

# Allmennlegens tilnærming til pasienter med SPISEFORSTYRRELSE

AV DRUDE BRATLIEN OG MONA SØNDENAA

*La deg ikke narre av meg.  
La deg ikke narre av ansiktet mitt.  
For jeg bærer en maske. Jeg bærer et utall masker,  
masker jeg vegrer å ta av,  
og ingen av dem er meg.*



**Drude Bratlien**, født i Danmark 1968, utdannet bioingeniør 1990 og reiste til Kirkenes i 1991 Med. studiet i Odense i Danmark 93–99, så tilbake til Kirkenes i sykehusturnus og siden allmennpraksis. Spesialist i allmennmedisin.



**Mona Søndena**  
er kommuneoverlege i Sør-Varanger

## Innledning

Vår utfordring som allmennpraktikere er å fange opp de kvinnene som har et avvikende spisemønster og dermed i fare for å utvikle alvorlig sykdom med komplikasjoner. Mange allmennleger er selv noe engstelige for denne pasientgruppen – de er fanget i myten om at tilstanden er spesiell og vanskelig å behandle, og at legen ikke har nok kunnskap. Dette blir lett en selvoppfylgende profeti hvor legen vegrer seg for å gå inn i problemstillingen.

Vi har imidlertid lenge savnet en «kokebok» med konkrete råd og veiledning for både somatisk utredning av og psykologisk tilnærming til anorexi (AN) og bulimi (BN) for bruk i allmennpraksis.

## Møtet med pasienten

Det er svært viktig å gjøre en grundig og god somatisk utredning i tillegg til å kunne skape trygghet i den psykologiske relasjonen med pasienten. En grundig somatisk undersøkelse kan for de fleste pasientgrupper være en god innledning til videre dialog mellom pasient og lege. For pasienter med AN og BN kan en klinisk undersøkelse virke truende og skremmende, men også for disse kan selve undersøkelsen bli en inngangsport for videre dialog. Ved å gjennomgå de medisinske konsekvensene av vekttap, oppkast, bruk av avføringsmidler o.s.v. kan legen bruke medisinsk kunnskap som pedagogisk verktøy for å hjelpe pasienten til å lage trygge rammer. Legen bør imidlertid ha tenkt igjennom om en somatisk undersøkelse vil være så skremmende at dette i en startfase vil kunne ødelegge for en god behandlingsrelasjon.

Anamneseopptaket kan være vanskelig og må foregå over flere konsultasjoner. Det er viktig for pasientens selvopplevelse og identitetsbygging at hun selv får en nøyaktig og detaljert forståelse av sin tilstand; symptomer, spise- og rensesesatferd, den fysiske tilstand slik somatiske undersøkelser viser, samt de følelser og tanker som hun måtte ha om sin situasjon – hvis hun klarer å sette ord på dette – og hvis hun tør dele dette med behandleren.

### A. SOMATISK TILNÆRMING

Det gjøres et ordinært anamneseopptak hvor, om mulig, det legges vekt på kosthold, overspising, oppkast, trening, kroppsopplevelse og bruk av laxantia (avføringsmidler) og brekkmidler som ipekakuanha (disse er ikke reseptbelagte). Komorbiditet, både med hensyn til psykisk og somatisk sykdom, må avdekkes. Det er viktig å ha en klar oppfatning av hvor stor plass anamnestisk informasjon skal ha innledningsvis fordi viktige tema lett kan introduseres for tidlig og dermed komme som en hindring for en trygg relasjonsbygging. Mange pasienter vil ubevisst forandre på virkeligheten fordi dette gir en opplevelse av trygghet. De klarer ikke skille mellom faktiske forhold og egne tolkninger eller misoppfatninger. Dette kan igjen skape forvirring hos pasienten som først blir synlig når hun får kontakt med og tillit til en behandler.

