

# En spiseforstyrrelse kommer sjelden alene



Ingrid Adriansen Jakobsen

konstituert overlege ved enhet for spiseforstyrrelser, Nordlandssykehuset

Når pasienter blir henvist med mistanke om spiseforstyrrelse, bør basisutredningen ikke bare inkludere screening, men også en grundig differensialdiagnostisk vurdering.

Jeg støtter det Varting et al. skriver i oktoberutgaven om at utredning av personlighetspatologi er viktig, men vil gjerne ta det et steg videre. Det være seg om det dreier seg om personlighetspatologi, utviklingsforstyrrelser, ADD/ADHD eller psykoselidelse. Riktig diagnostikk av underliggende psykopatologi er en forutsetning for å sikre pasientene helhetlig og tilpasset behandling.

Varting et al. foreslår screening i førstelinjetjenesten, og jeg er enig i at utredning bør begynne der. Men når man blir henvist til spesialisthelsetjenesten med mistanke om spiseforstyrrelse, bør basisutredningen ikke bare inkludere en strukturert screening. Den bør også inneholde en grundig differensialdiagnostisk vurdering basert på klinisk skjønn fra behandlere. Behandlerne bør ha god kunnskap om lidelser som personlighetsforstyrrelser, nevrouviklingsforstyrrelser, psykoselidelser m.m. og kjennskap til det diagnostiske hierarkiet som er innebygd i eksklusjons- og inklusjonskriteriene for de enkelte sykdomsenhetene i ICD-10 (Henriksen et al., 2022).

*Det kan være vanskelig å få tak på underliggende problematikk når spiseforstyrrelsen kommer i veien*

Et prinsipp som innebærer at diagnoser høyere i hierarkiet, som organiske, psykose- og stemningslidelser, vil kunne favne alle symptomer på psykiske lidelser lavere i hierarkiet, inkludert spiseforstyrrelser.

## Underdiagnostiserte kvinner

Retningslinjene bør inneholde mer om kunnskapsgrunnlaget vårt om prevalens av samsykelighet ved spiseforstyrrelser. De bør også gi litt informasjon om hvordan en spiseforstyrrelse kan arte seg ved de forskjellige lidelsene.

Kvinner utgjør størsteparten pasienter med spiseforstyrrelse, og det har de senere år vært flere saker fremme om at kvinner med ADD/ADHD (Biederman, 2005), autismspekterlidelser og nevropsykiatriske lidelser generelt blir underdiagnostisert eller får diagnosen sent (Posserud et al., 2021; Høye, 2012). Grunnen til det er nok multifaktoriell. Men som i flere andre områder innenfor medisin har nok mesteparten av forskningen på feltet foregått på menn. Det bidrar til at symptomer hos kvinner ikke er typiske nok. De overses, eller man tenker ikke på å spørre om dem.

De fleste pasientene screenes med standardiserte utredningsverktøy som MINI, BDI, EDE-Q m.m., og da finner vi depresjonene, angstlidelsene og spiseforstyrrelser. Men når vi vet at personlighetsforstyrrelser og nevropsykiatriske lidelser både er overrepresentert og underdiagnostisert i denne pasientgruppen, hvorfor er ikke screening og utredning av personlighetspatologi og nevropsykiatriske lidelser en obligatorisk del ved behandling av spiseforstyrrelser?

## Komplekst arbeid



Arbeid med spiseforstyrrelser er komplekst. Spiseforstyrrelsens oppgave, sagt veldig enkelt, er å regulere eller kamuflere underliggende kjerneproblematikk, og den gjør ofte en formidabel jobb. Det kan være vanskelig å få tak på underliggende problematikk når spiseforstyrrelsen kommer i veien. Når vekten raser nedover og samtaler handler om kalorier og kilo, blir det lite rom for nysgjerrighet og diagnostisk detektivarbeid. Dessverre kan det resultere i at pasientene kun mottar symptomatisk behandling for sin spiseforstyrrelse, som ikke adresserer kjerneproblematikken og de opprettholdende faktorene. Når behandlingen ikke ser ut til å fungere, kjenner nok både pasientene og behandler på avmakt og håpløshet.

Rett diagnose til riktig tid kan gi pasientene en forklaringsmodell for sine vansker og behandlerne et utgangspunkt for mer tilpasset behandling. Det tror jeg kan redde liv. Bortsett fra endring av retningslinjene bør vi som jobber med denne gruppen pasienter, tilstrebe å øke vår kompetanse i differensialdiagnostikk. Vi må også bli flinkere til å snakke og samarbeide med hverandre, utveksle kunnskap, jobbe tverrfaglig og på tvers av avdelinger og fagområder innad i psykiatrien, og møte hverandres pasienter der det er mulig. Dette vil kunne fremme god diagnostikk.

Behandlingen vil da, som Varting poengterer, ikke bare kunne rettes mot spiseforstyrrelsessymptomene, men mot kjerneproblematikken som bidrar til å opprettholde spiseforstyrrelsen.

## Referanser

- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237–248. Sammendrag i Pubmed.
- Helsedirektoratet (2017). Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser>
- Høye, A. (2012). Schizophrenia: gender differences in diagnosis and mortality in admitted patients [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø.
- Henriksen, M. G., Jansson, L. B. & Nordgaard, J. (2022). A cookbook recipe for the clinical and phenomenologically informed, semi-structured diagnostic interview. I M. Biondi, A. Picardi, M. Pallagrosi & L. Fonzi (red.), *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process* (s. 37–50). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_3)
- Posserud, M-B, Skretting Solberg, B., Engeland, A., Haavik, J. & Klungsoyr, K. (2021). Male to female ratios in autism spectrum disorders by age, intellectual disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144, 635–646. <https://doi.org/10.1111/acps.13368>