

Spiseforstyrrelser ved diabetes

forekomst, diagnostikk og behandling



anorexia

karbohydrater

HbA_{1c}-verdi

senkomplikasjoner

overspising

bulimi

kalorier

Spiseforstyrrelser ved diabetes

forekomst, diagnostikk og behandling

En veileder for helsepersonell

Skrevet av:
Stein Frostad
Jon Haug
Ingrid Løvold Mostad
Bente Engh Eggen
Hans Jacob Bangstad
Øyvind Rø
Berit Rokne Hanestad
Sylvi Aanderud

1. opplag 2005: 5.000

Layout og trykk: GRØSET™
Forsideillustrasjon: Tina Soli

Litt om dem som har skrevet heftet:

Stein Frostad: Dr. med. spesialist i indremedisin og endokrinologi. Har arbeidet med spiseforstyrrelser og diabetes ved siden 1987. Overlege ved Seksjon for spiseforstyrrelser, Avdeling for psykosomatisk medisin, Haukeland Universitetssjukehus.

Jon Haug: Spesialist i klinisk psykologi. Har arbeidet med diabetes siden 1979 både som privatpraktiserende psykolog, som ansatt ved Norsk diabetikersenter og ved Aker og Ullevål sykehus. Har i lang tid vært spesielt interessert i diabetes og spiseforstyrrelser, og har skrevet flere artikler om problemområdet. Er medlem i Medisinsk fagråd i Norges diabetesforbund.

Ingrid Løvold Mostad: Klinisk ernæringsfysiolog siden 1981. Erfaring med diabetes og spiseforstyrrelser som ansatt ved Nordlandssykehuset fra 1986 og St. Olavs Hospital fra 2003. Cand. scient. i 2000. Er stipendiat og forsker på type 2 diabetes.

Bente Engh Eggen: Psykologspesialist ved Regionalavdelingen for alvorlige spiseforstyrrelser, Ullevål Universitetssykehus. Har arbeidet med spiseforstyrrelser siden 1990. Privatpraktiserende.

Hans-Jacob Bangstad: Dr. med. Barnelege. Seksjonsoverlege ved Endo- og nefrologiseksjonen, Barnemedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus. Har arbeidet med diabetes, særlig med ungdom og unge voksne siden 1980.

Øyvind Rø: PhD. spesialist i psykiatri, overlege ved Avdeling for spiseforstyrrelser ved Modum Bad. Har utført doktorgradsarbeid om spiseforstyrrelser.

Berit Rokne Hanestad: Professor ved Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsvitenskapelige fag, Universitetet i Bergen. I tillegg bistilling ved Haukeland Universitetssykehus. Har siden 1987 vært engasjert i forskning omkring livskvalitet og diabetes.

Sylvi Aanderud: Prof. dr. med. Seksjonsoverlege ved Endokrinologisk Seksjon, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus. Har arbeidet i en årrekke med diabetes og med spiseforstyrrelser.

Norges Diabetesforbund oppnevnte følgende referansegruppe:

Anne Marie Aas: Klinisk ernæringsfysiolog/doktorgradsstipendiat, Aker universitetssykehus, medlem av Medisinsk fagråd i Norges Diabetesforbund.

Jak Jervell: Dr. med. Tidligere professor og medisinsk medarbeider i Norges Diabetesforbund, medlem av Medisinsk fagråd i NDF.

Sigrd Bjørnelv: Spesialist i psykiatri, Enhet for spiseforstyrrelser, Sykehuset i Levanger. Leder for Nasjonalt klinisk nettverk spiseforstyrrelser.

Dag Fosmark: Spesialist i øyesykdommer, Øyeavdelingen, Ullevål Universitetssykehus, medlem av Medisinsk fagråd.

Tor Claudi: Spesialist i indremedisin, privatpraktiserende, medlem av Medisinsk fagråd i Norges Diabetesforbund.

Målfrid J. Frahm Jensen: Brukerrepresentant, forfatter og hjelpepleier.

Per Isdahl: Psykologspesialist, leder for Regional avdeling for alvorlige spiseforstyrrelser, Ullevål Universitetssykehus.

Line Kristin Johnson: Cand. Scient. i klinisk ernæring, ansatt i overvektprosjektet ved Sandefjord Sykehus, Helse Sør. Har arbeidet mye med spiseforstyrrelser og diabetes.

Heftet er utgitt av Norges Diabetesforbund med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet gjennom prosjektet Nettverk mot spiseforstyrrelser i Helse Vest, og fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering.

Forord

Norges Diabetesforbund har de siste årene rettet søkelyset mot at det å leve med diabetes for mange medfører store utfordringer både følelsesmessig og praktisk. Livet med diabetes gir ekstra belastninger både for den det gjelder og for pårørende. Diabetes påvirker kropp og sjel.

Diabetesforbundets medisinske fagråd diskuterte høsten 2000 utfordringene rundt kombinasjonen diabetes og spiseforstyrrelser. Bakgrunnen var at både diabetes og spiseforstyrrelser er alvorlige sykdommer som hver for seg krever omfattende tiltak og som er vanskelige å behandle. Diabetes i kombinasjon med spiseforstyrrelser er en komplisert kombinasjon som kan få dramatiske følger. Ofte diagnostiseres ikke spiseforstyrrelsen før framtrepende fysiske komplikasjoner er tydelige. Fagrådet konkluderte med at det var behov for en styrking av helsepersonells kompetanse innen forebygging, diagnostisering og behandling av spiseforstyrrelser ved diabetes. I tillegg så de et behov for å skaffe epidemiologiske data på forekomst av diabetes og spiseforstyrrelser.

Fagrådets arbeidsutvalg satte i januar 2002 ned en arbeidsgruppe med følgende mandat:

- Utrede omfanget av spiseforstyrrelser ved diabetes
- Utarbeide en veileder for helsepersonell om forebygging, diagnostisering og behandling av spiseforstyrrelser ved diabetes

Arbeidet startet i mai 2002.

Arbeidsgruppen har gjort et grundig og banebrytende arbeid. I heftet beskriver den praksis som er i overensstemmelse med faglig anerkjente somatiske og psykiatriske metoder og allment aksepterte faglige normer.

Norges Diabetesforbund ønsker med heftet "Spiseforstyrrelser ved diabetes; en veileder for helsepersonell" å bidra til kompetanseheving innen forebygging, utredning og behandling av spiseforstyrrelser ved diabetes, samt bedre tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser og diabetes. Norges Diabetesforbund vil i samarbeid med fagmiljøene revidere retningslinjene etter hvert som ny kunnskap kommer til.

Norges Diabetesforbund vil rette en stor takk til arbeidsgruppens medlemmer og spesielt til Stein Frostad som har hatt det faglige og redaksjonelle ansvaret. En takk også til referansegruppa for deres nyttige innspill og konstruktive kommentarer. Vi håper veilederens konklusjoner og anbefalinger vil bidra til å gi alle som har diabetes og spiseforstyrrelser et bedre liv.

*Med vennlig hilsen
Norges Diabetesforbund*



*Anne Mette Liavaag
forbundsleder
Oslo, august 2005*

Innhold

	Side
Innledning	7
De vanligste spiseforstyrrelsene ved diabetes	8
Underdosering av insulin	8
Overspisingslidelse ved diabetes	9
Bulimia nervosa ved diabetes	10
Anorexia nervosa ved diabetes	10
Subklinisk spiseforstyrrelse ved diabetes	10
Spiseforstyrrelser og diabetes: en vanlig kombinasjon	10
Spiseforstyrrelser ved diabetes: aldersfordeling	11
Spiseforstyrrelser ved diabetes: komplikasjoner	11
Tegn på spiseforstyrrelse ved diabetes	12
Tilnærming til en person med spiseforstyrrelse og diabetes	13
Aktiv underdosering av insulin som løsningsstrategi	13
Matregulering som løsningsstrategi	13
Selvbestemmelse og anerkjennelse	14
Den gode hjelper – den gode relasjonen	14
Det gode verktøyet	15
Endringsprosessen	16
Familiearbeid og familieterapi	17
Behandling av underdosering av insulin	17
Behandling av overspisingslidelse ved diabetes	18
Behandling av bulimia nervosa ved diabetes	18
Behandling av anorexia nervosa ved diabetes	19
Forebygging av spiseforstyrrelse ved diabetes	20
Overvekt og fokusering på vekt	20
Vektøkning i tenårene	20
Veiing	20
Vanligvis ikke medisinsk grunn til å anbefale vektreduksjon	21
Når er det medisinsk grunn til vektreduksjon?	21
Hvordan gjennomføre vektreduksjon?	21
Kostveiledning i forebygging og behandling	22
Hvordan organisere diabetestilbudet slik at de som har en spiseforstyrrelse får hjelp?	23
Konklusjoner	24
Referanser	25
Kliniske eksempler	26
Ordliste	29

Innledning

Spiseforstyrrelser er vanlig ved diabetes. Selv lette til moderate spiseforstyrrelser kan medføre betydelige forstyrrelser i blodsukker-reguleringen. Dette øker risikoen for diabetiske senkomplikasjoner.

Spiseforstyrrelser forekommer i alle aldersgrupper og kan opptre både ved type 1-diabetes og ved type 2-diabetes. De vanligste og mest alvorlige ser vi hos unge med type 1-diabetes. Derfor er det i dette heftet lagt størst vekt på utredning og behandling av unge med type 1-diabetes og spiseforstyrrelser.

Det foreligger en rekke studier på behandling av spiseforstyrrelser, men få eller ingen studier på behandling av spiseforstyrrelser ved diabetes. Selv om behandlingslitteraturen er mangelfull, er det avgjørende at helsepersonell forsøker å behandle spiseforstyrrelser hos personer med diabetes nettopp fordi dette er en så vanlig kombinasjon som medfører økt forekomst av diabetiske senkomplikasjoner. Sannsynligvis kan de fleste med diabetes og lette til moderate spiseforstyrrelser få hjelp med metoder som er enkle å lære. Ved alvorlig spiseforstyrrelse vil det vanligvis være nødvendig med spesiell kompetanse for å kunne lykkes med behandling.

I dette heftet beskriver vi motivasjonsmetoder som de fleste som behandler pasienter med spiseforstyrrelser, bør kunne noe om. Dessuten presenterer vi anbefalinger for hvordan det er mulig å behandle alvorlige spiseforstyrrelser ved diabetes. Gjennom å etablere et godt samarbeid kan behandler og pasient i fellesskap utvikle en strategi for hvordan sykdommen kan behandles.

Vi som har utarbeidet dette heftet, baserer våre anbefalinger på foreliggende litteratur om behandling av spiseforstyrrelser, på egen klinisk erfaring og hva vi har ansett som den beste kliniske praksis.

De vanligste spiseforstyrrelsene ved diabetes

De diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelser er beskrevet i heftet fra Statens Helsetilsyn: ”Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten” ^[1]. Spiseforstyrrelser rammer oftest kvinner, men omtrent 10 prosent av dem som har spiseforstyrrelse er gutter eller menn ^[1].

