

# Behandling av bulimia nervosa – resultater fra Modum Bads Nervesanatorium



Medisin  
og vitenskap

Forløps- og behandlingsstudier ved bulimia nervosa viser at 50–80 % av pasientene blir mer eller mindre symptomfrie. Kognitiv og interpersonlig terapi viser god effekt, og symptomreduksjon inntreffer raskest ved kognitiv terapi. Disse studiene gjelder i hovedsak for pasienter som er behandlet poliklinisk. Effekten av behandlingsprogrammer for pasienter som er innlagt i sykehus er mindre studert, og i Norge er dette ikke systematisk beskrevet. Modum Bads Nervesanatorium har en spesialenhet for pasienter med spiseforstyrrelser, og mottar pasienter fra hele landet.

Behandlingsprogrammet og resultatene fra en forløpsstudie blir presentert. I alt 47 pasienter med alvorlig og langvarig bulimia nervosa innlagt i perioden 1998–2000 inngikk i studien. Pasientene ble intervjuet og fylte ut de samme selvrapporteringskjemaer ved innleggelse og ved utskrivning.

Man fant signifikant lavere symptomnivå både med hensyn til bulimia nervosa og generelle psykiatriske symptomer ved utskrivning. Resultatene indikerer at det kan være nyttig å behandle langvarig alvorlig bulimia nervosa i sykehus, men etterundersøkelser er nødvendige for å bekrefte dette.

Anorexia nervosa kjennetegnes ved vekttap, menstruasjonsstap og opplevelse av fedme på tross av undervekt (kroppsbildeforstyrrelse). Anorexia nervosa har vært kjent i århundrer, men ble første gang beskrevet som en medisinsk tilstand i 1689 (1). Bulimia nervosa kjennetegnes ved hyppig overspising, opplevelse av tap av kontroll over spising og vektreduserende atferd som oppkast, trening eller annen atferd for å motvirke vektøkning av overspising. Også ved bulimia nervosa finnes kroppsbildeforstyrrelse selv om vekten er normal. Bulimiske symptomer har også vært beskrevet gjennom historien (2, 3), men ble først formelt identifisert i medisinsk litteratur i 1979 (4) som en ondartet variant av anoreksi. Anorexia nervosa og bulimia nervosa er i dagens diagnosesystemer definert som separate lidelser.

---

Øyvind Rø

oyvind.roe@modum-bad.no

Egil W. Martinsen

Modum Bad

3370 Vikersund

Jan H. Rosenvinge

Institutt for psykologi

Universitetet i Tromsø

Åsgårdsveien 9

9037 Tromsø

---

Rø Ø, Martinsen EW, Rosenvinge JH.

**Inpatient treatment for bulimia nervosa – results from an eating disorder unit in Norway.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 260–5.*

*Background.* Hospital admission for bulimia nervosa is rather uncommon, but may be indicated in cases of psychiatric comorbidity, long duration of treatment and previous treatment failures. We describe a multicomponent inpatient treatment programme consisting of cognitive-behavioural group and individual therapy, physical training and steps to normalize eating patterns.

*Materials and methods.* All 47 patients treated between 1998 and 2000 were studied. Patients were interviewed and completed self-report instruments at admission and discharge.

*Results.* At discharge, a significant improvement with respect to bulimic as well as general psychiatric symptoms had occurred.

*Interpretations.* The results may indicate that improvement occurs even for severe bulimia with personality disorders, and that hospital treatment may be needed to accomplish this kind of change. Follow-up studies are necessary in order to corroborate these findings.

---

☞ Se også side 257

Epidemiologiske data (5) viser at blant kvinner i aldersgruppen 15–44 år har 0,2–0,5 % anorexia nervosa og 1,5 % bulimia nervosa. Det tilsvarende ca. 50 000 kvinner i Norge, men kun en ubetydelig andel kommer under behandling. Forholdet mellom menn og kvinner er 1 : 9 (6), men sannsynligvis er det flere menn som ikke oppdages i epidemiologiske studier. Det er flere uspesifiserte former av spiseforstyrrelser med et høyt lidelsestrykk som ikke faller inn under de formelle diagnostiske kriteriene for bulimia nervosa eller anorexia nervosa. Flere pasienter endrer symptombylde over tid slik at de veksler mellom ulike former av spise-

forstyrrelser. Det er omdiskutert om forekomst av spiseforstyrrelser har økt i den alminnelige befolkningen (7, 8), men det er en alminnelig erfaring at antall mennesker som henvises til behandling har økt. Slik er spiseforstyrrelser blitt et større problem i helsevesenet. Dette gjelder i særlig grad bulimia nervosa og de uspesifiserte formene for spiseforstyrrelser.

