Veien ut av SPISEFORSTYRRELSEN

Jeg er en kvinne på 32 år som utviklet spiseforstyrrelse da jeg var 19. For to år siden var jeg til behandling på Modum Bad i tre og en halv måned. I dag er jeg helt frisk.

Spiseforstyrrelse handler ikke om mat. Det handler om følelser. For meg var det en mestringsstrategi for å takle vonde følelser. En dårlig mestringsstrategi, men i mangel av en bedre løsning var det en måte for meg å døyve eller bli kvitt følelser på.

Det handlet om følelser som jeg ikke klarte å sette ord på. Følelser som jeg ikke torde å snakke med andre om. Følelser som handlet om at jeg var et dårlig menneske, at det var for mye av meg og at jeg aldri var god nok.

Hvorfor endte jeg opp med spiseforstyrrelse har jeg mange ganger spurt meg selv. Hva var det som gjorde at jeg ikke hadde det bra? Jeg tror det er noen elementer både ved meg og min personlighet, ved min oppdragelse og noen erfaringer jeg har gjort livet som førte meg dit.

Jeg kommer fra en familie som har vært opptatt av kropp og slanking og jeg fikk en del kommentarer i ungdommen om å bli kvitt valpefettet. Det var strengt hjemme hos oss og spesielt rundt manerer. Flere ganger måtte jeg spise opp maten min på do fordi jeg spiste stygt. Jeg tror en svært stresset matsituasjon i barndommen ikke var spesielt sundt for meg.

Jeg har alltid vært veldig utadvendt og har hatt masse selvtillit, vært flink og ressurssterk, men samtidig følt meg som et dårlig menneske, en som tok for mye plass, en som var for bråkete, for brautende og for utadvendt, uredd og ubekymret. Jeg mislikte min utadvendthet og ønsket jeg var mer elskverdig, mer stille og forsiktig.

Jeg var en krevende unge og en hard nøtt mente min far og en dag ville jeg møte min overmann for jeg trengte en som kunne stagge meg. Jeg var som en «bulldozer». Han var samtidig veldig stolt av hvor godt jeg gjorde det på skolen og hadde store ambisjoner på mine vegne. Når jeg ble uteksaminert fra universitetet som nr 2 i mitt kull, lurte han på hvorfor jeg ikke var nr 1.

Jeg møtte min eksmann som 19 åring. Han hadde som mål at livet mitt skulle være så smalt at fingrene hans møttes når han holdt rundt meg. Han var voldsom og dominerende, og jeg trodde jeg hadde funnet det jeg trengte – min overmann. Jeg ble veldig ydmyk og veldig syk. Jeg spiste på det verste to kjeks om dagen, men nektet å innrømme for meg selv at jeg hadde anoreksi. Jo tynnere jeg ble, jo mindre plass følte jeg at jeg tok og jo bedre menneske trodde jeg at jeg ble. Etter studietiden kom jeg tilbake til hjemstedet mitt – skilt, med veldig mye skam og veldig mye å dekke over.

Jeg skjønte at jeg måtte gjøre noe med situasjonen, men idet jeg prøvde å begynne å spise gikk anoreksien over i bulimi. Jeg hadde ikke spist på så mange år at når jeg endelig skulle begynne å spise, tok kroppen over, eller om det var jeg som mistet den kontrollen jeg følte jeg hadde med anoreksien, jeg vet ikke.

Jeg brukte mye tid og krefter på å skjule spiseforstyrrelsen. Jeg hadde en jobb hvor jeg følte at jeg ikke kunne vise svakhet. Jeg jobbet derfor døgnet rundt for å dekke over både sykdommen og min udugelighet.

Midt oppi dette ble min mor syk av kreft. Da hun døde veide jeg 47 kg, var forferdelig deprimert og kastet opp 8 ganger hver dag. Jeg ble da sykmeldt i ett år mens jeg ventet på å komme inn på Modum Bad.