*Subjektive symptomer på underernæring kan være:*

- Fryser lett.
- Søvnproblemer.
- Forstoppelse og magesmerter.
- Svimmelhet.
- Tretthet.
- Amenoré.
- Nedsatt konsentrasjon.
- Nycturi.

*Objektive tegn på underernæring kan være:*

- Tomt og matt blikk.
- Lav BMI.
- Tap av muskelmasse.
- Tap av subcutant fettvev.

- Lanugobehåring, hårtap, tørt og stritt hår.
- Tørr hud med sprekkdannelse, tørre negler.
- Forstørrede spyttkjertler.
- Lav hvilepuls ( $< 50$ ).
- Systolisk BT  $< 100$  mmHg.
- Dårlig tann- og tannkjøttstatus, emaljeskader.
- Hevelse på føtter og legger (ødemer).
- Hevelser under øynene.
- Nedsatt perifer sirkulasjon.
- Sår i svelget etter instrumentelt fremkalt oppkast.
- Merker etter selvskading.

*Klinisk undersøkelse:*

- Puls – bradycardi (langsom puls under 50/min) inntreffer relativ tidlig.
- BT – fall i systolisk blodtrykk.
- Temperatur – nedsatt temperatur.
- Hydrering/ødemer
- EKG – forlenget QT-tid og «low voltage». Sees på grunn av hypokalemi, hypomagnesemi, hypocalcemi.
- Bentetthetsmåling – helkroppens bentetthetsmåling kan gi normalt resultat fordi osteoporosen oftest starter flekkvis, hyppigst i columna og hofter. Det må derfor bes spesifikt om dette ved rekvirering.
- Dermatologiske komplikasjoner – tørr hud, alopeci, lanugobehåring, akne, cheilitt, akrocyanose (nedsatt perifer sirkulasjon), kløe, nedsatt sårtilheling. Peteccier i ansiktet ved hyppige oppkastninger.
- BMI under 17,5 (ICD-10)
- Squatting – nedsatt styrke; pasienten kan ikke reise seg fra liggende uten bruk av armer.



ILLUSTRASJONSFOTO: DARIO BASURIN

| Blodprøver:        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Analyse            | Begrunnelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hematologi         | Det kan sees fall i parametrene for alle cellelinjer på grunn av benmargsdepresjon. (Hb, hvite, røde)                                                                                                                                                                                                                       |
| SR                 | Stiger ofte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Jern/ferritin      | Jernmangel, lav ferritin                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Na/K/Cl            | Underernæring kan gi dehydrering. Særlig farlig er kaliumtapet som forsterkes ved oppkast og bruk av avføringsmidler. Hypokalemi kan i neste omgang gi hjerterytmeforstyrrelser og hjertesvikt. Hypokalemi kan også gi pareser. Obs. misbruk diuretica, laxantia, brekkmidler.                                              |
| Ionisert Ca        | Lav calsium.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Fosfat             | Lav fosfat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mg                 | Lav magnesium.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Zink               | Mangel skyldes spesielle kostvaner. Symptomer er nedsatt appetitt, redusert smakssans, depresjon og menstruasjonsforstyrrelser. Symptomene kopierer og forverrer således symptomene på AN/BN. Lav sensitivitet for klinisk betydningsfull sinkmangel. Vanskelig laboratorieanalyse.                                         |
| ALP/ASAT/ALAT/     | Kan stige. Obs. utvikling av fettlever.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| TSH/FT4/T3         | Som en følge av underernæring vil vanligvis T3 være nedsatt.. Skyldes adaptasjon til underernæring. I tillegg faller T3 raskere enn TSH og T4. «Sick euthyroid syndrome».                                                                                                                                                   |
| Kreatinin/Karbamid | Lav s-kreatinin ved lav muskelmasse.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fastende bl.s.     | Sult gir fall i plasma-insulin og følsomheten for insulin øker.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Vit. B12/Folat     | Mangel er vanlig. Kan gi nevropsykiatriske symptomer. Måling av B12, MMA (Metylmelonsyre) og Homocystein kan påvise mangel på vit. B12 og folat. Isolert forhøyet Homocystein tyder på Folatmangel. Hvis både MMA og homocystein er forhøyet har pas. samtidig B12-mangel. OBS! MMA, Homocystein er meget kostbare analyser |