Behandlingstilbudet i Norge ved alle former for spiseforstyrrelser er imidlertid utilstrekkelig med hensyn til kapasitet og organisering (9). Det foreligger flere forløps- og behandlingsstudier av bulimia nervosa. I en metaanalyse over 88 behandlingsstudier (10) av bulimia nervosa hadde ca. 50% av pasientene godt behandlingsresultat, ca. 30% viste bedring, mens ca. 20% viste liten eller ingen symptomendring. Behandlingsmetodene omfattet individuell psykoterapi, med særlig vekt på kognitiv atferdsterapi, gruppeterapi, medikamentell terapi med bruk av ulike antidepressiver og kombinasjoner av ulike terapiformer. To studier (11, 12) med høy metodologisk kvalitet sammenliknet effekten av poliklinisk kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi. Begge viste at ca. 50% av pasientene hadde god effekt, men at symptomreduksjon inntraff raskere ved kognitiv atferdsterapi. Det er ofte vanskelig å dra klinisk nytte av erfaringer fra behandlingsstudier fordi pasienter i slike studier ofte har relativt kort sykdomsvarighet, mindre omfang av komorbide personlighetsforstyrrelser og samlet fremstår med et bedre utgangspunkt for behandling enn hva man ser i den kliniske hverdagen.

Ved Modum Bads Nervesanatorium mottas pasienter fra hele landet, og de siste 10–15 år er stadig flere pasienter blitt henvist for behandling av spiseforstyrrelser. Fra 1991 er disse blitt behandlet i spesialiserte grupper for henholdsvis anorexia nervosa og bulimia nervosa. Pasientene henvises i hovedsak på grunn av manglende effekt av behandling i spesialisthelsetjenesten på hjemstedet. Modum Bads Nervesanatorium fungerer som en tredjelinjetjeneste og som en landsdekkende spesialenhet for alvorlige spiseforstyrrelser. Nyttan av spesialenheter for spiseforstyrrelser har vært omdiskutert i fagmiljøene internasjonalt. Flere land har opprettet slike, mens man i Norge offisielt har søkt å integrere behandlingen i eksisterende enheter. Idealet har også vært å søke mest mulig behandling nær hjemstedet (9). Det er viktig for videre planlegging av behandlingstilbudet å beskrive behandlingsprogrammet ved Modum Bads Nervesanatorium og resultatene av behandlingen for å gi informasjon til behandlere og pasienter. Dette er ikke gjort tidligere. Pasienter med anorexia nervosa ble behandlet i et annet behandlingsprogram, og vil bli beskrevet i en annen artikkel.

## Materiale

Materialet omfatter alle pasienter innlagt i Modum Bads Nervesanatorium for behand-

**Tabell 1** Demografisk og klinisk informasjon om pasientene (N = 47)

Karakteristika	Gjennomsnitt	Standardavvik (spredning)
Alder ved debut av spiseforstyrrelse (år)	14,5	4,0 (7–27)
Behandlingstid i spesialisthelsetjenesten før innleggelse (år)	2,9	2,0 (0,6–10,0)
Alder ved innleggelse (år)	31,3	7,4 (21–47)
	Antall	(%)
Type spiseforstyrrelse ved debut		
Anoreksi	17	(36)
Bulimi	9	(19)
Uspesifisert	21	(45)
Sivilstatus ved innleggelse		
Gift/samboende	19	(40)
Enslig/aleneboende	28	(60)
Antall som har barn	15	(32)
Arbeidssituasjon ved innleggelse		
Heltidsarbeid	7	(15)
Deltidsarbeid/deltids sykmelding	6	(13)
Student	4	(9)
Ikke i arbeid siste 6 måneder <sup>1</sup>	30	(64)
Tidligere innlagt i psykiatrisk institusjon	26	(55)
Sykehistorie med:		
Suicidalforsøk	20	(43)
Tidligere eller pågående selvskading	23	(59)
Uønsket seksuell/intim kontakt	32	(68)
Misbruksproblemer:	12	(26)
Alkohol/medisiner/narkotiske stoffer		
Medikamenter ved innleggelse	24	(51)
Antidepressiver	17	(36)
Annet: nevroleptika/analgetika/anxiolytika	14	(30)

<sup>1</sup>Herunder sykmeldt/rehabiliteringspenger/uføretrygd, 4 pasienter var studenter m/rehabiliteringspenger

ling av bulimia nervosa i årene 1998–2000. Alle pasienter var kvinner, ingen menn ble henvist for behandling av bulimia nervosa i denne tidsperioden. Kriteriene for inntak var bulimiasymptomer som medførte nedsatt daglig funksjonsnivå, og at lokalt behandlingstilbud ikke fantes eller ikke hadde ønsket effekt, samt at pasienten var over 18 år. Pasientene kom fra hele landet, og ble henvist av lege eller psykolog. Fra henvisningstidspunkt til innleggelse kan det ta fra noen måneder til ett år. I behandlingsprogrammet mottas ikke pasienter som også har psykotiske lidelser, som har pågående stoffmisbruk, som trenger medisinsk behandling ved en medisinsk avdeling eller som er så undervektige (kroppsmasseindeks = kg/høyde × høyde < 15) at sviktende kognitiv funksjon gjør dem ute av stand til å nyttiggjøre seg denne behandlingsformen.