Det året møtte jeg han som jeg i dag er så heldig å være gift med. Jeg orket ikke lenger å dekke over noe og fortalte han ganske fort at jeg var syk. Jeg har alltid målt min verdi i prestasjoner og hadde aldri følt meg så verdiløs som da. Han ville ha meg likevel. Det var fantastisk og veldig overraskende å oppleve at noen kunne elske meg for den jeg var uavhengig av hva jeg presterte og selv om jeg hadde denne forferdelige, ekle sykdommen. Men det ville han altså. Han støttet meg hele veien før, gjennom og etter sykdommen. Jeg tror ikke jeg hadde klart det uten han. Han ga meg en grunn til å ønske å bli frisk og mot til å gjennomføre det.

Så da kom jeg til Modum da, forelsket, tynn og redd. Det var forferdelig skummelt og veldig godt å komme dit. Jeg var veldig motivert når jeg kom dit for jeg visste at jeg måtte bli frisk. Jeg var så sliten både fysisk og psykisk at det var ikke noe alternativ å fortsette å være syk.

Det første jeg merket var at det var en spesiell atmosfære der. Trygg og aksepterende. Jeg følte meg akseptert for den jeg var uten å måtte prestere noe som helst. Igjen veldig uvant for meg. Det første som skjedde var at jeg slapp sorgen frem. Jeg sørget inderlig over de ti årene jeg hadde tapt. De ti årene som mest av alt hadde vært slitsomme, triste, vanskelige og ensomme.

På Modum møtte jeg et tredelt opplegg for behandling av spiseforstyrrelser som besto av: individuell terapi, gruppeterapi og håndtering av matsituasjonen. For meg ble det kombinasjonene av disse tre elementene som hjalp meg fordi de utgjorde en helhet som ivaretok hele mitt problem.

For å ta matsituasjonen først – det var vel den som var vanskeligst å takle på det tidspunktet. Opplegget var lagt opp slik at vi måtte spise fire faste måltider av 500 kal tilsvarende 2000 kal hver dag. Dvs normale måltider. Det var ikke noe type opptrapping hvor vi begynte forsiktig og gradvis økte. Det var rett på full kost.

Det var tøft for å si det mildt! Etter ikke å ha spist ordentlig på 10 år reagerte kroppen min som en strikkball. Med kvalme, fordøyelsesproblemer, halsbrann og søvnproblemer. Jeg sov i snitt to timer per natt gjennom hele oppholdet på Modum. I tillegg kom det psykiske ubehaget ved å spise. Det var ti ganger verre. For meg var mat blitt en fiende, noe som ikke hørte til i kroppen min, noe jeg assosierte med vonde følelser. Jeg kan sammenligne det å spise for meg på den tiden med å svelge levende edderkopper og etterpå kjenne på at de kryper rundt i magen. Jeg merket at jeg nærmest koblet ut i de nærmeste timene etter hvert måltid.

Vi hadde psykiatriske sykepleiere som kontaktpersoner, spesielt i forhold til håndtering av maten. De var tilgjengelig for samtaler og støtte til enhver tid og vi hadde ukentlige møter hvor vi så på strategier for å takle maten, både på Modum, når vi var hjemme på permisjon og i ettertid.

Den andre delen jeg nevnte var: Gruppeterapi og gruppens rolle i behandlingsopplegget.

Vi hadde gruppeterapi hver dag. Temaene kunne være alt fra opplæring i kost og ernæring til diskusjon rundt eget selvbilde. Ofte ble temaet vonde opplevelse eller erfaringer fra en i gruppa. Det var mange som hadde opplevd mye vondt – alt fra overgrep og misbruk til skilsmisser og dødsfall i nærmeste familie. Vi gråt mye sammen.

Både psykiaterne og de psykiatriske sykepleierne var med i gruppeterapien. De brukte kognitiv terapi som modell i behandlingen. Kognitiv terapi består av å se på om de følelser som blir utløst i en konkret situasjon gjenspeiler virkeligheten og om det finnes alternative tanker og adferd som er bedre enn den man valgte. Den måten å jobbe på fikk meg til å se at det var måten jeg oppfattet meg selv på det var noe galt med, ikke med meg.