## B. SAMTALEN

Når man som lege utvikler en behandlingsallianse med en pasient forventes det endring av uønsket atferd. Oppnåelse av dette er det endelige kriterium på suksess. Behandlingen, og behandleren, er vellykket. Forandring er altså det primære. For spiseforstyrrelser er atferdsendring også et mål, men veien er lang, ofte svært lang. Relasjonsbygging tar tid og må skje over flere konsultasjoner. Dette kan være en tålmodighetsprøve. Vi må imidlertid også være oppmerksomme på at alliansebygging kan gå raskt. Problemet da er at vi som leger ikke alltid forstår dette. Behandlerne har nesten alltid forventninger til seg selv som behandler. Forventningene kan forsterkes av omverdenen; kollegaer, pasienten, pasientens pårørende eller andre. Dette kan skape prestasjonsangst eller frustrasjon hos oss som behandlerne, eller det motsatte ved å skape en defensiv holdning til om vi i det hele tatt kan makte oppgaven. Det viktigste er ikke forandringen, men å opprettholde og verne om relasjonen. Kontinuitet og engasjement over tid kan åpne for en grad-

vis tilnærming til de mer følelsesmessige aspekter ved problemene og gi motivasjon for endring. Å motivere for forandring er en del av selve behandlingen. God motivasjon er et resultat av behandling og ikke et utgangspunkt.

Psykolog Josie Geller sier at som behandlerne er vi ofte dårlige til å bedømme hvorvidt pasienten er klar til endring («readiness»). Dersom pasienten endrer atferd for behandlerens eller pårørendes skyld viser undersøkelser at resultatet oftest blir kortvarig og sjansen for tilbakefall øker i forhold til der forandring er pasientens eget ønske («is changing for others a good idea?»). I utgangspunktet har pasienten ofte ikke et egentlig ønske om endring. Legens ønske om suksess og pasientens manglende «readiness» blir motstridende, i verste fall kontraterapeutisk. Endringen må forankres i pasienten selv. Det skal ikke være pasientens mål om å leve opp til det hun tror er behandlerens ønske som skal være den primære drivkraften i behandlingen.

Spiseforstyrrelsen fyller en funksjon; den får pasienten til å unngå kontakt med følelser som er vanskelige å forstå. Spiseforstyrrelsen kan derfor både ha positive og negative funksjoner – en venn og en fiende. Dette fordi pasientens begrepsoppfattelse rundt følelser er dysfunksjonell og preget av ambivalens. Språket hos pasienten er i en gryende fase og det er behov for nylæring i tillegg til det som er glemt, fortrent eller undertrykte følelser og reaksjoner det tidligere har eksistert ord for. Pasienten må altså igjen lære å utvikle et språk om seg selv. Til tross for at pasienten kan ha et velutviklet språk er hun dårlig til å sette ord på følelser. Når behandleren spør hva hun føler svarer hun ofte «vet ikke». Følelser kan kjennes som et indre ubehag som ikke kan plasseres, og dette ubehaget kan sultes vekk, kastes opp eller spises vekk. Begrepet alexithymi – uten-ord-på-følelser – beskriver denne tilstanden hvor kroppslige handlinger uttrykker følelsene. Behandlerens oppgave blir å hjelpe pasienten til å gjenkjenne sitt språk på egne følelser og behov. Pasienten må gå veien selv, men behandleren kan hjelpe godt til ved å:

- være nysgjerrig
- ikke ta noe for gitt
- ikke prøve å gjøre noe bedre enn det er
- vite og formidle at forandringene må pasienten gjøre selv, hun må bli ekspert på seg selv og erkjenne det.