Totalt 51 pasienter ble i perioden 1998–2000 innlagt for behandling av bulimia nervosa. Tre pasienter skrev seg ut i løpet de to første behandlingssukene, mens en pasient var tidligere behandlet for anorexia nervosa ved Modum Bads Nervesanatorium

og ble reinnlagt for bulimi. Disse fire ble ekskludert fra materialet, som dermed består av totalt 47 pasienter. To av disse skrev seg ut så lenge før det var planlagt at det ikke ble gjort noen evaluering ved utskrivning. Endringer fra innleggelse til utskrivning omfatter 45 pasienter.

Kliniske og demografiske karakteristika ved pasientene er vist i tabell 1. Enkelte pasienter hadde symptomfrie perioder fra debut til innleggelse, eksempelvis ved graviditet. Retrospektivt var det vanskelig å avgjøre eksakt når og med hvilken type spiseforstyrrelse pasienten debuterte. Et flertall av pasientene hadde tidligere vært innlagt i psykiatrisk institusjon, og i gjennomsnitt hadde de fått ca. tre års behandling i spesialisthelsetjenesten.

Nesten halvparten hadde tidligere gjort suicidalforsøk, og et flertall hadde tidligere hatt eller hadde pågående selvskadingsatferd i form av risting, kloring, slag mot kroppen, brenning eller liknende. I alt 11 pasienter hadde hatt episoder med alvorlig selvskadingsatferd, eksempelvis kutting der kuttene måtte sutureres.

De fleste bekreftet at de tidligere hadde vært utsatt for uønsket seksuell kontakt. Alvorlighetsgraden varierte fra langvarige seksuelle overgrep som barn eller voldtekt i voksen alder til beføling som del av seksuell lek under oppveksten. Pasientene opplevde den seksuelle kontakten som påtvunget og klart grenseoverskridende.

Tabell 2 viser den diagnostiske fordelingen ved innleggelse. Etter DSM-IV (13) vil en pasient få diagnosen anorexia nervosa hvis vedkommende samtidig tilfredsstillende kriteriene for bulimia nervosa og anorexia nervosa (dvs. kroppsvekt under 85 % av forventet og amenoré). Dette var tilfellet for to av pasientene. 11 pasienter hadde en uspesifisert spiseforstyrrelse. De oppfylte da ikke DSM-IV-kriteriene på i gjennomsnitt minst to overspisingsepisoder per uke og/eller at frekvensen av uhensiktsmessig vektreduserende atferd var sjeldnere enn to ganger per uke. Dette kan være pasienter som veksler mellom bulimiske sykdomsperioder og perioder med et restriktivt matinntak uten vektreduserende atferd utenom det lave matinntaket. Fire av disse 11 led av tvangsspising (binge eating disorder). Det er definert i DSM-IV (13) som overspisinger uten vektreduserende atferd. Tabell 3 viser andel av pasienter med personlighetsforstyrrelse og forekomst av type personlighetsforstyrrelser.

## Metode

### Behandlingsmodell

Spiseforstyrrelsen forstås primært som en psykologisk lidelse og en uhensiktsmessig mestringsstrategi for å regulere følelsesmessige problemer. Fysiologiske reaksjoner kan forsterke symptomene.

Mål for behandlingen er å:

- Normalisere spisemønsteret ved fire måltider daglig med et næringsmessig riktig sammensatt kosthold og et inntak på ca. 8 400 kJ (ca. 2 000 kcal).
- Slutte med uhensiktsmessig vektreduserende atferd.
- Bearbeide følelsesmessige problemer.

De sentrale elementene i behandlingen bygger på kognitiv atferdsterapeutisk teori (14) og gruppedynamisk tilnærming. En sentral antakelse i kognitiv atferdsterapi er at hvordan vi tenker om oss selv og andre, regulerer våre følelser og handlingsmønstre. Ved å bevisstgjøre og endre tankemønstrene kan man få en annen følelsesmessig opplevelse og en endret atferd. Den gruppedynamiske tilnærmingen bygger ikke på én spesifikk modell, men legger vekt på å dra terapeutisk nytte av gruppeprosesser med spesiell vekt på å bedre pasientens selvforståelse.

Pasientene innlegges i en avdeling med 22 personer, som er fordelt på tre ulike gruppebehandlingsprogrammer. Det er noe felles program for alle pasientene i avdelingen, f.eks. fysisk aktivitet, avdelingsmøte og uformelle aktiviteter på kveldstid som pasientene selv tar initiativ til.