Når det gjaldt gruppens rolle i behandlingsopplegget, betydde den veldig mye.

Vi var sammen stort sett hele tiden, unntatt når vi hadde individuell terapi.

Min gruppe fikk et veldig godt samhold. Vi tok mye ansvar for hverandre og jeg tror at gruppen var veldig avgjørende for hvor bra det gikk for meg. Jeg følte meg veldig trygg og akseptert i gruppa, noe jeg anser nærmest som et kriterium for å lykkes i den settingen hvor man skal utlevere det såreste og mest intime om seg selv.

ILLUSTRASJONSFOTO

Gruppen spiste sammen og hadde ansvar for å ta vare på hverandre etter måltider gjennom såkalt ettermøter hvor vi samlet oss og snakket om hvordan vi hadde det. Det var et veldig nyttig element fordi vi slet alle forferdelig etter måltider. Vi trengte en viss oppfølging, men det hadde føltes som tvang hvis det hadde vært personalet som hadde den rollen. Det kollektive ansvaret i gruppen myndigjorde oss, fikk oss til å ta vare på hverandre og ta ansvaret for egen forbedring.

Den tredje delen i behandlingsopplegget var den individuelle terapien Jeg opplevde at vi i den individuelle terapien gikk mer inn i de bakenforliggende årsaker til spiseforstyrrelsen. For meg var det temaer som relasjoner til nærmeste familie, prestasjonskrav, opptatthet av hva andre mennesker synes om meg og selvforakt. For meg resulterte den individuelle terapien i at jeg skjønte at jeg ikke var så verst likevel. Alle de oppfatningene jeg hadde om meg selv – at jeg tok for mye plass, at jeg var uspiselig, presterte for dårlig – de begynte å avta. Jeg klarte å se at slik jeg hadde oppfattet meg selv gjennom mange år ikke nødvendigvis stemte med virkeligheten.

I dag er jeg ganske fornøyd med meg selv og livet mitt. Fornøyd med livet mitt fordi jeg er fri – fri fra spiseforstyrrelsen- fri til å gjøre hva jeg vil, til å føle glede og sorg, til å være i nuet, til å dra på hyttetur med venninner og gå på restaurant. Fornøyd med meg selv fordi jeg har klart å bli frisk og fordi jeg har kommet frem til at jeg ikke er så verst. Ikke det at jeg er noe fantastisk menneske, men jeg tror jeg er helt normal – med noen positive og noen negative sider som jeg godt kan leve med. Målet er ikke lenger å være perfekt, men å være normal og det er ubeskrivelig deilig.

Til slutt et hjertesukk. Det er mange som sliter med spiseforstyrrelser og mørketallene er store. Det er generelt altfor liten kunnskap om dette temaet. Vi har for få behandlingsinstitusjoner og altfor lange ventelister. Og kanskje aller viktigst: vi trenger kontinuitet og samordning av tjenestetilbudet. Jeg ventet i ett år på å komme inn på Modum og fikk avslag på avslag om oppfølging når jeg kom hjem. Jeg måtte virkelig bruke de ressursene jeg hadde på å få oppfølging og det var den oppfølgingen som gjorde at jeg klarte å gå det siste lille stykket å bli helt frisk. Dette bør ikke være pasientens ansvar! Det offentlige bruker ca 2000 kr på en pasient med spiseforstyrrelse på institusjon i døgnet. Det er veldig uøkonomisk å ikke sikre pasienten oppfølging i etterkant av et slikt tilbud. Jeg tror man mister mange som er på god vei ved at man står alene umiddelbart etter oppholdet i en uhyre sårbar posisjon.

Hvem bør så ha ansvaret for hele pasientforløpet? Bør fastlegene ha en mer sentral funksjon i forhold til å sy sammen et helhetlig tjenestetilbud til mennesker med spiseforstyrrelser? De sitter i en posisjon hvor de ofte både identifiserer diagnosen, søker om behandling på vegne av pasienten og følger opp pasienten i etterkant av behandling.