Det er ofte en særegen problematikk knyttet til spiseforstyrrelser ved diabetes. De viktigste spiseforstyrrelsene ved diabetes er omtalt nedenfor.

De viktigste spiseforstyrrelsene ved diabetes

Underdosering av insulin (insulinseponering, insulin “purging”)

- Underdoserer eller unnlater å sette insulin for å slanke seg
- Høyt blodsukker gir nedsatt appetitt, tap av sukker i urinen og væsketap

Overspisingsslidelse (“binge eating disorder”)

- Episoder med tap av kontroll med inntaket av mat. Under disse episodene inntas mer mat enn det som spises i et vanlig måltid. Overspisingsepisodene etterfølges ikke av oppkast eller handlinger for å unngå vektøkning. Mange anser overspisingsslidelse som en variant av bulimia nervosa.

Bulimia nervosa

- Overspising minst to ganger per uke siste 3 måneder
- Tap av kontroll av matinntaket ved overspising
- ”Renselse”: forsøk på vektreduksjon ved bruk av oppkast, vanndrivende medikamenter, avføringsmidler eller underdosering av insulin.
- Opptatt av vekt og utseende

Anorexia nervosa (sjelden)

- Avmagring: BMI < 17,5 kg/m², hos barn og unge før puberteten gjelder andre vektkriterier
 - Frykt for å legge på seg
 - Føler seg tykk
- Fravær av tre påfølgende menstruasjoner

Underdosering av insulin (insulinseponering, insulin “purging”)

Denne spiseforstyrrelsen ses naturlig nok bare ved insulinbehandlet diabetes. Hvis en person med diabetes reduserer insulindosene, eller lar være å sette noen insulindoser, vil blodsukkeret stige. Dermed skilles det ut sukker i urinen, og dette gir betydelig økt urinproduksjon. Denne vanndrivende effekten gir raskt en slankende følelse. Ved høyt blodsukker vil dessuten appetitten bli redusert. Når en tar mindre insulin, vil også faren for føling avta og en kan spise mindre.

I starten brukes vanligvis denne metoden tilfeldig og mer eller mindre utilsiktet. Bakgrunnen er ofte at kroppen føles tykk og oppblåst. Ved å unnlate å sette insulin eller redusere insulindosene kan en oppnå en diuretisk effekt og en følelse av vektnedgang. Andre kan i perioder ha det

følelsesmessig vanskelig, og det kan føre til at de mer eller mindre ubevisst glemmer å ta insulin. Vekten vil da gå ned, og de kan oppleve en positiv følelsesmessig gevinst gjennom dette.

Den som underdoserer insulin, vil ofte være opptatt av kaloritetapet ved glukosuri. Men det vekttapet som inntreer i løpet av et par dager med hyperglykemi, vil så å si bare være forårsaket av væsketap^[2]. Det er først etter flere dager eller uker med vedvarende glukosuri at en vil kunne oppnå reell vektreduksjon på grunn av tap av sukker i urinen.

Dersom underdosering av insulin brukes over lengre tid, vil det gi betydelig dehydrering. Kroppen vil produsere aldosteron, antidiuretisk hormon og andre hormoner som får nyrene til å produsere mindre urin. Når det så tilføres nok insulin, vil glukosurien avta, kroppen vil holde på væske og personen vil oppleve en rask vektøkning. Redusert væskeutskillelse med væskeoppbygning vil vanligvis vare noen dager, i noen tilfeller i flere uker. For en person med spiseforstyrrelse er det vanskelig å godta dette, og ny underdosering med rask dehydrering er ofte løsningen. På denne måten ser det ut til at pasienten "fanges" av metoden med underdosering av insulin. Dersom pasienten klarer å opprettholde tilstrekkelig insulindose i en til tre uker, vil overskuddsvæske skilles ut og en del av vektøkningen vil gå tilbake.

I tillegg til disse forstyrrelsene i væskebalansen kan det ved svær insulinmangel opptre forstyrrelser i metabolismen slik at vevsnedbrytning medfører vekttap som er større enn det en skulle forvente ut fra næringstilførselen (katabolisme).

Underdosering av insulin har ikke noen egen diagnosekode i ICD-10. Men tilstanden fremstår klinisk som en egen spiseforstyrrelse og omtales derfor adskilt fra de andre spiseforstyrrelsene.

Overspisingslidelse ved diabetes

Overspisingslidelse, eller "binge eating disorder", er karakterisert ved tap av kontroll over matinntaket slik at det inntas store mengder mat på kort tid. I motsetning til andre former for overspising blant overvektige karakteriseres overspisingslidelse av distinkte episoder med tydelig tap av kontroll med matinntaket under episoden. Den matmengden som inntas under episoden skal være usedvanlig stor^[3].

Føling kan forårsake episoder med overspising, men det er uavklart hvilken rolle følinger har i utviklingen av overspisingslidelse ved diabetes. Overspisingsepisodene opptrer hos mange i forbindelse med psykiske påkjenninger. Overspisingslidelse gir ofte betydelig vektøkning og økt insulinbehov. Overvekten disponerer for redusert fysisk aktivitet og økt risiko for hjerte- og karsykdommer.

I noen tilfeller er overspisingslidelse årsak til diabetes^[4]. Det kan opptre hvis en person uten diabetes får betydelig vektøkning med økte fettlagre i kroppen. Da vil kroppens insulin få redusert effekt slik at blodsukkeret stiger til diabetesnivå. Uansett årsak til vektøkning vil en person som er genetisk disponert for type 2-diabetes utvikle type 2-diabetes ved overvekt. I enkelte stater i USA har opptil 30 prosent av barn og unge med diabetes, type 2-diabetes. I Norge er type 2-diabetes hos barn og unge foreløpig svært sjeldent. I årene som kommer kan vi forvente flere tilfeller av type 2-diabetes forårsaket av overspisingslidelse hos unge.

Mange personer med overspisingslidelse og diabetes får aldri drøftet sin spiseforstyrrelse med helsepersonell. Skammen over å ikke klare å kontrollere matinntaket synes å være en av grunnene til at mange ikke tar opp problemet. Behandlernes holdninger og interesse for slike problemer spiller også en viktig rolle. Behandlingstilbudet for personer med overspisingslidelse er dårlig utbygget, selv om enkelte behandlere i Norge kan rapportere om gode resultater.

Denne vandrivende effekten gir raskt en slankende følelse

Overspisings-episodene opptrer hos mange i forbindelse med psykiske påkjenninger

Manglende tro på at en kan få hjelp med sin overspisingsslidelse vil medvirke til at pasienten ikke tar opp dette problemet.

Bulimia nervosa ved diabetes

Blant personer som ikke har diabetes, vil bulimia nervosa vanligvis opptre som overspising med påfølgende oppkast. Personer med diabetes kan også utvikle klassisk bulimia nervosa. Men ofte vil en person med diabetes velge underdosering av insulin som slankemetode for å motvirke effekten av overspisingsepisodene. Diuretika eller avføringsmidler kan også være aktuelle "renselsesmetoder" ved bulimi. En relativt stor andel av pasientene med bulimia nervosa har også misbruk av alkohol eller psykofarmaka^[1,5]. Oppkast, bruk av avføringsmidler eller vann-drivende medfører ofte forstyrrelser i væske- og saltbalansen. Utredning og behandling av bulimia nervosa er omtalt i "Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten"^[1].

Anorexia nervosa ved diabetes

Kombinasjonen anorexia nervosa og diabetes opptrer relativt sjelden. Men når en person med diabetes utvikler anorexia nervosa, medfører det betydelige utfordringer for pasient, pårørende og behandler. I noen tilfeller kompliseres anorexia nervosa ved diabetes med bulimia nervosa eller underdosering av insulin. Ved avmagring vil ofte leverens lagre av glykogen tømmes, og derved vil beredskapen mot hypoglykemi være mangelfull. Det ser ut til at en del av dødsfallene ved anorexia nervosa skyldes hypoglykemi-induserte hjerterytmeforstyrrelser^[6-8].

Det foreligger få studier på mortalitet ved anorexia nervosa og diabetes. Det ser ut til at både hypoglykemi og hyperglykemi bidrar til den forhøyede mortaliteten en ser ved anorexia nervosa og type 1-diabetes^[9,10].

Subklinisk spiseforstyrrelse ved diabetes

Subklinisk spiseforstyrrelse karakteriseres av et anstrengt forhold til mat og kropp. I forskningssammenheng påvises vanligvis subklinisk spiseforstyrrelse ved hjelp av spørreskjema. I noen tilfeller kan subklinisk spiseforstyrrelse være en forløper for klinisk spiseforstyrrelse. Hos andre er den subkliniske spiseforstyrrelsen stabil eller går spontant i remisjon. I en kanadisk undersøkelse blant jenter i aldersgruppen 12-19 år fant en at omkring 14 % av jentene med type 1-diabetes hadde subklinisk spiseforstyrrelse. Forekomsten av subklinisk spiseforstyrrelse i tilsvarende aldersgruppe blant jenter uten diabetes ble i samme studie funnet å være 8 %^[11].

Halvparten av dem som underdoserte insulin gjorde dette for å slanke seg

Spiseforstyrrelser og diabetes; en vanlig kombinasjon

I en studie blant 341 amerikanske kvinner med type 1-diabetes i aldersgruppen 13-60 år rapporterte 31 % at de bevisst hadde latt være å ta insulin, og 8 % gjorde dette ofte. I aldersgruppen 15-30 år rapporterte 16 % at de gjorde dette ofte. Halvparten av dem som underdoserte insulin gjorde dette for å slanke seg. Flere studier kan bekrefte høy forekomst av underdosering av insulin blant personer med type 1-diabetes^[12-15].

Blant tenåringsjenter med diabetes rapporterer 45 - 80 % at de av og til overspiser^[16]. Men sannsynligvis vil bare en del av disse tilfredsstillende kriteriene for overspisingsslidelse. Flere studier

konkluderer med at overspisingslidelse er mer utbredt blant personer med diabetes enn i den ikke-diabetiske befolkningen. Det ser ut til at overspisingslidelse er spesielt hyppig blant personer med type 2-diabetes. Men også personer med type 1-diabetes ser ut til å ha økt risiko for å utvikle overspisingslidelse ^[17, 18].

På grunn av den høye forekomsten av underdosering av insulin og overspisingslidelse har omkring 10 % av unge kvinner med type 1-diabetes en eller annen form for spiseforstyrrelse ^[11, 17, 19-21]. Det er usikkert om det er økt forekomst av anorexia nervosa. Noen studier finner økt forekomst av bulimia nervosa ved diabetes ^[16]. Men flere av studiene på forekomst av bulimia nervosa ved diabetes er utført på så små pasientpopulasjoner at en ikke klarer å påvise statistisk signifikant økt forekomst ^[22].