**Tabell 2** Diagnosefordelingen ved innleggelse etter DSM-VI (N = 47)

Diagnose	Antall	(%)
Bulimia nervosa	34	(72)
Uspesifisert spiseforstyrrelse	11	(24)
Anorexia nervosa bulimisk subtype	2	(4)

Personalstaben er fordelt i tre miniteam som har ansvaret for hvert av de tre forskjellige behandlingsprogrammene. Staben med ansvar for bulimibehandlingen består av 3–4 sykepleiere, ergoterapeut i 50 % stilling, 1–2 terapeuter som er lege eller psykolog og ernæringsfysiolog på konsulentbasis. Pasientene med bulimia nervosa behandles i grupper med sju personer med daglige gruppesamlinger. Alle i personalet er med på å lede de forskjellige gruppeøktene. Personalstaben har endret seg i løpet av undersøkelsesperioden, noe som har medført små justeringer av behandlingsprogrammet. Pasientene innlegges og utskrives samtidig. Behandlingslengden varierer litt på grunn av praktiske forhold knyttet til ferieavvikling på sommeren og ved høytider.

**Tabell 3** Antall og typer personlighetsforstyrrelser etter DSM-VI (N = 44)

	Antall	(%)
Ingen personlighetsforstyrrelse	9	(21)
Oppfylte DSM-IV-kriterier for:		
En personlighetsforstyrrelse	15	(34)
To personlighetsforstyrrelser	15	(34)
Tre eller flere personlighetsforstyrrelser	5	(11)
<i>Type personlighetsforstyrrelse:</i>		
Cluster A	11	(25)
Paranoid	9	(21)
Schizotyp	0	(0)
Schizoid	2	(5)
Cluster B	17 <sup>1</sup>	(39)
Histrionisk	3	(7)
Narsissistisk	1	(2)
Borderline	14	(32)
Antisosial	0	(0)
Cluster C	29 <sup>1</sup>	(66)
Unnvikende	20	(46)
Avhengig	5	(11)
Tvangspreget	11	(25)

<sup>1</sup>Noen pasienter har flere personlighetsforstyrrelser i samme cluster

Gjennomsnittlig behandlingstid for pasientene i denne studien var 105 dager (15 uker). Etter utskrivning fortsetter pasientene hos sin behandler på hjemstedet.

Behandlingsprogrammet består av fire obligatoriske daglige måltider sammen med de andre gruppe medlemmene. Pasientene skal selv skrive hva de faktisk spiser ved hvert måltid og om de overspiser eller kaster opp, samt notere tanker og følelser de hadde når de spiste. Etter middag og kveldsmat har pasientene et fast ettermøte uten personale, med det formål å støtte hverandre i å bryte tendensen til å kaste opp etter måltidet. Personalet deltar ved enkelte måltider, særlig i starten av oppholdet. De første ukene får pasientene utdelt ferdig porsjonert mat. Deretter skal de selv forsyne seg etter et bestemt brikkesystem. Fargene på brikkene representerer henholdsvis proteiner, karbohydrater og fett. Hver dag skal pasientene spise mat tilsvarende et bestemt antall av de forskjellige brikkene, for på den måten å lære seg hva et variert og riktig sammensatt kosthold består av. Pasienter som ikke klarer å følge dette systemet, får en spiseliste utarbeidet i samarbeid med ernæringsfysiolog.

Gruppesamtalene er den første tiden vinklet inn på atferden rundt måltidene, der det arbeides for å kartlegge og bli oppmerksom på hvilke tanker og følelser som styrer den enkelte i måltidssituasjonen. Når pasientene skal spise, aktiveres negative automatiske tanker. Ved å analysere disse tankene kan man teste ut holdbarheten av dem, og finne alternative tanker som er mer hensiktsmessige. Et eksempel på en slik tankerekke kan være: «Hvis jeg spiser en brødkive til frokost, legger jeg på meg. Jeg blir tykk, og det er et tegn på hvor mislykket jeg er som menneske.» I dette tilfellet kan man drøfte holdbarheten av tanken om at man faktisk legger på seg av å spise en brødkive til frokost og gyldigheten av oppfatningen at en tykk person er mislykket. I neste omgang kan man så gjøre atferdsekspesimenter for å se om forestillinger stemmer ved å teste ut om man går opp i vekt ved å spise en brødkive til frokost.

Pasientene får informasjon om de psykiske og somatiske følgene av å ha en spiseforstyrrelse, samt undervisning om ernæring. I gruppesamlingene utarbeides det fortløpende individuelle behandlingsmål som skal være mest mulig konkrete og realistiske i forhold til matproblemer og andre vansker den enkelte sliter med.