Jeg skriver denne historien i Utposten fordi jeg tror erfaringer fra pasienter er verdifulle. Pasientene er de eneste som går gjennom hele forløpet i en behandling. Det viser seg jo også at det er nettopp i overgangene kvaliteten ofte svikter. Helsepersonell bør kanskje bli flinkere til å ta pasientene med på råd når det gjelder å utvikle og forbedre tjenestene? *Hilsen «frisk»*

IMIGRAN®
sumatriptan

tilbake til hverdagen

C Imigran "GlaxoSmithKline"
Migrenemiddel.
T:36. ATC-nr.: N02C C01

T **INJEKSJONSVÆSKE** ***12 mg/ml:*** *1 ml inneh.:* Sumatriptan. succin. aeqv. sumatriptan. 12 mg, natr. chlorid. 7 mg, aqua ad iniect. ad 1 ml.
T **NESESPRAY** ***20 mg/dose:*** *Hver dose inneh.:* Sumatriptan. 20 mg, const. q.s.
T **STIKKPILLER** ***25 mg:*** *Hver stikkpille inneh.:* Sumatriptan. 25 mg, const. q.s.
T **TABLETTER** ***50 mg og 100 mg:*** *Hver tablett inneh.:* Sumatriptan. succin. aeqv. sumatriptan. 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 100 mg: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: *Injeksjonsvæske:* Akutte anfall av migrene med eller uten aura. Cluster hodepine. *Nesespray, stikkpiller og tabletter:* Akutte anfall av migrene med eller uten aura.

Dosering: Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. *Cluster hodepine:* ***Voksne (18-65 år):*** Injeksjonsvæske: Dosering, se tabell. *Migrene:* ***Voksne (18-65 år):*** Injeksjonsvæske, nesespray, stikkpiller og tabletter: Dosering, se tabell. For tabletter er anbefalt startdose 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesespray kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved bivirkninger. Injeksjon eller nesespray bør brukes hvor raskt innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrenehodepine. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallet har vart når behandlingen starter. Dersom symptomene lindres av den første dosen, men kommer tilbake, kan en ny dose gis, se tabell for tid mellom dosene. Dersom effekt av første dose uteblir, er det lite sannsynlig at en andre dose vil gi effekt ved det samme migreneanfallet. Imigran kan imidlertid forsøkes ved neste anfall. ***Injeksjonsvæske:*** Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutant. ***Tabletter: Tablettene svelges hele med et 1/2 glass vann.***

	Vanlig dosering	Maks. døgndose	Tid mellom dosene
Injeksjonsvæske:			
Migrene:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster hodepine	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Nesespray:	1 dusj (20 mg) i det ene neseboret	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
Stikkpiller:	1 stikkpille (25 mg) i endetarmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
Tabletter:	1 tablett å 50 mg ev.100 mg	300 mg	Min. 2 timer

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for innholdsstoffene. Tidligere hjerteinfarkt, ischemisk hjertesykdom, Prinzmetals angina/koronar vasospasme, perifer karsykdom, symptomer eller tegn på ischemisk hjertesykdom. Cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske ischemiske anfall (TIA). Ukontrollert hypertensjon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monoamino oksidasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling.

Δ **Forsiktighetsregler:** Skal ikke injiseres intravenøst. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrene eller cluster hodepine. Ved tvil bør pasientene henvises til neurolog. Sumatriptan er ikke indisert ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilarismigrene. Som ved annen akutt migrenebehandling, bør alvorlige neurologiske tilstander utelukkes før man behandler en nydiagnostisert migrene eller migrenepasienter med atypiske symptomer. Migrenepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f.eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrene. Koronar sykdom må utelukkes før Imigran forskrives til pasienter hvor hjertesykdom kan mistenkes. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høyt blodtrykk (kontrollert), da blodtrykksstigning og økt vaskulær motstand er rapportert hos et fåtall pasienter. Det har vært rapportert slapphet, hyperrefleksi og koordinasjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI) og sumatriptan. Pasienten bør følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSRI er indisert. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampeterskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Det er begrenset informasjon om slike kryssreaksjoner, men forsiktighet bør utvises før bruk av Imigran. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gå 6 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsighet kan opptre som et resultat av migrene eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises ved bilkjøring, betjening av maskiner o.l. Pga. begrenset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsøk innen normal spontan forekomst er rapportert.

