

Veien ut av anoreksiens klør

Olivia Herlaug Kristoffersen

Å forstå både anoreksien og det syke barnet er en krevende oppgave også for psykologer.

En mor til en tidligere anoreksipasient forteller i novemberutgaven om sine erfaringer med familiebasert behandling (FBT). Hun beskriver hvordan hun opplever at forståelse av anoreksi som ligger til grunn for FBT, skiller seg fra andre beskrivelser «i media, hos interesseorganisasjoner og i tidsskrifter samt i bøker av noen av Norges fremste eksperter på feltet».

Å forstå anoreksi fullt ut er krevende. Årsakene til anoreksi har vist seg å være multifaktorielle. Men det vi vet, er at uansett årsak må pasienten opp i vekt for å bli frisk. Årsaksforståelse alene gjør ingen frisk.

Vektoppgang

Vi FBT-behandlere er svært opptatt av rask vektoppgang. Grunnen er at flere av spiseforstyrrelsessymptomene avtar når vekten går opp. I første del av behandlingen bruker vi liten tid på å lete etter årsaker til sykdommen. I denne fasen handler det mest om re-ernæring. Vi ønsker å se hva reduksjon av undervekt kan gjøre med symptomer som rigiditet, angst for kalorier, uro og treningstrang hos pasienten. Vi opplever at pasienten sjelden har mange gode innspill å komme med for å få til en vektoppgang i første fase av behandlingen. Da er det ofte kun anoreksien «som snakker». Og den ønsker vi ikke å forhandle med.

Når pasienten er forbi den verste undervekten, reduseres ofte rigiditeten, og det blir lettere å diskutere behandlingsmål med pasienten. Etter hvert som vekten går opp, vil de fleste pasienter bli mer tilgjengelig for samtaleterapi og temaer som kropp, mat og vekt. Hos oss får de da tilbud om individualsamtaler, parallelt med FBT. Vi kartlegger også andre ting som ikke handler om spiseforstyrrelsen. Vi behandlere og foreldre prøver sammen å forstå mer av hvilken funksjon spiseforstyrrelsen har i livet til den anorektiske, og hva det var som gjorde at sykdommen oppstod.

Rigiditet

Noen ganger går vekten opp, mens rigiditeten og angsten for mat og vektoppgang forblir like intens. Det er krevende for foreldre å skulle fortsette kampen for å få i barnet sitt mat når de ikke ser bedring på andre områder enn at vekten går opp. Da danner vi behandlere oss hypoteser om at det er mer enn undervekt som driver anoreksien, og tar dette opp med foreldrene. Etter vektoppgang blir andre og mulig utløsende problemer synlig. Eksempler kan være opplevelser av mobbing eller andre typer traumer. For noen er det en depresjon som førte til vektnedgang, og sult som stagget de depressive symptomene ved å tilføre en nummenhet som kjentes lindrende. Når matinntaket normaliseres igjen, vender tristheten tilbake i full styrke, og pasienten kan fremstå mer syk enn da hun/han var undervektig.

Det er i andre tilfeller nødvendig å tematisere at både behandling og vektoppgang utfordrer rigiditeten som ligger innbakt i komorbide lidelser som OCD, autismespekterforstyrrelser og personlighetstrekket perfeksjonisme. FBT-behandlingen utfordrer blant annet undervektsrigiditet. Det skjer ved at foreldrene overtar kontroll over alt matinntak i første fase av behandlingen. Hvis

vi med behandling utfordrer både spiseforstyrrelsesrigiditet og for eksempel autismerigiditet (som ofte handler om angsten som oppstår ved fravær av forutsigbarhet), kan vi få massiv motstand fra pasienten, og behandlingen kan bli fastlåst. Det er derfor viktig å avklare hva som kan ligge til grunn når FBT-behandlingen ikke fører til bedring på tross av vektoppgangen.

Årsaksforståelse alene gjør ingen frisk

Komorbiditet

Komorbide lidelser som autismspekterforstyrrelser, OCD og ADHD ser alle ut til å være forstyrrelser som både gir økt sårbarhet for å utvikle anoreksi, og gjør behandling mer krevende. Det er viktig med tidlig og bred kartlegging av alle spiseforstyrrelsespasienter. Ved manglende fremgang i behandling bør komorbiditet tematiseres på nytt sammen med foreldrene. Jeg har som behandler i spiseteam vært med å behandle flere pasienter der vi nok ikke har vært gode nok til å oppdage komorbiditet fordi undervektsrigiditet minner om både OCD, autismspekter og ADHD. Det var i mange tilfeller ikke tydelig mistanke om underliggende vansker da spiseforstyrrelsen oppstod. I disse tilfellene har behandlingen blitt krevende, og fastlåst. Flere av disse pasientene har måttet legges inn sammenlignet med pasienter vi behandler i FBT med «bare» spiseforstyrrelse. Jeg tror derfor det er viktig at vi behandlere justerer behandlingen når vi sammen med foreldre får mistanke om komorbiditet, eller avdekker dette, eller at vi opplever at FBT ikke virker.

Se også Psykologtidsskriftets podkastepisode *First, do no harm*

<https://psykologtidsskriftet.no/podkast/2023/10/first-do-no-harm>

Noen ganger er dessverre heller ikke disse justeringene tilstrekkelig til å hjelpe pasienten, og vi må endre behandlingsform helt og gi ansvaret til pasienten. Andre ganger får vi ikke noen former for behandling til å virke, og vi må ta en pause dersom pasienten ikke er alvorlig undervektig.

Vi opplever også at flere foreldre enn det vi var forberedt på, trenger mer veiledning for å klare å stå i FBT-behandling. Da må vi intensivere hjelpen foreldrene får, eller gi dem annen type veiledning i tillegg. I noen tilfeller kommer vi til kort med å veilede. Da må vi prøve å koble inn andre hjelpeinstanser.

Halvparten blir helt friske

Vi som jobber i dette feltet, opplever at vi klarer å behandle litt over halvparten av pasientene helt friske, og en del flere enn dette blir bedre, men ikke friske. Vi skulle selvsagt ønske at tallene var høyere. Som psykolog stiller jeg meg tvilende til at vi vil klare å finne behandlingsmetoder som får alle friske av anoreksi, selv om vi skulle klare å finne alle årsakene bak tilstanden. Jeg tror likevel at vi behandlere kan bli bedre til å skreddersy behandling, og tydeliggjøre overfor dere foreldre hvilken sorteringsjobb vi står i når vi skal behandle, og få barna deres ut fra anoreksiens klør.

Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter