

«ERFARINGER FRA  
BEHANDLING AV  
PERSONER MED  
OVERSPISINGSLIDELSE  
VED SEKSJON FOR  
SPISEFORSTYRRELSER  
HUS»

MARIT ALBERTSEN OG SIGNE HAUGEN

## FØR 2011

- Gruppe med dialektisk atferdsterapi og basal kroppskjennskap
- Noen års opphold

## BAKGRUNN:

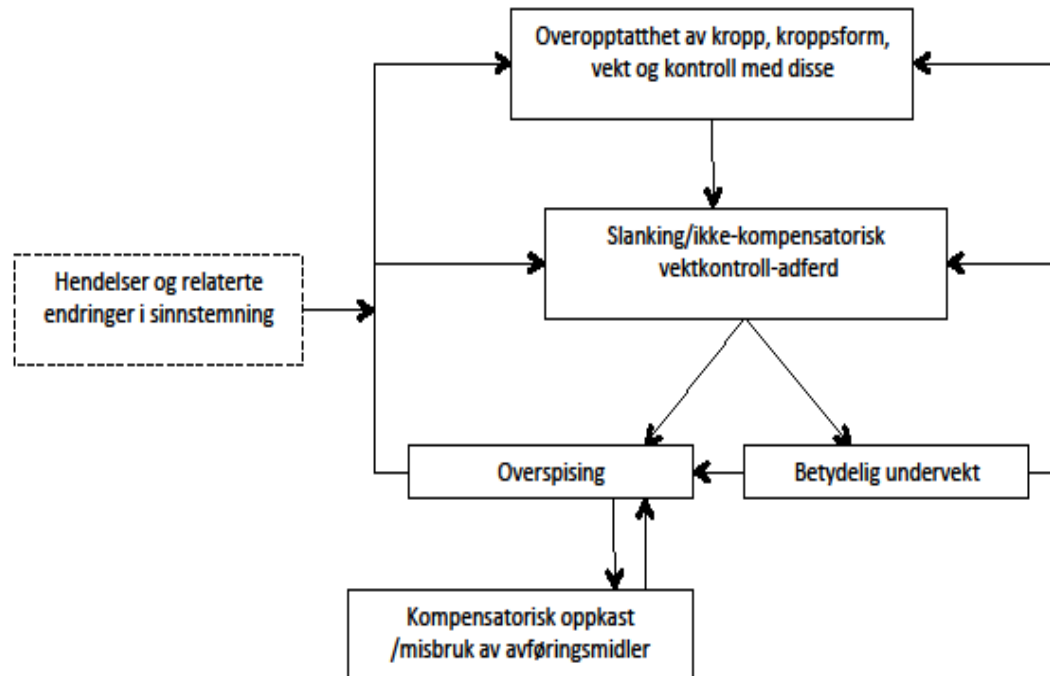
- Oppstart i 2011.
- Dette har vært en nedprioritert pasientgruppe i Helse Bergen, og det har eksistert få behandlingstilbud.
- Ledelsen ved seksjonen besluttet at tilbudet skulle gis som gruppebehandling.
- U.t. ansvarlig for å utvikle tilbudet sammen med kollega Marit Nilsen Albertsen.
- Spesialist i psykiatri Haldis Økland Lier faglig veileder.

## BEHANDLING:

(Valgt på bakgrunn av forskning og klinisk erfaring, se siste slides)

- Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser CBT-E (Fairburn 2008).
- Basal kroppskjenskap (BK).
- Vektmål: Stabil vekt i behandlingsforløpet. Å behandle en spiseforstyrrelse kan ikke skje samtidig som et betydelig vekttap. Noen kan ha nytte av vektreduksjonsprogram med moderat vektnedgang (5-10 %) en tid etter at behandlingen av spiseforstyrrelse er avsluttet (Cooper & Fairburn, 2001) (NICE Clinical guideline, 2004 )
- Fedmekirurgi: Vår anbefaling er at dette ble vurdert først etter at man har hatt kontroll over matinntak minimum et år. (Veiledning fra Økland Lier og Fairburn).

# HVA ER KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR SPISEFORSTYRRELSER CBT-E (FAIRBURN 2008)



# HVA ER BASAL KROPPSKJENNSKAP

- Psykomotorisk fysioterapeutisk behandlingsform, der man gjennom øvelser i liggende, sittende, stående og gående fremmer balanse, fri pust og nærvær.
- Finne ressurser gjennom kroppen.

## STRUKTUREN I BEHANDLINGEN:

Vi fulgte manualen til CBT-e 20 sesjoner (Fairburn, 2008)

Steg 1: 2 sesjoner pr uke. 1 sesjon i gruppe

1 sesjon individuelt (laget modell over spiseproblemet + kom i gang med å planlegge regelmessige måltider, gjennomføre planen og registrere hvordan gjennomføringen har gått)

Steg 2: 1 sesjon pr uke

Steg 3: 1 sesjon pr uke

Steg 4: sesjoner hver andre uke

## STRUKTUR PÅ SESJONER:

Totalt 2 timer (CBT-e 1,5 t og BK 30 min):

Gjennomgang av hjemmearbeid: 15 min pr deltaker

Psykoedukasjon

Felles lunsj (niste)

Hjemmearbeid til neste gang

Øvelser fra BK



## PASIENTER FORDELT PÅ TO GRUPPER:

- En psykolog valgte ut 12 pasienter fra DSM IV kriterier.
- BMI: 21 – 50
- Alder: 20 – 50 år
- Co morbiditet: 2 diagnostisert med personlighetsforstyrrelse.