I tillegg til at mange underdoserer insulin, har bulimia nervosa eller overspisingslidelse, har omkring 14 % av jentene i aldersgruppen 12-19 år subklinisk spiseforstyrrelse (se eget kapittel om subklinisk spiseforstyrrelse side 10). Blant jenter med type 1-diabetes i denne aldersgruppen har derfor omtrent 25 % klinisk eller subklinisk spiseforstyrrelse ^[11, 15]. Det ser også ut til at tenåringsgutter med type 1-diabetes er mer sårbare for utvikling av spiseforstyrrelser enn jevnaldrende uten diabetes ^[23].

Vi har ikke norske tall som viser forekomsten av spiseforstyrrelser blant personer med diabetes. Men i en svensk populasjonsbasert undersøkelse fant man at det ikke var noen tilfeller av klassisk anorexia eller bulimia nervosa hos 89 tenåringsjenter med type 1 diabetes, men sammenlignet med jenter på samme alder var det en klart økt forekomst av overspising og indusert oppkast ^[24]. Vi antar at forekomsten av spiseforstyrrelser ved diabetes er på nivå med andre vestlige land.

Blant jenter med type 1-diabetes i aldersgruppen 12-19 år har omtrent 25 % klinisk eller subklinisk spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser ved diabetes: aldersfordeling

Det foreligger lite informasjon om aldersfordelingen av de forskjellige spiseforstyrrelsene blant personer som har diabetes. Men det kan se ut til at aldersfordeling blant personer med diabetes er omtrent som i populasjoner uten diabetes. Overspisingslidelse ser ut til å være relativt vanlig i alle aldersgrupper i befolkningen. Underdosering av insulin synes å opptre særlig hyppig i tenårene, mens bulimia nervosa ser ut til å ha sitt aldersmaksimum i aldersgruppen 18-24 år. Anorexia nervosa er sjelden i forhold til de andre spiseforstyrrelsene og opptre oftest i relativt ung alder (15-20 år) ^[1, 25].

Spiseforstyrrelser ved diabetes: komplikasjoner

Spiseforstyrrelse ved diabetes gir økt forekomst av komplikasjoner og medfører økt mortalitet ^[15]. Både moderate og alvorlige spiseforstyrrelser vil vanligvis gi dårlig blodsukkerregulering, ofte med hyppige sykehusinnleggelses ^[11]. I tillegg til de akutte komplikasjonene som hyperglykemi og ketoacidose, kan hyppige følinger med svake følings symptomer (hypoglycaemia unawareness) gi betydelige plager for disse pasientene ^[26]. Noen trener ekstra mye for å dempe effekten av for stort matinntak. Hvis treningen blir uregelmessig og intens kan det skape problemer med å regulere blodsukkeret. Enkelte tar unødvendig store insulindoser for å dempe effekten av for stort matinntak eller fordi de føler at de har spist for mye ^[24]. Men det synes som om det vanligste problemet er vedvarende høyt blodsukker.

Det høye blodsukkernivået kombinert med dårlig ernæringsstatus synes å gi økt risiko for akutt nevropati^[27]. Når pasienten får behandling for sitt forhøyede blodsukker og sin spiseforstyrrelse, kan dette føre til langvarige intense smerter i forbindelse med regenerasjon av sensoriske nerver. Smertene kan vedvare over lang tid når blodsukkeret tvinges ned, og går ofte tilbake hvis pasienten igjen lar blodsukkeret stige. I noen tilfeller kan det derfor være svært vanskelig å motivere pasienten for behandling.

Selv lette spiseforstyrrelser kan gi alvorlige konsekvenser ved type 1-diabetes da spiseforstyrrelsen kan påvirke diabeteskontrollen i betydelig grad

Dersom en person med diabetes også har en spiseforstyrrelse opptrer diabetiske senkomplikasjoner ofte tidlig. Særlig kan kronisk autonom og perifer nevropati bli et betydelig problem^[27]. Likeledes synes diabetisk retinopati å opptre hyppigere enn forventet ut fra HbA1c blant personer med type 1-diabetes og spiseforstyrrelser^[20]. Det ser ut til at mangelfullt inntak av viktige næringsstoffer har en ugunstig tilleggseffekt på forekomsten av diabetiske senkomplikasjoner^[27, 28]. Selv lette spiseforstyrrelser kan gi alvorlige konsekvenser ved type 1-diabetes da spiseforstyrrelsen kan påvirke diabeteskontrollen i betydelig grad^[11, 29].

Spiseforstyrrelser kan også opptre blant personer med diabetes uten at dette gir utslag på HbA1c. I noen tilfeller skyldes det at en kompenserer for overspising ved å bruke mye insulin eller trener med økt risiko for å få følinger^[24].

Tegn på spiseforstyrrelse ved diabetes

Foreldre, pårørende og helsepersonell bør være oppmerksom på følgende symptomer som kan være tegn på spiseforstyrrelser^[30]:

Tegn på bevisst underdosering med insulin:

- høy HbA1c
- hyppige ketoacidoser (syreforgiftning)
- foreldre/pårørende nektes å ta del i behandlingsvurderinger
- innrømmelse av å hoppe over insulininjeksjoner for å gå ned i vekt

Tegn på problematisk forhold til kropp og mat:

- uvanlig opptatthet av slanking og episoder med omfattende overspising
- hyppige klager over vekt og figur
- stor grad av misfornøydheth med egen kropp
- uvanlig opptatthet av kost (lavt fett- og kaloriinnhold)
- stort karbohydratinntak uten samtidig bruk av insulin
- nekter å veie seg i andres påsyn
- blir engstelig ved snakk om veiing

Tegn på vansker i familien:

- familiekonflikter, dårlig samhold og struktur
- mangel på dialog mellom foreldre
- foreldres opptatthet av vekt og figur

Andre tegn:

- betydelig vegring mot å følge råd og avtaler om kontroll og behandling
- svingende blodsukker eller store problemer med lavt blodsukker
- dårlig fremmøte på poliklinikken
- hyppige innleggelseser
- tegn på senkomplikasjoner tidligere enn forventet

Ved klart definerte spiseforstyrrelser må pasienten henvises til kompetent hold, ideelt sett et tverrfaglig team bestående av psykolog/psykiater, lege/indremedisiner/endokrinolog, sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. Ved de mindre alvorlige tilfellene bør lege og sykepleier i førstelinjetjenesten eller i spesialistpoliklinikkene kunne håndtere dette selv.

Tilnærming til en person med spiseforstyrrelse og diabetes

Ved behandling av spiseforstyrrelser kan en ofte benytte et felles verktøy som vil være nyttige uansett hvilken form for spiseforstyrrelse det gjelder. I det følgende vil vi først beskrive en slik generell, felles tilnærming. I neste kapittel vil vi omtale behandlingsråd i forhold til de enkelte spiseforstyrrelsene ved diabetes.

Kliniske erfaringer tilsier at det er fruktbart å se utviklingen av spiseforstyrrelser ved type 1-diabetes i nær sammenheng med den kompliserte oppgaven det er å regulere insulinmengdene i forhold til matinntak, fysisk aktivitet, følelser og blodsukkerverdier. Dette er spesielt viktig i ungdomsårene fordi ungdom tidlig i puberteten i økende grad selv ønsker å bestemme over de daglige behandlingsvurderingene og -tiltakene. De ønsker å ha hovedansvaret for de handlingene som påvirker behovet for insulin, og dette ønsket er naturlig knyttet til den selvstendigjøringen som foregår i ungdomstiden. Det er derfor verken mulig eller særlig fornuftig å forsøke å bremse denne prosessen. Dette gjelder selv om det, fra en behandlingsmessig synsvinkel, virker sannsynlig at det ville gitt bedre resultater dersom foreldrene kunne opprettholdt sin innflytelse over slike valg ennå en tid fremover. Konsekvensene er imidlertid at ungdommene også får hovedansvaret for insulinvurderingene som følger med endringer i matinntak, aktivitet og blodsukkersvingninger. Erfaringsmessig er dette krevende og ofte vanskelige vurderinger for unge mennesker å gjennomføre. De mestrer ofte denne oppgaven utilfredsstillende og får raskt negativ evaluering fra omgivelsene for liten behandlingsmotivasjon. Dermed stilles de raskt overfor en problemsituasjon hvor de ofte velger en av to uheldige løsninger. De velger enten å ta lett på reguleringsoppgaven og setter gjerne insulin i utilstrekkelig grad, eller de forsøker å mestre reguleringsoppgaven godt ved streng livsførsel med bl.a. svært karbohydratfattig matinntak. Hvilket av disse to valgene, eller strategiene, som en ungdom velger er det ofte vanskelig å forutsi, men det er sannsynlig at valget er bestemt både av personlighetsmessige forhold og av tidligere erfaringer med strategivalg fra vanskelige situasjoner. Når et valg av strategi først er foretatt, virker det imidlertid som om den raskt fester seg og integreres som en personlig løsningsstrategi.

Aktiv underdosering av insulin som løsningsstrategi

Hvis en ungdom velger å begrense betydningen av å ha diabetes, for eksempel ved å redusere reguleringsoppgaven til et minimum og kun setter en injeksjon med langsomtvirkende insulin hver morgen, er den følelsesmessige gevinsten av dette så stor at det skal mye til å endre denne beslutningen. Underdosering av insulin som en tilsiktet slankemetode forekommer også blant gutter, men i betydelig mindre omfang. Hvis ungdommen, gjennom blant annet konsultasjoner hos helsepersonell, blir inspirert til å øke insulinmengden, så vil økt insulinmengde nesten umiddelbart gi en opplevelse av vektøkning fordi insulinmangel over tid fører til dehydrering. Vektøkning oppleves, spesielt av unge jenter, som truende og fristelsen til å opprettholde den tidligere valgte behandlingsstrategien blir derfor svært sterk.

Matregulering som løsningsstrategi

Ønsker en ungdom derimot å mestre reguleringen tilfredsstillende, så er dette målet enklere å

Hvis ungdommen inspireres til å øke insulinmengden, vil det raskt medføre redusert inntørring og en opplevelse av vektøkning

oppnå hvis kostholdet i hovedsak består av karbohydratfattig mat. Sekundærgevinsten av dette er ofte vektnedgang, noe som medfører at spesielt unge jenter etablerer et tvangspregget spise-mønster som er sterkt preget av forsakelse og et stadig økende kontrollbehov. Begge disse strategiene har det til felles at de fører til vektnedgang og derav ofte også til en viktig sosial anerkjennelse for unge jenter. Hvis man legger den svært krevende reguleringsoppgaven til grunn for utviklingen av et komplisert forhold til mat, vekt, kropp og utseende, kan dette derfor være en plausibel forklaring på at det synes å være betydelig øket hyppighet av spiseforstyrrelser blant unge jenter med diabetes.