I en ukentlig gruppesamtale er siktemålet å undersøke hvordan gruppen fungerer, og hvordan de følelsesmessige vanskene kommer frem i samspillet gruppe medlemmene imellom. Sårbarheten i møtet med andre mennesker sees i sammenheng med spiseatferden. I de kreative gruppesamlingene skal pasientene bruke tegning og maling til å uttrykke tanker og følelser. I kroppsbevissthetstreningen gjør pasientene ulike øvelser

for å komme i kontakt med og bearbeide negativ kroppsopplevelse.

Hver pasient har en individualterapeut som er lege eller psykolog, og pasientene får som hovedregel en individualsamtale i uken. I individualsamtalene støttes pasienten i å arbeide med spisesymptomene, og får bearbeidet følelsesmessige vansker som kommer frem når vedkommende ikke lenger avreagerer som tidligere med å sulte seg, overspise eller kaste opp. Samtaler med primærpsykepleier dreier seg primært om praktiske og konkrete spørsmål, spesielt knyttet til måltidene. I fysisk trening to ganger per uke varieres det mellom spill, lek og lett kondisjonstrening. Den fysiske aktiviteten har lav intensitet, og alle pasientene i avdelingen deltar. Noen bruker intens fysisk aktivitet for å påvirke vekten og kroppsfasongen. Pasientene som har problemer med overdreven trening, får individuelle avtaler der treningsmengden trappes gradvis ned.

To uker etter innleggelse skriver pasienten under på en behandlingskontrakt der vedkommende forplikter seg i å delta i behandlingsprogrammet, ikke bruke rusmidler og ikke gå ned i vekt til under kroppsmasseindeks 17,5.

De nærmeste pårørende til pasientene blir innkalt til tre dager hvor de får informasjon om spiseforstyrrelser og behandlingen. Det innkalles vanligvis en til to pårørende for hver pasient, og de bor på sykehuset. Ved behov innkalles pårørende til ytterligere samtaler.

Pasienter som ved innleggelse bruker avføringsmidler, har på forhånd fått beskjed om at dette trappes ned i løpet av en uke etter innleggelse. Ved ekstremt overforbruk av avføringstabletter brukes noe lengre tid, for å redusere risikoen for ødemutvikling. Bruk av diuretika er ikke tillatt.

Benzodiazepiner brukes ikke, og blir eventuelt seponert i løpet av de første 1–2 uker. Bruk av antidepressiver vurderes individuelt. Mange av pasientene har gjennom flere år brukt antidepressiver uten ønsket effekt, og i samarbeid med pasienten seponeres denne medisineren. Ved anamnese på residiverende alvorlige depresjoner og uttalte bulimisyntomer med stor grad av emosjonell ustabilitet anbefales pasientene å fortsette å bruke eventuelle antidepressiver. Ved alvorlige depresjoner som oppstår i løpet av behandlingen, startes antidepressiv medisinering.

### Undersøkelser

Pasientene ble først vurdert ved en forvernsamtale. Før samtalen hadde de fylt ut et spørreskjema, samt skrevet et brev om sin situasjon og hva de ønsket å oppnå med behandlingen. Samtykke til å delta i behandlingsstudien ble innhentet fra alle. Ved innleggelsen ble det gjort en somatisk undersøkelse. 1–2 uker etter innleggelse og 1–2 uker før utskrivning gjennomgikk pasientene et strukturert intervju, og de fylte ut et sett med spørreskjemaer.

### Strukturert intervju

Foruten å kartlegge bakgrunn, sosiale forhold og sykehistorie gjennomgikk man Eating Disorder Examination, EDE (15). Intervjuet tar ca. 1½ time. Dette er et strukturert intervju om spisemønster og holdninger til mat og kropp. Intervjuet gir en eksakt spiseforstyrrelsesdiagnose. Pasienten intervjues i forhold til fire subskalaer: «restriktivt matmønster», «bekymring om spising», «bekymring om vekt» og «bekymring om figur». Det utregnes en gjennomsnittsverdi på en skala fra 0 til 6.

Personlighetsdiagnostikk gjøres ved bruk av et semistrukturert intervju i henhold til DSM-VI akse II SCID-II (16), som tar omtrent en time. Dette gjøres mot slutten av oppholdet, slik at bulimisyntomene i minst mulig grad skal påvirke personlighetsdiagnostikken. Det er ikke foretatt reliabilitets-testing av intervjuene.

### Skjemaer som utfylles av pasienten

Symptom Check List, SCL-90-R (17), består av 90 spørsmål om vanlige psykiske plager og problemer. Det utregnes en gjennomsnittsverdi på en skala fra 0 til 4. I tillegg finnes ti subskalaer.

Eating Disorder Inventory, EDI (18), inneholder 64 spørsmål om spiseatferd, kroppsopplevelse og om holdninger, atferd, følelser generelt. Det utregnes en total sumskåre. Skjemaet inneholder åtte subskalaer, der subskalaene «vektfobi», «bulimi» og «kroppsmisnøye» er viktigst i forhold til symptomnivå ved bulimia nervosa.