## UTFORDRINGER MED TERAPI I GRUPPE:

- Vanskeligere å holde oppe momentum til å skape endring.
- Må gå igjennom flere vedlikeholdende faktorer for å dekke alle deltakerne sine behov.
- Flere i gruppen med unngåelse som personlighetstrekk. Kan være krevende å holde fokus i terapien.
- Det kan ta lenger tid å oppdage når en deltaker ikke følger progresjon i behandling.
- Terapihindrende faktorer kan bli avdekket underveis i forløpet. Hvordan forholde seg til dette i en gruppe?

## FORDELER MED TERAPI I GRUPPE:

- Gjenkjennelse av problemområder ble opplevd som gyldiggjøring av vanskene.
- Råd de ga hverandre hadde annen verdi og større nytte enn om samme råd kom fra behandlere.
- Psykoedukasjon og intervensjon i forhold til overevaluering av kropp og vekt fungerte godt da eksempler hos en deltaker ofte ga gjenkjennelse og aha opplevelse hos de andre.
- Analyse av overspisingsepisoder er et område deltakerne ga tilbakemelding om ga læring fra en deltaker til de andre.
- Å erfare bevegelse sammen, ga en helt annen innsikt enn bare å snakke om det (tydelig at skam var det største hinderet for bevegelse / fysisk aktivitet).

## RESULTAT:

- 5 (42 %) som ikke oppfyller kriterier for overspisingslidelse etter DSM-IV et år etter oppstart behandling.
- 4 (33 %) drop-out
- 1 har falt ut av kvalitetssikringsarbeidet (har ikke levert tilbake tester) derfor uvisst.
- 1 falt ut av behandling på grunn av oppstart traumebehandling hos psykolog.
- 1 falt ut av behandling på grunn av omfattende medisinsk behandling.
- Vekt: 5 hadde stabil vekt, 1 hadde vektreduksjon på 12 % og 1 på 5 %. Mangler data på 1.
- De to som ikke fullførte behandling på grunn av traume og medisinsk behandling ønsket videre oppfølging med samme metode når annen behandling var avsluttet.

## KONKLUSJON:

- For i større grad å kunne møte alle pasientenes utfordringer anbefalte vi individuell CBT-e
- For å ivareta fordelene med gruppe anbefalte vi at pasientene parallelt fikk BK i gruppe
- Fra 2012: klarsignal til å gi individuell behandling på lik linje med det tilbudet andre pasienter med spiseforstyrrelser får.
- Vår anbefaling om å gi basal kroppskjenskap i gruppe ble ikke imøtekommet.
- Erfaring med individuell CBT-e behandling har vist at problemet med unnvikende atferd er lettere å adressere, enn i gruppe.
- Vår erfaring er at pasienter med overspisingsslidelse ofte har behov for spesialisert behandling.
- Lite kunnskap hos både pasienter og i behandlingsapparatet gir utfordringer med å få tilgang til behandling.

## MASTEROPPGAVER

-Våre erfaringer inspirerte oss til forskning

- «*Pasienter med overspisinglidelses opplevelse av Basal Kroppskjennskap*» masteroppgave av Marit N Albertsen en kvalitativ studie med dybdeintervju underveis i behandlingprosessen
- «*Erfaring med å leve med overspisinglidelse*». En systematisk oversikt over empiriske kvalitative studier.  
Masteroppgave i Kunnskapsbasert praksis i helsefag av Signe Haugen.

## REFERANSER:

Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617-626. doi: 10.1177/0269215510394223

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499-511. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)

Goldschmidt, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., & Striegel-Moore, R. H. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 187-193. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.008>

Gøtestam, G. K., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Vedul-Kjelsås, E. (2004). Patologisk overspising – en oversikt. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 124, 2118-2120.

NICE - National Institute for Health Care Excellence. (2004). Eating disorders (CG9). from <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg009>

Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705. doi: 10.1002/eat.20719

## BAKGRUNN FOR VALG AV METODE:

- Studier har rapportert effekt av kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og inter personlig terapi ved overspisingslidelse (Götestam et al, 2004) (NICE Clinical guideline, 2004).
- Studie viser bedre behandlingsresultat på strukturert behandling som CBT og IPT enn ikke spesifikke behandlingsformer (Wonderlich et al., 2009).
- Mange med BED kjenner seg igjen i kjerne psykopatologien til spiseforstyrrelse selv om dette ikke er diagnosekriterium (Goldschmidt et al., 2009).
- Til høyere grad av overevaluering av kropp og vekt hos personer med BED, dess lavere psykososial fungering og høyere grad av annen psykopatologi (Goldschmidt et al., 2009).



## FORTSETTELSE -BAKGRUNN FOR VALG AV METODE:

- Overevaluering av kropp og vekt er mindre relevant trigger for overspising enn psykososiale stressfaktorer(Goldschmidt et al., 2009).
- Graden av overevaluering av kropp og vekt er klinisk viktig informasjon for å kunne gi behandling som også adresserer psykososial dysfunksjon ved siden av spiseforstyrrelsen. (Goldschmidt et al., 2009)
- Basal Kroppskjennskap er en psykomotorisk fysioterapeutisk metode som vi ved Seksjonen har god klinisk erfaring med, og som har vist dokumentert effekt ved spiseforstyrrelser (Catalan-Matamoros, D. et al., 2011)