Det er selvfølgelig også en rekke andre forhold som kan ligge bak utviklingen av en spiseforstyrrelse, men klinisk erfaring i diabetessammenheng indikerer at den svært krevende og kompliserte reguleringsoppgaven i svært mange tilfeller spiller en viktig rolle.

Helsepersonell opplever lett som moralister og lite forståelsesfulle voksne når de ikke aksepterer ungdommers ønsker om å være tynne, slanke og attraktive

Selvbestemmelse og anerkjennelse

Både god metabolsk kontroll målt med lav HbA1c og det å være tynn er på et psykologisk plan forankret i ønsket om og behovet for anerkjennelse og personlig verdi. Ungdom stilles alle overfor vanskelige sosiale situasjoner som krever sosial eksponering og evaluering i forhold til kropp og utseende når de ønsker å bli inkludert i det sosiale fellesskapet. På direkte og brutale måter opplever mange å bli ekskludert og de sitter igjen med en vond følelse av at de ikke holder mål – at de ikke er gode nok. Hva er da mer nærliggende enn å forsøke å forandre det som de fleste ungdommer opplever som grunnlaget for evalueringen – vekt og utseende. Manipulering med mat, kroppsstørrelse og insulin er derfor et forsøk på å løse et allmennmenneskelig eksistensielt spørsmål: Holder jeg mål – er jeg bra nok?

Dette er ikke spørsmål som har dukket opp fordi man har fått diabetes, men de blir forsøkt løst innenfor den konteksten som sykdommen legger rammene for, nemlig at man må mestre reguleringsoppgaven, tilføre insulin og få anerkjennelse fra andre for det man gjør, og for den man er. Alle mennesker, uavhengig av alder, er på en eller annen måte opptatt av anerkjennelse og aksept fra andre mennesker. I ungdomstiden, som er en sårbar og sensitiv periode i våre liv, er utseende og kropp, spesielt for unge jenter, svært viktig. Helsepersonell opplever lett som moralister og lite forståelsesfulle voksne når de ikke aksepterer ungdommers ønsker om å være tynne, slanke og attraktive. Helsepersonell bør møte slike ønsker med forståelse, ideer og gode råd fremfor formuleringer av typen: ”det er ikke utseende, men det indre som betyr noe”. Ungdom, og kanskje vi alle, er opptatt av hvordan andre bedømmer oss. Vi må ta dette viktige poenget på alvor, og forsøke å hjelpe mennesker med diabetes uansett alder til å oppnå den anerkjennelsen de har behov for uten at det går ut over helsa.

Den gode hjelper – den gode relasjonen

På en eller annen måte opplever de fleste av oss som barn ulike hendelser som har vært av en eller annen grenseoverskridende karakter. Det kan være at man har følt seg misforstått, avvist eller invadert. Slike hendelser fører alltid til en økt beredskap i forhold til å bli tatt kontroll over – å bli bestemt over. Det er nærmest umulig å unngå at diabetesbehandlingen i en eller annen forstand fører til grader av ytrestyring og evaluering. Dette oppleves ulikt fra person til person, bl.a. på bakgrunn av tidligere relasjonelle erfaringer. Men evalueringer, forordninger og påbud i diabetessammenheng kan oppleves som en spesielt stor belastning for noen. Dette er et problem som hjelperen i en profesjonell relasjon må ta hovedansvaret for å håndtere. Konkret betyr det at når helsepersonell møter en person med diabetes, så er det helt avgjørende for behandlingsresultatet at det etableres en relasjon som gir henne opplevelsen av å bli møtt, respektert og anerkjent som den hun er, uavhengig av hva hun faktisk gjør av konkrete handlinger. Betydningen av dette poenget er dokumentert både gjennom klinisk erfaring og forskning i de senere år, og det har vist seg at man ved hjelp av anerkjente terapeutiske metoder kan etablere den relasjonen som er nødvendig for å skape en god behandlingsallianse^[31].

I samarbeidet med personer med spiseforstyrrelse ved diabetes er det i prinsippet to ulike tilnæringsmåter som kan benyttes:

1: Man kan i samtalen med pasienten reformulere, støtte, vise omsorg (med tillatelse), tilråde (med tillatelse), informere (med tillatelse), og tydeliggjøre og legge vekt på at det er den som får hjelp som skal ha kontrollen,

eller

2: Man kan etablere en situasjon hvor man konfronterer, dirigerer, advarer, viser bekymring (uten tillatelse), tilråder (uten tillatelse) og informerer (uten tillatelse) den som man skal hjelpe^[31].

Kommunikasjon og samtaler i behandlingssammenhenger som er basert på den første tilnæringsmåten, gir erfaringsmessig det beste utgangspunkt for forandring, og skaper vanligvis et rom for at personen selv søker etter løsninger på sitt problem. Med en slik tilnæringsmåte fanger en lettere opp det særegne knyttet til personlige opplevelser og handlinger. Forståelse av det personlige og det særegne danner et godt grunnlag for individuell behandling. Man unngår argumentasjoner som lett kan oppfattes som maktdemonstrasjoner, og man møter selvopplevelsen til den som man skal hjelpe^[31, 32].

Forståelse av det personlige og det særegne danner et godt grunnlag for individuell behandling

Det gode verktøyet

I profesjonelt hjelpearbeid er en god relasjon mellom behandler og pasient helt avgjørende for å lykkes med behandlingen. Hvis man ikke klarer å etablere en kontakt som gir rom for oppriktighet og ærlighet så hjelper det ikke med tekniske og medisinske hjelpemidler. Insulinpumpe kan være et godt teknisk hjelpemiddel for å forhindre en dramatisk vektøkning når mengden av tilført insulin skal økes, men det hjelper lite å rekvirere en insulinpumpe til en person med diabetes hvis hun ikke selv ønsker å være med på dette forsøket. Har man klart å etablere en god samarbeidsallianse med pasienten, er det imidlertid nesten ingen begrensinger eller protester å møte i forhold til eksperimentering med ulike insulintyper, tekniske hjelpemidler eller reguleringsstrategier. Unge mennesker er sjelden bundet til rutiner og konvensjonelle strategier. De er vanligvis åpne for å prøve det meste hvis det hele foregår innfor den trygge og inkluderende rammen som det er mulig å etablere i de fleste tilfeller.

Denne viktige erfaringen forteller oss at det antagelig er mulig å forebygge utviklingen av alvorlige spiseforstyrrelser ved diabetes hvis det er etablert en god relasjon. Vår anbefaling til helsepersonell som arbeider med ungdom er derfor at de bruker tid på refleksjon og ettertanke når de har hatt en pasient til konsultasjon. Hvis opplevelsen er at pasienten som har vært til konsultasjon, er fullstendig utilgjengelig for etablering av et ærlig samarbeid så bør vedkommende henvises videre til instanser som har erfaring med å håndtere denne typen problemer. Mange vil antagelig protestere på et slikt forslag, men erkjennelsen av at de trenger hjelp er ofte så avgjørende at de vil akseptere dette. Erfarer man derimot at det finnes et grunnlag for forståelse og samarbeid, så er det antagelig lagt et godt grunnlag for å skape endringer innefor den behandlingsrelasjonen som allerede er etablert.

Med aksept og i samarbeid med pasienten kan det være viktig og nødvendig å trekke andre medlemmer av familien med i behandlingen. Foreldre, søsken, ektefeller og samboere er viktige selv om ungdom i sine holdninger til andre familiemedlemmer kan virke svært avvisende. Konkrete og praktiske samarbeids- og omsorgs avtaler kan løse opp tilstivnende samspillmønstre og bringe familiemedlemmene nærmere hverandre.

Vi har også god erfaring med at personer med diabetes som har utviklet et komplisert forhold til mat, vekt og utseende, kan ha stort utbytte av å dele sine opplevelser med andre i samme

Personer med diabetes som har utviklet et komplisert forhold til mat, vekt og utseende, kan ha stort utbytte av å dele sine opplevelser med andre i samme situasjon

situasjon. En kombinasjon av individuelle behandlingstiltak og gruppebaserte tilbud dekker derfor ofte pasientenes behov på en god måte. Gruppeterapeutiske metoder er generelt mye benyttet i arbeid med unge mennesker. Erfaringene fra dette bekrefter at man i ungdomstiden antagelig har ekstra behov for å dele sine opplevelser med likesinnede.

Endringsprosessen

Dersom en person med spiseforstyrrelse og diabetes skal kunne bli frisk av sin spiseforstyrrelse, må hun eller han gjennomgå en endringsprosess. Slike endringsprosesser ser ut til å gå gjennom bestemte faser. I begynnelsen er pasientens tilnærming ofte preget av at hun eller han ikke klarer å gå inn i problemstillingen og prøver å fortrenge problemet. I litteraturen beskrives dette gjerne som den prekontemplatoriske fasen. I samarbeid med behandleren vil pasienten kunne se at det er mulig å gjøre noe med problemet og vil begynne å tenke på hvordan problemet kanskje kan håndteres. Denne fasen kalles gjerne den kontemplatoriske fasen. Dersom en kommer i gang med aktive handlinger, har en gått over i den aktive fasen. Dersom den aktive fasen gir ønsket resultat, blir det ofte en utfordring å opprettholde den gevinsten en har oppnådd gjennom prosessen. Det kan derfor være aktuelt å definere en vedlikeholdsfasen. En slik trinnvis tilnærming brukes mye i røykesluttarbeid og blant personer som har misbruksproblemer, men brukes nå i stadig større grad i spiseforstyrrelsesarbeidet^[31-33]. Ved å etablere en god allianse med likeverd og respekt kan behandler og pasient i fellesskap komme fram til en problembeskrivelse og diskutere aktuelle løsningsstrategier slik at en endringsprosess kan gjennomføres. En slik endringsprosess er beskrevet i klinisk eksempel nr 4 på side 28.

Endringsfokusert rådgivning i fire faser:

- Prekontemplatorisk fase
- Kontemplatorisk fase
- Aktiv fase
- Vedlikeholdsfasen

Familiearbeid og familierterapi

Det viser seg at jo mer alvorlige spiseforstyrrelsessymptomene blir, jo oftere vil familiedynamikken låse seg i et kommunikasjonsmønster hvor dialogen får liten plass. På samme måte som enkelte behandlere senere kan komme til å skulle overbevise, konfrontere, true eller tvinge barn/ungdom til å spise eller ta nødvendig insulin, vil foreldre som føler sterk avmakt kunne ty til disse metodene i et forsøk på å hjelpe sine nærmeste. Det fører raskt til maktkamper hvor kommunikasjonen etterhvert bryter helt sammen.

Familierapeutisk behandling har derfor hatt en sentral plass i behandling av de ulike spiseforstyrrelsene. Når det gjelder anorexipasienter under 18 år og med et kort sykdomsforløp, har familierapi dokumentert effekt^[34, 35]. Ved bulimia nervosa har man ikke dokumentert dette i samme grad, men klinisk erfaring og enkelte kasusstudier indikerer at familiebehandling kan være nyttig^[1].