### Statistikk

Resultatene ble bearbeidet med dataprogrammet SPSS versjon 10.1. Man benyttet parvis t-test med signifikansnivå satt til 0,05. Det ble utregnet effektstørrelse (18), der mindre enn 0,2 er liten, 0,5 er middels og over 0,8 ble definert som betydelig effekt.

### Resultater

#### Endringer i spiseatferd, vektreduserende metoder og vekt

Tabell 4 viser en klinisk og statistisk signifikant reduksjon i frekvens av objektive overspisingsepisoder, oppkast og annen vektreduserende atferd. Ved innleggelse hadde seks pasienter ingen objektive overspisinger de siste fire ukene. Ved utskrivning var antallet økt til 17. Sju pasienter kastet ikke opp de siste fire ukene før innleggelse, og ved utskrivning var det 13 pasienter som ikke hadde kastet opp de siste fire ukene. Pasientene reduserte objektive bulimiske overspisingsepisoder med 74% og oppkastepisoder med 75% i løpet av behandlingstiden. Det var stor spredning på antall overspisingsepisoder og oppkastepisoder, slik at medianverdier gir et bedre mål. Beregnet ut fra medianverdiene minsket overspisingsepisodene med 89% og oppkastepisodene med 83%.

Ved innleggelse hadde 14 pasienter brukt avføringsmidler de siste fire ukene som vektreduserende metode. Ved utskrivning var det kun to pasienter som hadde brukt avføringsmidler de siste fire ukene. Fire pasienter hadde de siste fire ukene før innleggelse misbrukt diuretika som vektreduserende metode. Alle sluttet med dette i løpet av sykehusoppholdet.

Ikke-signifikante endringer i vekt kan skyldes at de som var overvektige, gikk ned i vekt ved normalisert matinntak. Antall episoder med overtreven trening endret seg heller ikke signifikant, men det kan skyldes at kun 15 pasienter drev overdreven fysisk trening før innleggelse, og av disse var det bare ni som drev intens trening med tanke på vekt og kropp mer enn to dager per uke. Tabell 5 viser signifikante endringer på selvrapportskjemaer med de viktigste subskalaene på Eating Disorder Inventory samt på de intervjubaserte skalaer både for symptomer på spiseforstyrrelser og på generelle psykiatriske symptomer. Endringen var minst for «kroppsmisnøye», og effektstørrelsesverdien var lavest for «bekymring for kropp» og «kroppsmisnøye». Global symptomindeks var 1,8 ved innleggelse. Det indikerer et svært høyt lidelsesnivå, i og med at 1,0 gjerne regnes som grenseverdi for alvorlig psykisk ubehag.

### Diskusjon

Resultatene viste en markert reduksjon i frekvens av spesifikke bulimisyntomer, mer bredspektrede symptomer på spiseforstyrrelse samt generelle psykiske symptomer. Pasientene hadde en høy gjennomsnittsalder, lang sykdomsvarighet og lang behandlingstid i spesialisthelsetjenesten før innleggelse sammenliknet med pasientene i andre studier (10, 11). Flertallet hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser, og rapporterte tidligere uønsket seksuell eller intim kontakt. Kliniske erfaringer tilsier at pasienter med en slik bakgrunn har dårlig prognose. Resultatene fra vår behandlingsstudie er på høyde med det man har oppnådd i polikliniske behandlingsstudier, der pasientene hadde lavere gjennomsnittsalder, kortere sykdomsvarighet, mindre symptombelastning ved behandlingsstart samt lavere forekomst av personlighetsforstyrrelser (10, 11) sammenliknet med vårt materiale.

Det er uvanlig å behandle pasienter med spiseforstyrrelse i sykehus hvis det ikke foreligger alvorlige somatiske komplikasjoner eller suicidalfare. Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at sykehusbehandling kan være et nyttig tilbud for de pasientene som ikke responderer på poliklinisk behandling.

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser i vårt pasientmateriale var 80%, hvilket samsvarer med en oversiktsstudie (19) som viser at komorbide personlighetsforstyrrelser finnes hos ca. 75% av pasienter med spiseforstyrrelser som er innlagt i sykehus.

**Tabell 4** Vekt, kroppsmasseindeks ved innleggelse og utskrivning og bulimiske symptomer de siste fire ukene før innleggelse og utskrivning

	Innleggelse gjennom- snitt (SD) (median)	Utskrivning gjennom- snitt (SD) (median)	P-verdi	Effektstørrelse
Vekt (kg)	69,0 (23,7)	66,7 (19,4)	ikke signifikant	0,11
Kroppsmasseindeks (kg/høyde <sup>2</sup> )	23,9 (7,65)	23,1 (6,15)	ikke signifikant	0,12
Antall objektive overspisingsepisoder	39,8 (39,7) (28)	10,4 (14,7) (3)	< 0,001	0,98
Antall episoder med oppkast	56,9 (59,9) (40)	14,5 (17,2) (7)	< 0,001	1,00
Dager med intensiv trening	4,7 (8,2)	3,1 (6,2)	ikke signifikant	0,22
Uker uten vektreduserende atferd siste tre måneder	1,2 (3,0)	2,6 (4,1)	< 0,05	0,40

Hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelse var unnvikende og ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse, hvilket samsvarer med andre undersøkelser (20).

