler sig over en længere årrække. BED er en endnu ikke helt velafgrænset sygdomsstatus, og prognostiske data foreligger i beskedent omfang. Overspisningsepisoderne kan på kort sigt reduceres hos 60-90 % af patienterne. Vægtnormalisering er derimod svær at opnå (2).

Prævalensen af AN, BN og BED skønnes at være 0,3 %, 2 % og 3 % i højrisikogruppen af unge kvinder. *Anorexia Nervosa* og *Bulimia Nervosa* rammer unge kvinder 10 gange hyppigere end mænd. Ved *Binge Eating Disorder* er kønsforskellen reduceret til 3:1.

Spiseforstyrrelser har ofte også betydelig psykiatrisk komorbiditet, alvorlige somatiske komplikationer og social funktionsnedsættelse. Et særligt problem er, at mange patienter skjuler deres symptomer i lang tid, er ambivalente eller slet ikke motiverede for behandling, samt at 15-25 % af patienterne med anoreksi og bulimi har et meget langvarigt / kronisk forløb. Dertil kommer at tilbagefaldshyppigheden ligger på 25-50 %.

I konsekvens af de problemer, der ses i spiseforstyrrelsernes sygdomsforløb, anbefales det, at behandlingen differentieres svarende til 5 sygdomsniveauer, der er afhængige af spiseforstyrrelsernes sværhedsgrad, motivation, psykiatrisk og somatisk komorbiditet og komplicerende sociale forhold (2;8). Behandlingsmålene vil være forskellige og varierer fra at være livsreddende, helbredende, motivationsfremmende, vedligeholdende til rehabiliterende.

De kliniske opgaver omfatter: tidlig opsporing (1), psykiatrisk, somatisk og social udredning, vurdering af behandlingsbehovet, iværksættelse af relevant intervention. Interventionerne spænder fra ambulante rådgivning til intensiv behandling under indlæggelse, under tiden under tvang. Langt hovedparten af behandlingerne er dog ambulante. Behandlingen bør i princippet være flersporet med flere specialiserede behandlingsformer, så der både arbejdes med normalisering af spisning,

vægt og vægtkompenserende adfærd, samt psykoterapeutisk bearbejdning af psykiske problemer, behandling af somatiske komplikationer, miljøterapi, kropsterapi og social rehabilitering (2).

### ***Organisatorisk og strukturel placering***

I Sundhedsstyrelsens rapport ”Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling” anbefales det, at behandlingen bliver organiseret på 3 ekspertniveauer:

1) I primær sektoren, i distriktpsykiatriske centre og hospitalsafdelinger uden speciel erfaring i behandling af spiseforstyrrelser skal lettere og ukomplicerede tilfælde af spiseforstyrrelser behandles.

2) På amtsligt niveau i teams med erfaring i spiseforstyrrelsesbehandling skal en centralt amtslig visitation varetages, behandlingen i amtet samles samt konsulentopgaver udføres. Det anbefales, at disse teams er tværfaglige bestående af psykiater, børnepsykiater, psykolog, socialrådgiver, diætist foruden fysio- og ergoterapeut samt plejepersonale. Teamet skal stå for den ambulante behandling og have adgang til senge. Teamet forudsættes at have et formelt samarbejde med en medicinsk / en pædiatrisk afdeling i amtet.

3) Endelig foreslås et højt specialiseret niveau (landsdelsfunktion) i 3-4 centre for det relativt lille antal patienter, der har behov for denne type behandling. Befolkningsunderlaget bør være mindst 1 mio. indbyggere pr. center.

Ved Center for Spiseforstyrrelser i Århus og Center for Spiseforstyrrelser i Odense varetages landsdelsfunktion for børn, unge og voksne. Klinik for Spiseforstyrrelser på Rigshospitalet i København varetager landsdelfunktion for voksne og Bispebjerg Hospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Anoreksiafsnit varetager landsdelfunktion for børn og unge op til 18 år. Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Gentofte, har endvidere en specialfunktion for lettere og moderate spiseforstyrrelser for voksne fra 18 år, ligesom specialiserede teams for børn og unge og/eller voksne findes eller er på vej f.eks. i Glostrup, Roskilde, Næstved, Augustenborg, Esbjerg, Vejle, Kolding, Herning og Viborg og Aalborg.

### ***Lægelig kompetence***

Speciallæge i (almen) psykiatri eller børne - ungdomspsykiatri. Kvalifikationer erhverves ved anvendt tid og dermed opnåede kvalifikationer og erfaring indenfor området samt uddannelse i psykoterapi og ved kurser relateret til spiseforstyrrelses epidemiologi, ætiologi og behandling. Ligeledes ved beviste præstationer, f.eks. forskningsaktivitet med afhandlinger eller artikler, undervisning, kurser.

### ***Internationale forhold***

I Norge og Sverige har man specialiseret behandlings - og forskningsindsatsen indenfor det offentlige sygehusvæsen. I Sverige er oprettet et certificeret kursus i behandling af spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser udgør dog heller ikke her et selvstændigt speciale. I de øvrige europæiske lande findes ligeledes flere specialiserede behandlingssenheder. I Danmark er i 1998 oprettet Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser (DSS), en tværfaglig sammenslutning for behandlere og forskere, der er tilsluttet Nordic Eating Disorders Society (NEDS). På europæisk plan findes European Council on Eating Disorders (ECED). Flere danske specialafdelinger har deltaget i et europæisk multicenterstudie vedrørende diagnosticering og behandling af spiseforstyrrelser (COST). American Psychiatric Association (APA) har udarbejdet guidelines for diagnostik og

behandling af spiseforstyrrelser (8). World Psychiatric Association (WPA) har en faglig gruppe vedrørende spiseforstyrrelser.

## Litteratur liste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Hvor stort er problemet og hvordan kan man forebygge. København: Sundhedsstyrelsen, 1998. Rapport
- (2) Sundhedsstyrelsen. Behandling af alvorlige spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. 2003. Rapport
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. DSM-IV-TR. Fourth Edition. Text Revision ed. Washington DC: 2000.
- (4) Socialministeriet, Indenrigs - og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Notat fra arbejdsgruppen vedr. 'Indsats mod spiseforstyrrelser'. 2002.
- (5) Emborg C. Mortality and causes of death in patients with eating disorders in Denmark, 1970-1993. Ugeskrift for Læger 2001; 163(25):3476-3480.
- (6) Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. Psychiatric Clinic of North America 2001; 24(2):201-viii.
- (7) Fichter MM, Quadflieg N, Gnutzmann A. Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. Journal of Psychosomatic Research 1998; 44(3-4):385-405.
- (8) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (2nd ed.). vii ed. Washington, DC, US: American Psychiatric Association, 2000.