I den senere tid har familiene i større grad blitt trukket inn som en ressurs også i arbeidet med unge voksne. Lask og Bryant-Waugh påpeker at foreldrenes evne og mulighet til å delta i behandlingen og arbeide sammen med pasienten, vil medvirke til et positivt behandlingsresultat^[36].

Innen det familierapeutiske fagfeltet skiller en mellom familiararbeid og familierapi. Gjennom familiararbeidet støtter behandlerne foreldrene i deres ansvar og roller. Dersom dette ikke er tilstrekkelig for å fremme behandlingen, og familiedynamikken forblir fastlåst og konfliktfylt, vil familierapi bli benyttet som metode. Det vil også være nødvendig dersom pasienten i tillegg til sin spiseforstyrrelse har utviklet annen alvorlig psykisk sykdom.

I det familierapeutiske arbeidet vil hovedfokus være rettet mot betydningen av den enkeltes innflytelse over sin egen situasjon, og ta utgangspunkt i hvordan pasienten selv opplever disse ulike situasjonene. Ut fra dette perspektivet vil man kunne begynne en dialog med de involverte, hvor man kan ta utgangspunkt i motivasjonen der den enkelte er.

Senere forskning og klinisk erfaring tilsier at familiens og nettverkets evne til å slippe kontroll og gi pasienten ansvar og støtte til egen utvikling og helse, vil være avgjørende for gode behandlingsmuligheter ^[1, 34-36].

Behandling av underdosering av insulin

Som tidligere nevnt har underdosering av insulin flere fristende virkninger. Høyt blodsukker gir sukker i urinen og derved økt væskeutskillelse. Dette gir en raskt innsettende vektreduksjon. I tillegg blir appetitten redusert, og en kan klare å spise mindre. Ved svær insulinmangel vil også metabolismen forstyrres slik at en oppnår vektreduksjon som er større enn det en skulle forvente ut fra næringstilførselen. Selv om underdosering av insulin ofte i utgangspunktet ikke hadde til hensikt å redusere eller stabilisere vekten, vil den ofte raskt befeste seg som en slankemetode som pasienten opplever som effektiv.

Høy HbA1c-verdi er den enkleste og første indikasjon på at det tilføres for lite insulin, og hvis kontaktforholdet er godt, kan dette poenget drøftes under full åpenhet. Ønske om å styre matvalg eller ønske om vektnedgang er både naturlig og vanligvis uproblematisk. Det som er uheldig, og som mange trenger hjelp til å endre, er underdosering av insulin som metode for å oppnå dette.

Hvis underdosering av insulin har pågått en tid, vil økt tilførsel av insulin ofte føre til betydelig vektoppgang p.g.a. væskeretensjon den første tiden. Resultatet av dette blir gjerne sterk vegring mot større insulindoser. Dette er en kritisk fase i behandlingsarbeidet, og helsepersonell må utvise stor evne til empati for de vanskene som vektoppgangen medfører. Kliniske erfaringer viser at mange trenger svært tett oppfølging (sykehusinnleggelse) med en liten, langvarig og gradvis øking av insulindosene. Tilkopling av insulinpumpe har i flere tilfeller vist seg som et godt teknisk hjelpemiddel i en slik snuoperasjonsfase. Den eller de i behandlingsteamet som har etablert best kontakt med pasienten, bør ha hovedansvaret for framdriften i behandlingen.

Dersom pasienten kjenner til at det vil komme betydelig væskeopphopning ved tilførsel av tilstrekkelig insulin, vil det kunne lette gjennomføringen av en praktisk avtale om hvordan insulinbehandlingen skal justeres. Etter noen dager eller uker vil overskuddsvæske igjen bli skilt ut. Men pasienten bør gjøres oppmerksom på at en del av vektøkningen vil bestå fordi normalt væskeinnhold i kroppen gir høyere kroppsvekt enn den dehydreringstilstanden som underdoseringen av insulin medfører. Fokusering på at underdosering av insulin i hovedsak er et væskereguleringsfenomen og bare i liten grad gir reell vektreduksjon, vil kunne hjelpe på motivasjonen for å justere insulindosene. Betydelig katabolisme med reell vektreduksjon opptrer først ved uttalt og vedvarende insulinmangel. Dersom pasienten formidler at underdoseringen gir betydelig

dempning av appetitten, bør en diskutere om det er andre metoder en kan bruke for å oppnå kontroll med appetitten, se kapittelet om kostveiledning i forebygging og behandling side 22.

Ved motivasjonsarbeid som beskrevet i avsnittet "Tilnærming til pasient med spiseforstyrrelse og diabetes" vil en kunne utvikle løsningsstrategier for hvordan bruken av underdosering av insulin kan reduseres og etter hvert fjernes.

Behandling av overspisingslidelse ved diabetes

Selv om overspisingslidelse er utbredt både blant personer med diabetes og i befolkningen ellers, er behandlingstilbudet ved overspisingslidelse lite utbygget. I klinisk sammenheng viser det seg at maten i slike tilfeller ofte brukes som trøst, "oppkvikker" og erstatter for medmenneskelig kontakt. Forsøk på økt kontroll over matinntaket vil derfor ha liten effekt hvis ikke "slankeprogrammet" kombineres med gode samtaler om hva som er utløsende faktorer for denne måten å spise på. Psykologisk og terapeutisk arbeid er også i mange tilfeller nødvendig for å skape en varig endring.

I tillegg til at overspisingslidelse kan komplisere reguleringen av blodsukkeret ved type 1-diabetes, kan overspisingslidelse gi så stor vektøkning at en person uten diabetes utvikler type 2-diabetes. I noen tilfeller vil en kunne kurere pasientens type 2-diabetes ved å behandle overspisingslidelsen eller andre årsaker til betydelig overvekt.

Ved betydelig overvekt er belastningsskader på muskel- og skjelettsystemet og depressive plager vanlige komplikasjoner. Behandling av depresjon kan gjøre det lettere å gjennomføre blod-sukkerregulerende behandling samtidig som det kan være lettere å komme i gang med motivasjonsarbeid eller andre terapiformer for å dempe overspisingslidelsen.

Overspisingslidelse kan gi så stor vektøkning at en person uten diabetes utvikler type 2-diabetes

Behandling av bulimia nervosa ved diabetes

Tilnærming til en person med diabetes og bulimia nervosa bør følge hovedlinjene som beskrevet ovenfor. Ved klassisk bulimia nervosa ved diabetes bør pasienten behandles etter de vanlige retningslinjene for behandling av bulimi. Dette er beskrevet i behandlingsveilederen fra Statens Helsetilsyn: "Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten". De mest aktuelle behandlingsformene ved bulimia nervosa er kognitiv terapi og motivasjons-terapi, men andre psykoterapiformer brukes også. I mange tilfeller kan medikamentell behandling med serotonin reopptakshemmere (SSRI) i kombinasjon med psykoterapi gi bedre effekt enn psykoterapi alene^[1]. Tett oppfølging og intensiv behandling av spiseforstyrrelsen ser ut til å kunne bedre spiseforstyrrelsen og derved gi betydelig lavere HbA1c^[37].

Ved bulimia nervosa og diabetes benyttes vanligvis enten oppkast eller underdosering av insulin som slankemetode, men en samtidig bruk, eller vekslende bruk av begge metoder er heller ikke uvanlig. Det vil ofte være nødvendig med tverrfaglig samarbeid ved behandling selv om det også i denne sammenheng er viktig at det er den eller de personene som har best behandlingsallianse med pasienten, som får hovedansvaret for fremdriften.

Dersom pasienten har bulimia nervosa bør den samlede døgndosen med insulin bør tilpasses slik at det er liten fare for hypoglykemi samtidig som en unngår underdosering av insulin. Det vil

vanligvis medføre at en vil måtte godta moderat forhøyet HbA1c inntil en har oppnådd akseptabel kontroll med spiseforstyrrelsen.

I noen tilfeller utløses overspisingsepisodene av hypoglykemi. I disse tilfellene bør en diskutere hvordan en kan unngå hypoglykemi og hvordan en kan håndtere det uten at den går over i en overspisingsepisode. Mange kan fortelle at enkelte matsorter har lettere for å utløse overspisingsepisoder, en bør da diskutere hvilken ”følingsmat” som bør brukes. Ved forenkling av insulinbehandlingen til to doser langsomtvirkende insulin daglig vil mange formidle at de opplever færre følinger, mens andre kan oppnå det samme ved bruk av multiinjeksjonsbehandling eller insulinpumpe. Det betyr at valg av insulinregime på tilpasses hver enkelt person.

Behandling av anorexia nervosa ved diabetes

Dersom pasientens allmenntilstand tillater det, bør tilnærming til en person med diabetes og anorexia nervosa følge hovedlinjene som beskrevet ovenfor. Pasientens anorexia nervosa bør behandles etter de vanlige retningslinjene som er beskrevet i behandlingsveilederen fra Statens Helsetilsyn: ”Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten”. Behandlingen ved anorexia nervosa gis vanligvis som individualbehandling, men gruppebehandling og familierapi er også aktuelle måter å organisere behandlingen på. Det foreligger ingen studier som viser at medikamentell behandling gir noen tilleggseffekt ved behandling av anorexia nervosa. Men det er mulig at SSRI gitt etter avsluttet behandling kan medvirke til mindre risiko for tilbakefall^[1].

Dersom pasienten bruker underdosering av insulin for å kontrollere vekten, følges tilnærmingen som beskrevet i avsnittet om underdosering av insulin. Det kan være ressurskrevende å få kontroll med insulinbehandlingen hos en avmagret person med anorexia nervosa og underdosering av insulin. I noen tilfeller er det nødvendig med langvarig sykehusopphold og tett poliklinisk oppfølging.

Ved avmagring vil ofte leverens lagre av glykogen tømmes og derved vil motstandsdyktigheten mot hypoglykemi reduseres. Samtidig vil vekttapet medføre at pasienten blir svært insulinfølsom. Enkelte studier indikerer at anorexia nervosa og type 1-diabetes gir økt risiko for ”hypoglycemia unawareness” og hypoglykemi-assosiert mortalitet^[9, 10].

Da svingende blodsukker og hyppige avgjørelser om blodsukkermåling ofte kompliserer behandlingen ved anorexia nervosa. Som ved bulimia nervosa kan det være gunstig å forenkle insulinbehandlingen til to doser langsomtvirkende insulin daglig. Ved anorexia nervosa vil ofte insulinbehovet være lite på grunn av høy insulinfølsomhet. Det kan være krevende å tilpasse insulin dosene slik at det er liten fare for hypoglykemi samtidig som en unngår underdosering av insulin. Det vil vanligvis medføre at en vil måtte godta moderat forhøyet HbA1c inntil en har oppnådd akseptabel kontroll med spiseforstyrrelsen. Også ved anorexia nervosa er det viktig at insulinbehandlingen tilpasses individuelt, i noen tilfeller kan det være nødvendig med andre behandlingsformer som f. eks. multiinjeksjonsbehandling.