Det er skammelig å ha en spiseforstyrrelse, men det er mer skammelig å føle skam. Skammen blir en dobbelt byrde og kan være grunnfølelsen i en spiseforstyrrelse. Det er her snakk om en langt dypere form for skam enn i den vanlige daglige begrepsverdens. Det er hele «ens selv» hun skammer seg over. Å ha nære relasjoner til andre mennesker utgjør en risiko for å få avslørt sitt «sanne, skamfulle jeg». Hun vil unngå å bli avslørt og innretter sitt emosjonelle liv slik at hun hele tiden har en mulighet til flukt fra relasjoner som blir for truende. Skammen har mange masker for å skjule pasientens selvforakt. Dette gir seg uttrykk i ulik atferd. Ved å vise forståelse, empati, takt og tone – en empatiske relasjon som er ivaretagende – kan en behandler gå inn i det skambelagte. Dersom behandleren trekker seg fra det vanskelige i samtalen signaliseres at det skamfulle er så skamfullt at hun ikke en gang hos legen kan snakke om dette. Skammen kan imidlertid øke underveis i behandlingen – dette vil være en midlertidig forverring og ikke et tegn på tilbakefall eller permanent forverring. Det gjør vondt å rense et sår både på kroppen og i sjelen før det tilheles.

Kontroll er et viktig redskap i en spiseforstyrrelse – du slipper å «se deg selv». Å endre sin kropp er et tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll. På samme måte som med skam har kontrollen en dobbelt rolle. Hun mister kontrol-

len over det som i utgangspunktet skulle gi henne kontroll, fordi spiseforstyrrelsen i seg selv gir en opplevelse av kontroll. Vonde følelser avstedkommer handlinger som i utgangspunktet er ment for å redusere de vonde følelsene (oppkast, overspising). Å ta kontroll over maten og kroppen blir løsningen. Det blir løsningen som etter en tid blir problemet.

Kort oppsummert er det viktige ved behandlingen av spiseforstyrrelser (etter Finn Skårderud):

- å lage et trygt nok behandlingsforhold
- å se etter personen bak symptomene
- å bidra til oversettelsesarbeidet fra mat og kropp til følelser og forhold
- å arbeide på en slik måte at man bidrar til å styrke de selvhelende evnene hos dem som har en spiseforstyrrelse
- holde fokus
- prøve å hjelpe pasienten til å tåle smerten og ikke «stikke av» fra den.

### Avsluttende kommentarer

Grunnen til at vi ønsket å gjennomføre utdanningen «Kropp og selvfølelse» var en opplevelse av faglig inkompetanse og usikkerhet i møtet med pasienter med spiseforstyrrelser. Dette til tross for lang fartstid som allmennpraktikere og daglig håndtering av til dels vanskelige og tidkrevende konsultasjoner. I spesialistutdanningen er konsultasjonen og kommunikasjonen i fokus. «Kropp og selvfølelse» har gitt oss økt kunnskap og økt faglig trygghet, men det er i veiledningen vi har høstet den viktigste erfaringen.

Vår hverdag er å sitte alene som behandler uten særlig mulighet for henvisning til spesialisthelsetjenesten eller til andre med spisskompetanse innen feltet. Med interesse og kunnskap tror vi nå det er mulig også som allmennleger å hjelpe pasienter med spiseforstyrrelser til å gjenfinne de «glemte» ord og følelser slik at de kan fungere bedre i hverdagen. Finn Skårderud beskriver en «indre tverrfaglighet» slik:

«Ved å rope på tverrfagligheten kan det beste bli det godes fiende fordi de nødvendige ressurser ikke er der. Det er nødvendig å minne om at tverrfaglighet ikke behøver å bety flere profesjonelle, men at den enkelte skaffer seg kompetansen fra andre profesjonsgrupper.»

Referanser fås ved henvendelse til forfatterne

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
monass@online.no