Årsaksforholdet når det gjelder personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser, er ikke mulig å avgjøre ut fra denne studien, men høyst sannsynlig er det snakk om gjensidig påvirkning. De fleste pasientene utviklet spiseforstyrrelsen i tenårene, lenge før personlighetstrekkene har festet seg. Derfor kan man anta at personlighetsforstyrrelsen for mange tidsmessig er sekundær til selve spiseforstyrrelsen. Resultater fra en pågående etterundersøkelse av pasientene tyder på at andel pasienter med personlighetsforstyrrelser synker etter som spiseproblemene avtar.

Det er kjent at mange personer med spiseforstyrrelser har vært utsatt for seksuelt misbruk. Det er ikke funnet noen spesifikk sammenheng mellom seksuelle overgrep og spiseforstyrrelse, men man regner seksuelle overgrep som en generell risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (21). Det er store metodiske problemer i undersøkelser om forekomst av seksuelt misbruk, men mye tyder på at ca. 30% av pasienter med bulimi har vært utsatt for dette. I denne undersøkelsen er det brukt en vid definisjon på seksuelt misbruk, og 68% av pasientene rapporterer en

eller flere episoder med klart uønsket seksuell kontakt. Dette kan tyde på at pasienter med et mer kronisk sykdomsforløp oftere har opplevd seksuelt misbruk enn pasienter som raskere kommer ut av sin spiseforstyrrelse.

#### Kliniske erfaringer

Behandling av denne pasientgruppen er krevende. Personalgruppen må ha gode kunnskaper om psykiatri generelt og spiseforstyrrelser spesielt. Pasientene har svært sammensatte problemer med personlighetsforstyrrelser, rusproblemer, angst, depresjon og posttraumatiske lidelser. I tillegg kommer spiseforstyrrelsen, som krever faste rammer rundt mat og måltider. Det er en utfordring å ha felles, klare rammer for hele pasientgruppen samtidig som man tar individuelle hensyn. Personalet må hele tiden være oppmerksom på hvordan pasientenes ambivalens til behandlingen kan overføres til personalgruppen og skape uenighet mellom behandlerne. Lidelsesnivået er høyt. Pasientenes psykiske smerte oppleves ofte som umulig å holde ut, og vi ser at den kan kanaliseres over til frustrasjon over behandlingsopplegget. Det er et komplisert samspill som oppstår i en gruppe ved slik behandling. Hvis eventuelle destruktive prosesser mellom gruppemedlemmene blir holdt skjult og

ikke tatt opp og drøftet, kan det gi alvorlige konflikter som ender med at pasienter kan skrive seg ut. Spesielt utfordrende er det når alvorlige traumatiske minner blir sterkt følelsesmessig aktivert med økt symptomatferd som eksempelvis minimalt matinntak med vektnedgang som resultat. Det kan da oppstå situasjoner der man må inngå kompromisser i forhold til behandlingskontrakt for å bevare samarbeidsalliansen med pasienten. Klinisk erfaring tilsier at de fleste profiterer på de ytre rammene rundt matinntak ved en innleggelse. Mange endrer sitt destruktive spisebilde betydelig ved selve innleggelsen. De som tidlig i sykehusoppholdet klarer å normalisere sitt matbilde, ser ut til å respondere best på behandlingen. Hos noen pasienter fremmer innleggelsen regressiv atferd der ansvaret for egne vansker i for stor grad legges over på behandlerne og behandlingsresultatet blir dårligere.

#### Begrensninger

Undersøkelsen inkluderer ikke kontrollgruppe, fordi man i Norge ikke har andre sammenliknbare behandlingssenheter og heller ikke andre enheter med tilstrekkelig antall pasienter. Derfor kan man ikke spesifikt tilskrive endringer hos pasientene til be-

**Tabell 5** Resultater ved innleggelse og utskrivning for symptomer på spiseforstyrrelser og globale psykiske symptomer (N = 45)