Det kan være ressurskrevende å få kontroll med insulinbehandlingen hos en avmagret person med anorexia nervosa og underdosering av insulin

Forebygging av spiseforstyrrelser ved diabetes

Dersom en kjente årsaken til spiseforstyrrelser ved diabetes, kunne det gi verdifulle redskap for forebygging. Man vet lite om det kan være noe ved selve sykdommen diabetes eller diabetesbehandling som disponerer for spiseforstyrrelser. Mange momenter har vært foreslått; strengt insulin- og måltidsregime, fokus på mat, krevende hverdag, mødres slanking og tendens til overvekt hos jenter i puberteten. Men det er ikke gjennomført noen studier som sikkert påviser årsaker til spiseforstyrrelser ved diabetes. Det foreligger lite sikker kunnskap om hvordan en kan forebygge spiseforstyrrelser. Det finnes ingen studier som dokumenterer at spesielle intervensjoner blant personer med diabetes kan gi redusert risiko for utvikling av spiseforstyrrelser.

Tenåringsjenter med type 1-diabetes vil ofte legge mer på seg enn jevnaldrende venninner

Likevel har arbeidsgruppen ut fra skjønn og klinisk erfaring utarbeidet noen betraktninger om hvordan spiseforstyrrelser kanskje kan forebygges blant personer med type 1-diabetes.

Overvekt og fokusering på vekt

Vektøkning i tenårene

Blant personer med diabetes og i normalbefolkningen ses en rask økning i forekomsten av overvekt og fedme blant unge. Spesielt jenter i aldersgruppen 15-19 år reduserer sitt fysiske aktivitetsnivå samtidig som vekten øker. Dette medvirker sannsynligvis til fokusering på vekt i denne aldersgruppen. Tenåringsjenter med type 1-diabetes vil vanligvis legge betydelig mer på seg enn jevnaldrende venninner. I en studie blant svenske tenåringsjenter fant en at jentene med type 1 diabetes var nesten 7 kg tyngre enn sine jevnaldrende^[24]. Årsaken til denne overvekten er ikke kjent, men flere faktorer kan spille inn. Det er sannsynligvis mange grunner til at tenåringsjenter med diabetes har større vektøkning enn sine venninner uten diabetes. Frigjøring fra foreldre vil ofte medføre et mer uregelmessig liv som vil gi større svingninger i blodsukker, med økt risiko for føling. Mange velger å småspise for å være sikre på å unngå føling. Både hypoglykemi og hyperinsulinisme virker appetittstimulerende. En ond sirkel med overvekt, svekket selvbilde og negativ kroppsoppfatning kan så føre til spiseforstyrrelser med ytterligere svingninger i blodsukkeret.

I en amerikansk studie fant en holdepunkter for at opptatthet av vekt og kroppsform er vanlig også før pubertet. En av 6 oppgav minst et av følgende symptomer: slanking, overspisingslidelse, insulinseponering eller intens fysisk trening for vektkontroll^[30].

Det kan se ut til at sterk fokusering på vekt kan medvirke til utvikling av spiseforstyrrelser. Flere studier i idrettsmiljøer har funnet høy forekomst av anorexia nervosa i de idrettsgrenene som idealiserer lav vekt og utseende (turn og rytmisk sports gymnastikk). Det ser også ut til at forsøk på å slanke seg disponerer for utvikling av bulimia nervosa og overspisingslidelse. Ved type 1-diabetes vil mange unge raskt oppdage at høyt blodsukker gir økt urinproduksjon og vekttap. Dersom en har et begynnende overvektspproblem, kan det være vanskelig å motivere seg for å la være å slanke seg med underdosering av insulin. Mange overvektige har i tillegg betydelige depressive plager som også vil påvirke diabeteskontrollen.

Veiing

I noen poliklinikker har en som rutine å veie alle som kommer til kontroll for diabetes. Blant barn kan en ved å bestemme vekt og høyde få informasjon om barnet gjennomgår normal vekst og utvikling. Hos voksne kan påvisning av vektøkning forklare et økt insulinbehov. Rutinemessig veiing kan oppleves som urimelig fokusering på vekt og kan tenkes å bidra til at unge utvikler et anstrengt forhold til kropp og derved mat. Mange tenåringer formidler at de kan oppleve veiing som belastende. Personer som har en spiseforstyrrelse eller et anstrengt forhold til mat

(subklinisk spiseforstyrrelse) vil ofte oppleve veiing som vanskelig og noen vil la være å komme til kontroll fordi de ikke ønsker å bli veid. Vi anbefaler at en utfører veiing av unge personer med type 1-diabetes bare dersom det er klar medisinsk indikasjon for det, og ikke som en rutinemessig del av alle polikliniske konsultasjoner.

Vanligvis ikke medisinsk grunn til å anbefale vektreduksjon

De fleste unge utsettes for et betydelig slankepress. Dersom en tenåring med moderat overvekt uttrykker ønske om å slanke seg, bør en formidle at det ikke er medisinsk grunn for å gjennomføre vektreduksjon. Økt insulinbehov på grunn av økt insulinresistens i forbindelse med vektøkning gir ikke grunnlag for å gi råd om vektreduksjon. Vi har ikke holdepunkter for å hevde at økt insulindose i seg selv har skadelige effekter. Dessuten vil unge personer ofte velge slankemetoder som bare gir kortvarige effekter, ofte med vektøkning som sluttresultat. Det kan se ut til at slankekurer gir problemer med sult- og metthetsreguleringen og dermed økt risiko for overspising som igjen medfører risiko for raskere vektøkning.

Når er det medisinsk grunn til vektreduksjon?

Ved betydelig overvekt (BMI over 30) kan det også være medisinske grunner til å anbefale vektreduksjon. Dessuten bør en behandler være lydhør for at en ung person med diabetes, kan ha et så sterkt ønske om å gå ned i vekt at hun eller han vil prøve på det uavhengig av om det er medisinsk grunn for det eller ikke. Det kan i slike sammenhenger være klokt å åpne for samtale om dette for å kunne gi råd om rimelige målsettinger og bruk av metoder som gir lite risiko for utvikling av spiseforstyrrelser.

Hvordan gjennomføre vektreduksjon?

Dersom det i behandlingsrelasjonen er etablert et tillitsfullt samarbeid er det uproblematisk å drøfte kosttiltak og regelmessig fysisk aktivitet. Kostveiledning er omtalt i eget kapittel, se side 22.

Man bør være forsiktig med å anbefale fysisk trening ved tegn på spiseforstyrrelse eller dersom personen gir inntrykk av å ha et problemfylt forhold til kropp og mat. Hos personer med en spiseforstyrrelse, kan trening være en del av en patologisk slankeadferd. I noen tilfeller kan således en reduksjon i fysisk aktivitet være en viktig del av behandlingen for å få kontroll med spiseforstyrrelsen. Men hos andre kan fysisk aktivitet ha gunstig effekt på selve spiseforstyrrelsen^[38]. Fysisk aktivitet bør være en del av samtalen med en person med diabetes. Hos barn og ungdom vil som regel fysisk aktivitet på en naturlig måte å kontrollere vekten. Både kondisjons- og vekttraining vil ha gunstige effekter ved diabetes. Personen med diabetes må selv velge hvilken treningsform som er aktuell. Aktiviteten må være lystbetont.

Trening uten samtidig kostbehandling vil vanligvis ikke medføre mer enn et par kilo vektreduksjon. I motsetning til vektreduksjon ved energirestriksjon, synes vekttap oppnådd ved økt fysisk aktivitet å holde seg i lengre tid^[39]. Ved å ha moderate målsettinger og benytte den vektstabiliserende effekten av fysisk aktivitet kan en ha håp om å unngå jo-jo-slanking og derved oppnå langvarige effekter av vektreduserende tiltak.

Ved type 1-diabetes vil fysisk aktivitet medføre økning i insulinsensitiviteten med risiko for føling. Insulinsensitiviteten vil være økt i nesten et døgn etter en enkel treningsøkt. Dersom en trener på ettermiddagen er det derfor ikke tilstrekkelig å bare sørge for at blodsukkeret er bra etter trening. Til kvelds bør en spise grovt brød med pålegg og melk eller tilsvarende og derved innta både raske og langsomme karbohydrater samtidig med fiber. Derved oppnår en stabilisering av blodsukkeret. Det kan også være aktuelt å redusere på kveldsinsulinet etter en treningsøkt. Ved regelmessig fysisk aktivitet (minst annenhver dag) vil en kunne oppnå stabil økning i insulinsensitiviteten og færre uventede følinger.

Blant tenåringer kan det være aktuelt å akseptere en noe høyere HbA1c for å unngå mye følinger, svingende blodsukker og ekstra matinntak ved økt fysisk aktivitet.

Kostveiledning i forebygging og behandling

Kostveiledning bør forebygge at personen får et problematisk forhold til mat. Det er særlig viktig ved nyoppdaget diabetes at ingen matvarer blir stemplet som forbudt. Det å få påvist diabetes og starte insulinbehandling skal ikke føre til vesentlig endring i mat- og måltidsvaner inkludert inntak av snacks. Den generelle anbefalingen om å spise lite raskt absorberbart sukker gjelder også for personer med diabetes. Det kan være viktig ved nyoppdaget diabetes å poengtere at det kan være bedre å ha litt søtt i vanlige måltider, enn å kutte det helt ut. For det første er det ikke negativt for blodsukkerreguleringen. Dernest smaker maten bedre, en lever som andre og en kan unngå å utvikle et anstrengt forhold til mat, og spesielt til sukker og søtt.

De nye hurtigvirkende insulinanalogene synes å gi stor grad av fleksibilitet i insulin dosering i forhold til mat. Dersom en person med diabetes har spist mer enn planlagt, vil tilleggsdoser med hurtigvirkende insulinanalog i betydelig grad dempe blodsukkerstigningen etter måltidet, selv om insulinet settes etter måltidet. Ut fra dagens litteratur er det ingen holdepunkter for å tro at økning av insulin dosene medfører skadevirkninger. Diabetiske senkomplikasjoner skyldes effekter av høyt blodsukker og ikke skadeeffekter av insulin.

Undervisning av personer med type 1-diabetes og pårørende bør fokusere på den klare sammenhengen det er mellom inntak av mat, fysisk aktivitet og insulin – og at det er insulinmengden som skal justeres.

Dessverre er det mange som prøver å bruke maten til å regulere blodsukkeret. I veiledningen bør en legge vekt på at reguleringen av matinntaket eller fysisk aktivitet ikke blir brukt for å justere blodsukkeret. Dette fordi det overordnede målet er å forhindre at et problematisk forhold til mat og kropp utvikler seg. Mange utelater et måltid for å redusere blodsukkeret fordi en mener at maten er årsaken til det høye blodsukkeret eller at kroppen ikke trenger mat når blodsukkeret er høyt. Vi anbefaler at kroppens behov for mat dekkes og at en tilpasser insulinbehandlingen etter det.