Interaksjoner: Ergotamin. MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og SSRI (se Forsiktighetsregler).

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt fosterdød i dyreforsøk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. *Overgang i morsmelk:* Utskilles i morsmelk. Amming: Det anbefales at melken fra de første 8 timene etter administrering av sumatriptan kastes, hvoretter amming kan gjenopptas.

Bivirkninger: *Injeksjonsvæske:* Den mest vanlige bivirkningen er forbigående smerte på injeksjonsstedet. Stikking/brennende følelse, opphovning, erytem, merke og blødning har også vært rapportert. *Nesespray:* Den vanligste rapporterte bivirkning for nesesprayen er sprayens smak. Mindre hyppig er lett, forbigående irritasjon eller brennende følelse i nese/svelg, eller nesebløødning. *Hyppige (> 1/100):* Gastrointestinale: Kvalme og oppkast. Neurologiske-/Psykiske: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Forbigående blodtrykksstigning (10 mmHg). Rødme. Øvrige: Smerte, kribling, varme, tyngde, trykk eller stramninger i deler av kroppen, inkl. bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Tretthet, døsighet og matthet. *Mindre hyppige:* Hud: Utslett. Endringer i leverfunksjonsparametre. *Sjeldne (< 1/1000):* Neurologiske/Psykiske: Epileptiforme anfall. Sirkulatoriske: Blodtrykksfall, bradykardi, takykardi og hjertebank. Kortvarig økning i perifer karmotstand. Spasmer i koronararteriene, ischemisk kolitt, Raynaud syndrom. Syn: Flimmer, dobbeltsyn, nystagmus, scotoma, nedsatt syn. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Sumatriptan har vært assosiert med forbigående symptomer som brystsmerter og stramninger, også i halsregion. Disse kan føles intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller være forårsaket av koronarvasospasme. Nødvendige undersøkelser må foretas dersom symptomene tyder på ischemisk hjertesykdom. I ekstremt sjeldne tilfeller (< 1/10 000) har det vært rapportert arytmier, forbigående ischemiske EKG-forandringer eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan. I veldig sjeldne tilfeller har forbigående tap av syn vært rapportert. Synsforstyrrelser kan også skyldes selve migreneanfallet.

Egenskaper: *Klassifisering:* Vaskulær 5HT1 -reseptoragonist. *Virkningsmekanisme:* Selektiv 5HT1 -reseptoragonist uten effekt på 5HT2 - og 5HT3 reseptorer. 5HT1 -reseptorer er funnet i hovedsak i carotissirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende mekanisme ved migrene. Selv om anbefalt peroral dose av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividuelle variasjoner. Sumatriptan har også effekt ved akutt behandling av migreneanfall i forbindelse med menstruasjon.
Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Raskt og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96 %. Nesespray: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biotilgjengelighet: 15 %. Stikkpiller: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 19 %. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14 %. *Proteinbinding:* 14-21 %. *Halveringstid:* Ca. 2 timer.
Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et indoleddiksyrederivat av sumatriptan uten 5HT1 eller 5HT2 aktivitet. *Utskillelse:* I urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys. Nesesprayen og stikkpillene oppbevares ved 2-30 °C.

Pakninger og priser: ***Injeksjonsvæske:*** Med GlaxoPen: 2 × 0,5 ml kr 528,60. Refill: 2 × 0,5 ml kr 521,80, 6 × 0,5 ml kr 1341,60. ***Nesespray:*** Endosebeholdere: 6 doser kr 610,40. 18 doser kr 1762,80.
Stikkpiller: 6 stk. kr 334,60. ***Tabletter: 50 mg:*** Enpac: 6 stk. kr 340,90, 12 stk. kr 647,50. ***100 mg:*** Enpac: 2 stk. kr 247,10, 6 stk. kr 615,10, 18 stk. kr 1804,70.
Priser av 02.2002

gsk GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no