	Skalabredde	Innleggelse gjennomsnitt (SD)	Utskrivning gjennomsnitt (SD)	P-verdi	Effektstørrelse
Eating Disorder Examination:					
Restriktivt matmønster	0–6	4,0 (1,5)	2,6 (1,7)	< 0,001	0,88
Bekymring om spising	0–6	3,9 (1,3)	2,3 (1,4)	< 0,001	0,88
Bekymring for vekt	0–6	4,2 (1,5)	3,1 (1,7)	< 0,001	0,69
Bekymring for figur	0–6	4,5 (1,3)	3,7 (1,6)	< 0,001	0,55
Eating Disorder Inventory:					
Total sumskåre	0–192	93,1 (28,6)	65,4 (31,9)	< 0,001	0,91
Vektfofi	0–21	14,6 (5,0)	10,2 (6,0)	< 0,001	0,80
Bulimi	0–21	12,0 (4,1)	5,4 (4,5)	< 0,001	1,1
Kroppsmisnøye	0–27	18,0 (8,5)	15,5 (9,3)	< 0,05	0,28
Symptom Check List:					
Global Symptom Index	0–4	1,8 (0,6)	1,3 (0,6)	< 0,001	0,83

handlingsprogrammet alene. Men de endringene som påvises, er så store at det ikke er sannsynlig at de kan tilskrives naturlige symptomsvingninger. Materialet er i noen grad diagnostisk heterogent, der det også er inkludert pasienter med uspesifisert spiseforstyrrelse og pasienter med anoreksi med bulimi. Dette sier noe om det problematiske med å samle store materialer i Norge i et avgrenset tidsrom.

En annen begrensning er at individualte-rapeutene selv intervjuet sine egne pasienter. Det kan derfor ikke utelukkes at deres ønske om fremgang for pasientene kan ha påvirket skåringene. Intervjuene ble heller ikke reliabilitetstestet. Samme grad av bedring fremkommer imidlertid også ved selvrapportering, noe som styrker validiteten av resultatene.

### Konklusjon

Pasientene har redusert symptomnivået i løpet av behandlingen både med hensyn til bulimi og generelle psykiske vansker. Behandlingen av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser må imidlertid sees i et langtidsperspektiv, der en innleggelse ved Modum Bads Nervesanatorium kun er ett ledd i en langsiktig rehabilitering. Det er en stor utfordring å integrere tilbudet ved Modum Bads Nervesanatorium med andre behandlingstilbud slik at den fremstår som en naturlig del av en behandlingsskjede. Dette understreker betydningen av å bygge opp behandlingstilbud og spesifikk kompetanse lokalt.

Behandlingen ved Modum Bads Nervesanatorium er mer ressurskrevende enn dag- eller poliklinisk behandling. Videre forskning bør klarlegge optimal behandlingsslengde, effekten av de ulike elementene i behandlingsprogrammet samt betydningen av de ytre rammene for behandlingen, f.eks. at pasientene legges inn i sykehus med faste rutiner rundt måltidene og er sammen med andre med samme problemer over tid. Resultatene fra denne undersøkelsen er prelimnære, da man ennå ikke vet hvordan det går med pasientene etter utskrivningen. Det pågår en etterundersøkelse av pasientene etter ett og to år, der man bruker de samme instrumenter som ved innleggelse og utskrivning. Foreløpige data tyder på fortsatt bedring av symptomene ved etterundersøkelsene.

### Litteratur

1. Silverman JA. Anorexia nervosa: historical perspective on treatment. I: Garner D, Garfinkel P, red. Handbook of treatment for eating disorder. 2. utg. New York: Guilford Press, 1997: 3–10.
2. Skårderud F. Nervøse spiseforstyrrelser, Oslo: Universitetsforlaget, 1994: 25–36.
3. Russell GFM. The history of bulimia nervosa. I: Garner D, Garfinkel P, red. Handbook of treatment for eating disorder. 2. utg. New York: Guilford Press, 1997: 11–24.
4. Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med 1979; 9: 429–48.
5. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrel-

ser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7–2000: 22.

6. Andersen AE, Holman JE. Males with eating disorders: challenges for treatment and research. Psychopharmacol Bull 1997; 33: 391–7.
7. Fombonne E. Anorexia nervosa: no evidence of an increase. Br J Psychiatry 1995; 166: 462–71.
8. Fombonne E. Is bulimia nervosa increasing in frequency? Int J Eat Disord 1996; 19: 287–96.
9. Regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
10. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1997; 154: 313–21.
11. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner 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: 304–12.
12. Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 459–66.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. utg. (DSM IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
14. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. I: Fairburn CG, Wilson GT, red. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1993: 361–404.
15. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12. utg.). I: Fairburn CG, Wilson GT, red. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1993: 317–60.
16. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. Structured clinical interview for the DSM-IV (SCID). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, 1995.
17. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973; 9: 13–28.
18. Garner D. Eating Disorder Inventory-2 manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. utg. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum, 1988.
20. Rosenvinge JH, Martinussen M, Østensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983–1998. Eat Weight Disord 2000; 5: 52–61.
21. Connor ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. Int J Eat Disord 1993; 13: 1–12.

## Annons