Ved å spise grovt brød og kornprodukter, belgfrukter, grønnsaker (både rå og kokte) og frukt, blir fiberinnholdet i kosten høyt. Fiberrik mat kan også virke forebyggende i forhold til kreft og hjerte- og karsykdommer. I tillegg vil slik mat mette og bidra til å forebygge overspising og vektøkning. Jevnlig inntak av fiber i løpet av dagen vil dessuten gi mindre blodsukkersvingninger. Ved tilstrekkelig variert kost er det ikke nødvendig med tilskudd av vitaminer eller mineraler med mindre det foreligger mistanke om spesielle mangeltilstander.

Det er mange gode grunner for å spise ofte. Frokost, formiddagsmat, middag, kvelds og gjerne et mellommåltid (4-5 måltider per dag) gir jevn energitilførsel som er viktig for den som vil være fysisk aktiv. Et slikt måltidsmønster vil ha en positiv effekt på appetitten og motvirke behovet for småspising mellom måltidene og overspising til måltidene. Dernest vil en kunne opprettholde god tarmfunksjon. Sist, men ikke minst vil store blodsukkersvingninger forebygges.

Dersom en finner grunn for å gi råd om vektreduksjon hos en person med diabetes, kan det være grunn til å diskutere inntaket av raskt absorberbart sukker og appetittkontroll. Det ser ut til at inntak av mye sukker, både naturlig og tilsatt sukker, og særlig i flytende form, kan gi mindre

varig metthetsfølelse enn inntak av fett, proteiner og mer langsomt absorberbare karbohydrater. Dersom en har inntrykk av at inntaket av sukker er høyt, kan det derfor være grunn til å fokusere på den appetittstimulerende effekten av inntaket, selv om blodsukkeret kontrolleres bra med hurtigvirkende insulin. En bør forklare at inntak av fiber gjør det lettere å kontrollere sulten.

Ved bulimi kan overspising av søte matvarer som sjokolade og annet snop være en utfordring. Som anbefalt ved nyoppdaget diabetes kan også her den gyldne middelvei være en farbar vei å gå. Det kan være aktuelt å innlemme en definert mengde sjokolade eller annet snop til enkelte måltider når pasienten kan mestre dette. Behandlingsansvarlig må ta stilling til om og når det er riktig å innføre mat som kan utløse overspising, men ofte vil det å utsette seg for slike matsorter være en del av behandlingen. Ved riktig insulinbruk, vil inntak av søte matvarer ikke påvirke blodsukkeret, og det vil i liten grad medføre risiko for vektøkning. Det ser ut til at inntak av små mengder søtsaker kan bidra til trygghet i forhold til egen spising.

Dersom en person med diabetes har utviklet spiseforstyrrelse eller viser tegn til å utvikle spiseforstyrrelse, bør en vektlegge betydningen av et variert kosthold (grovt brød, melk og ost, potet/pasta/ris, kjøtt, fisk, egg, frukt, grønnsaker, belgfrukter, matoljer). Et tilstrekkelig og variert kosthold ser ut til å medvirke til at en blir fysisk og psykisk sterk nok til å håndtere spiseforstyrrelsen.

Et tilstrekkelig og variert kosthold ser ut til å medvirke til at en blir fysisk og psykisk sterk nok til å håndtere spiseforstyrrelsen

Hvordan organisere diabetestilbudet slik at de som har en spiseforstyrrelse får hjelp?

Ved diabeteskontroll tar vi regelmessig opp spørsmål om insulin, følinger, fysisk aktivitet og mat. I denne forbindelse kan det være aktuelt å ta opp forhold til mat, kropp og selvbilde. "Mange med diabetes har et anstrengt forhold til mat - har du problemer med dette?" I noen tilfeller kan det være aktuelt å gå videre med spørsmål som kan belyse dette nærmere: "Hvilket forhold har du til kroppen din? Trives du med den slik den er, eller er det noe du skulle ønske at du kunne forandre på?" og "Har kroppsvekten betydning for hvordan du føler deg?"^[40]. Ved en forsiktig og respektfull tilnærming kan en få avklart om pasienten har en spiseforstyrrelse eller kan være i ferd med å utvikle en.

Poliklinikkene bør organiseres slik at pasienten opplever at det er tid til å ta opp slike spørsmål. Det bør også være mulig å sette opp en ny time relativt snart dersom en avdekker en spiseforstyrrelse. Det er ønskelig at det finnes tilgjengelig kompetanse om spiseforstyrrelser ved distriktpspsykiatriske poliklinikker eller i private psykologpraksiser slik at diabetesbehandlere kan etablere samarbeid med personell som har tilstrekkelig kunnskap om spiseforstyrrelser.

I noen tilfeller kan det være nødvendig å etablere et tverrfaglig tilbud til en person med en alvorlig spiseforstyrrelse og diabetes slik at flere faggrupper samarbeider for å hjelpe pasienten med å håndtere både en spiseforstyrrelse og diabetes.

Konklusjoner

Spiseforstyrrelser er vanlige problemer ved diabetes. Selv lette spiseforstyrrelser kan medføre alvorlige problemer med blodsukkerreguleringen og gi økt risiko for senkomplikasjoner. De som har ansvar for behandling av personer med diabetes, må kjenne til hvordan en kan tilnærme seg en person med mulig spiseforstyrrelse og hvordan spiseforstyrrelsen kan påvises.

Det er sannsynligvis nyttig å kunne bruke enkle, etablerte metoder for behandling av spiseforstyrrelser. Slike metoder har dokumentert effekt blant pasienter med spiseforstyrrelser uten diabetes. Da lette til moderate spiseforstyrrelser ser ut til å kunne bli bedre ved bruk av enkle motivasjonsmetoder, bør de fleste behandlere kunne disse metodene. Da behandling av alvorlige spiseforstyrrelser ved diabetes krever spesialkompetanse, bør slike tilstander behandles ved de regionale spesialenhetene for spiseforstyrrelser eller hos andre behandlere med spesiell kompetanse.

Det bør gjøres studier for å avklare om spiseforstyrrelser ved diabetes opptrer like hyppig i Norge som i andre vestlige land. Dessuten bør det gjennomføres kontrollerte studier for å se om metodene for behandling av spiseforstyrrelser også kan brukes på spiseforstyrrelser ved diabetes.

Diabetespoliklinikkene må organiseres slik at det er anledning til å ta opp spørsmål om spiseforstyrrelser. Derved kan de som har en spiseforstyrrelse få hjelp i tide.

Referanser

1. Statens Helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserien, 2000;7.
2. Matz R. Management of the hyperosmolar hyperglycemic syndrome. *Am Fam Physician*, 1999;60(5):1468-76.
3. Cooper Z and Fairburn CG. Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 2003;34 Suppl:S89-95.
4. Kenardy J, et al. Disordered eating behaviours in women with Type 2 diabetes mellitus. *Eat Behav*, 2001;2(2):183-92.
5. Bulik CM, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry*, 2004;65(7):1000-6.
6. Birmingham CL and Beumont P, *Medical Management of Eating Disorders*. 2004, Cambridge: Cambridge University Press.
7. Neumarker K-J. Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1997;21:205-12.
8. Inui A, et al. Rebound hypoglycaemia after intravenous glucose in anorexia nervosa. *Lancet*, 1996;347(8997):323-4.
9. Nielsen S, Emborg C, and Molbak AG. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care*, 2002;25(2):309-12.
10. Walker JD, et al. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care*, 2002;25(9):1664-5.
11. Jones JM, et al. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Bmj*, 2000;320(7249):1563-6.
12. Polonski W. Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care*, 1994;17:1178-85.
13. Biggs M, et al. Insulin withholding for weight control in women with diabetes. *Diabetes Care*, 1994;17(10):1186-9.
14. Vila G, et al. Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin-dependent diabetes mellitus. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*, 1995;4(4):270-9.
15. Peveler RC, et al. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 2005;28(1):84-8.
16. Colton P, Rodin G, and Olmstead M. Eating disturbances in young women with type 1 diabetes mellitus; mechanisms and consequences. *Psychiatric annals*, 1999;29(4):213-218.
17. Colton P, et al. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care*, 2004;27(7):1654-9.
18. Herpertz S, et al. Diabetes mellitus and eating disorders: a multicenter study on the comorbidity of the two diseases. *J Psychosom Res*, 1998;44(3-4):503-15.
19. Verrotti A, et al. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Acta Diabetol*, 1999;36(1-2):21-5.
20. Rydall A, et al. Disordered eating behaviour and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 1997;336(26):1849-54.
21. Hoffman RP. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes. A closer look at a complicated condition. *Postgrad Med*, 2001;109(4):67-9, 73-4.
22. Daneman D, et al. Eating disorders in young women with type 1 diabetes. Prevalence, problems and prevention. *Horm Res*, 1998;50(Suppl 1):79-86.
23. Svensson M, Engstrom I, and Aman J. Higher drive for thinness in adolescent males with insulin-dependent diabetes mellitus compared with healthy controls. *Acta Paediatr*, 2003;92(1):114-7.
24. Engstrom I, et al. Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. *Acta Paediatr*, 1999;88(2):175-80.
25. Robertson P and Roseninge JH. Insulin-dependent diabetes mellitus: a risk factor in anorexia nervosa or bulimia nervosa? An empirical study of 116 women. *J Psychosom Res*, 1990;34(5):535-41.
26. Cryer PE. Symptoms of hypoglycemia, thresholds for their occurrence, and hypoglycemia unawareness. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1999;28(3):495-500.
27. Steel J, et al. Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: associations with painful neuropathy and other complications. *Br Med J*, 1987;294:859-62.
28. Williams G and Gill G. Eating disorders and diabetic complications. *N Engl J Med*, 1997;336(26):1905-6.
29. Bryden KS, et al. Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 1999;22(12):1956-60.
30. Daneman D. Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Adult Women with Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 2002;15:83-105.
31. Treasure J and Bauer B, *Assessment and Motivation, in Handbook of Eating Disorders*, Treasure, J, Schmidt, U, and Furth, E, Editors. 2003, Wiley: Chichester.
32. Prochaska JO, DiClemente CC, and Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 1992;47(9):1102-14.
33. Barth T, Børtveit T, and Prescott P, *Endringsfokusert rådgivning*. 2001, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
34. Russell GF, et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 1987;44(12):1047-56.
35. Eisler I, et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 1997;54(11):1025-30.
36. Lask B and Bryant-Waugh R, eds. *Anorexia nervosa and related eating disorders*. 2000, Brunner-Routledge: London.
37. Takii M, et al. An integrated inpatient therapy for type 1 diabetic females with bulimia nervosa: a 3-year follow-up study. *J Psychosom Res*, 2003;55(4):349-56.
38. Sundgot-Borgen J, et al. The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Med Sci Sports Exerc*, 2002;34(2):190-195.
39. Skender ML, et al. Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: diet, exercise, and combination interventions. *J Am Diet Assoc*, 1996;96(4):342-6.
40. Anstine D and Grinenko D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *J Adolesc Health*, 2000;26(5):338-42.

Eksempel nr. 1:

Kvinne – 28 år gammel. Bor i egen leilighet. Stort sosialt kontaktnett

Hun fikk diabetes for 18 år siden – 10 år gammel. Hun forstod raskt at det var svært liten toleranse for at hun spiste slikkier på samme måte som hun hadde gjort tidligere. Søtsaker var hun imidlertid veldig glad i, og hun måtte finne en måte å dekke behovet på som kunne aksepteres av andre. Hun valgte den løsningen som mange velger: hun begynte å spise i smug når ingen så henne. Hver gang hun var alene stappet hun i seg det hun kunne komme over av matvarer. Hun ville helst ha søtsaker, men hvis ikke det var for hånden, så spiste hun det hun fant (hun kunne for eksempel spise frosne matvarer rett fra dypfryseren). I denne hemmeligholdte situasjonen hadde hun ikke diabetes. Da satte hun ikke insulin, og den dårlige samvittigheten hun fikk, kunne hun kvitte seg med ved å kaste opp. Dette ble et spisemønster som festet seg, og mønsteret ble forsterket av at hun i puberteten lærte at hun kunne spise hva hun ville uten å legge på seg hvis hun også begrenset insulintilførselen. Hun levde derfor ungdomsårene med denne hemmeligheten, riktignok med svært høye HbA1c-verdier som ble kommentert av helsepersonell og andre, men ingen tok ordentlig tak i problemet før hun fikk alvorlige blødninger i øynene.

Øyeskadene var så alvorlige at netthinnen løsnet og hun mistet synet på det ene øyet. Det var også stor fare for at hun kunne miste synet på det andre øyet, og hun bestemte seg for å oppsøke profesjonell hjelp. Hun har nå gått i regelmessig psykologisk behandling i flere år og har kvittet seg med det ”løgnmønsteret” som hun tidligere var fanget i.

Eksempel nr. 2:

Kvinne – 32 år – bor i egen leilighet sammen med barn og mann

Hun hadde slitt med vekta både i barneskolen og i ungdomsskolen. Hun var ikke direkte blitt mobbet, men hadde stadig fått høre at hun var ”god og rund”. Hun hadde gjort forsøk på å slanke seg, men hadde ikke fått det til.

16 år gammel begynte hun plutselig å gå ned i vekt. Hun spiste og drakk en masse, men tørsten ble ikke stillet og vekta gikk ikke opp. Hun hadde fått diabetes, og da diagnosen endelig ble stillet ble hun umiddelbart gitt insulin. Etter noen dager oppdaget hun at tørsten forsvant, og at vekta begynte å gå oppover igjen. Hun forstod raskt at det var tilførselen av insulin som forårsaket vektøkningen, en vektøkning hun ikke kunne forsone seg med. Hun hadde endelig funnet en slankemetode som fungerte, og det føltes helt riktig å begrense insulinmengden til et minimum. Egenproduksjonen av insulin som varte i flere år, gjorde det mulig for henne å gå flere dager med begrenset insulintilførsel, og hun var svært fornøyd med tingenes tilstand.

10 år senere begynte komplikasjonene å vise seg, og hun forstod at hun var nødt til å begynne å sette insulin hvis hun skulle forhindre en videre utvikling av disse. Straks hun satte større mengder insulin opplevde hun imidlertid en svært rask og skremmende vekttoppgang. En kilo vektøkning pr. dag gjorde at hun ikke orket å fortsette med det og hun gikk tilbake til det gamle mønsteret med underdosering av insulin.

Komplikasjonene forverret seg og det var til slutt ingen vei tilbake. Med god støtte fra familie og helsepersonell slet hun i 3 måneder med stor vektøkning, oppgitthet og sosial isolasjon. Gradvis stabiliserte veskebalansen i kroppen seg, og hun opplevde til sin store glede at vekta begynte å gå nedover igjen. I dag har hun stabilisert vekta på ”normalnivå” og hun verdsetter seg selv og livet sitt på en riktig måte selv om hun dessverre ikke er komplikasjonsfri.

Eksempel nr. 3:

Kvinne – 19 år – student – bor på hybel

Hun fikk diabetes i barneårene. Mor og far passet godt på henne og hun hadde en meget god metabolsk kontroll helt til hun begynte på ungdomsskolen.

13 år gammel var det naturlig at hun fikk hovedansvaret for reguleringen, og hun tok samvittighetsfullt godt tak i dette. Hun var påpasselig med sprøytene, testet blodsukkeret regelmessig og var måteholden med søtsaker.

En dag på skolen oppdaget hun plutselig at hun hadde glemt å sette morgensprøyta med Insulatard. Hun ble først urolig og engstelig da hun trodde at hun hadde gjort en veldig alvorlig feil. Foreldrene hadde vært svært påpasselige med at sprøytene aldri ble glemt, og selv hadde hun også passet godt på dette. Hun var overbevist om at det var særdeles viktig at hun satte hver eneste sprøyte og at det kunne være farlig hvis hun ikke fikk det insulinet hun trengte. Stor var derfor hennes forbauselse da hun oppdaget at det ikke skjedde noe selv om hun hadde glemt sprøyta. Hun følte seg frisk og fin, og hadde hun ikke visst bedre var det nesten som om hun ikke hadde diabetes lenger. Tanken på å kunne ha diabetes i mindre grad enn tidligere fristet henne til å hoppe over enda flere sprøyter – denne gangen som et bevisst valg og ikke som en forglemmelse.

I økende grad seponerte hun insulin doseringene – det hadde blitt mye enklere å ha diabetes, og det var bare en tallverdi på langtidsprøven som fortalte henne at noe var galt. Langtidsprøven bekymret også foreldrene og helsepersonell og mistanken om at hun bevisst underdoserte seg med insulin ble presentert for henne. Hun benektet dette og tviholdt på at hun gjorde så godt hun kunne med en vanskelig regulerbar diabetes. Noen ganger forsøkte hun å sette alle insulin-sprøytene, men hun merket fort at kroppen ikke likte dette. I slike situasjoner følte hun seg så oppblåst og tykk at hun naturlig nok valgte alternativet med underdosering.

Selv om det kan ta mange år, så vil underdosering av insulin før eller senere føre til komplikasjoner. Slik gikk det også for henne. Hun fikk en begynnende nyreskade og innså at hun stod i fare for å påføre seg irreversible skader. Denne erkjennelsen endret livet hennes.

Eksempel nr 4:

Endringsprosessen

Den prekontemplatoriske fasen:

”Hun hadde i lengre tid kastet opp nesten hver eneste dag. Dette hadde hun startet med etter at hun ikke lenger klarte å beholde den samme vekten som i ungdomsårene. Hun lot ikke dette gå ut over blodsukkerreguleringen, og hadde ikke vært inne på tanken om å unnlate å sette insulin. Det var derfor ingen som visste om at hun benyttet denne ”slankemetoden” – verken de hun levde sammen med eller det helsepersonellet hun gikk til konsultasjon hos.”

Den kontemplatoriske fasen:

”Tanken på at hun måtte kaste opp det hun spiste fikk etter hvert en tvangspreget karakter. Nesten uansett når hun spiste så måtte hun kaste opp etterpå. For å klare dette måtte hun svært ofte spise mat som var lett å kaste opp i tillegg til den maten hun allerede har spist. Is gjorde det for eksempel enklere å kaste opp brødmatt. Dette førte til at hun spiste store mengder raskt absorberbare karbohydrater – ikke først og fremst fordi hun hadde lyst på det, men hovedsakelig fordi dette gjorde det enklere å kaste opp det hun hadde spist. Blodsukkeret ble stadig vanskeligere å regulere, og HbA1c- verdiene begynte å stige. Hun bestemte seg for å slutte med dette, men klarer det ikke. Hun innså derfor at hun var fanget i et farlig mønster, og oppsøkte på eget initiativ en psykolog som hun visste hadde erfaring med diabetes og spiseforstyrrelser.”

Den aktive fasen:

”I regelmessig samarbeid med psykologen tok hun etter flere samtaler tak i hovedproblemet – nemlig *bestemmelsen* om at hun skulle slutte med det hun holdt på med. Det var altså ikke det at hun kastet opp det hun hadde spist som var det egentlige problemet, men derimot *bestemmelsen* om at hun skulle slutte med det. Denne bestemmelsen traff hun hver eneste kveld når hun gikk til sengs. Hun bekreftet bestemmelsen når hun våknet om morgenen, men straks hun begynte å spise frokost ”glapp” besluttsomheten og hun la på ny opp til at hun skulle kaste opp det hun hadde spist. I begynnelsen virket denne måten å omdefinere problemet på ganske meningsløs ut for henne – hun skulle bestemme seg til ikke å bestemme seg for å kaste opp? Hun skulle bestemme seg til å spise det hun hadde lyst på først når hun var i situasjonen? Hun tvilte sterkt på at dette vil holde, men hun valgte å gjøre et aktivt forsøk. Allerede den første dagen etter at hun hadde truffet denne nye bestemmelsen gjorde hun en ny erfaring – hun spiste frokost uten at hun behøvde å kaste opp etterpå. Hun spiste brød med syltetøy fordi det var syltetøy hun hadde lyst på akkurat den morgenen. Hun hadde glemt hvordan lysten på syltetøy faktisk kjentes ut fordi syltetøy tidligere alltid måtte kastes opp fordi det var så blodsukkerstigende og vektøkende. Denne erfaringen ble avgjørende for henne selv om hun mange ganger i ukene framover ble grepet av panikk ved tanken på at hun vil bli stor og tykk når hun ikke kastet opp det hun spiste fordi hun har lyst på det. Ble denne panikkfølelsen sterk klarte hun ikke å beholde maten hun hadde spist, og hun kastet det opp igjen. Toleranse for slike ”glipper” ble et nytt problemtema som krevde tid og bearbeiding i samarbeid med psykologen, men gradvis ble det lettere å holde tak i de gode erfaringene: hun hadde kommet over i **vedlikeholdsfasen**.”

Ordlister

Diuretisk:	vanndrivende
Antidiuretisk hormon:	et hormon hindrer væskeutskillelse i nyretubuli og derved gir mindre urinproduksjon
Glukosuri:	glukose urinen
Hyperglykemi:	forhøyet blodsukker
Hypoglykemi:	for lavt blodsukker
Hypoglycemia unawareness:	nedsatt eller manglende evne til å merke hypoglykemi
Hyperinsulinisme:	før høyt innhold av insulin i blodet
Dehydrering:	inntørring
Aldosteron:	hormon som gir øket opptak av salt og vann i nyretubuli og derved gir mindre urinproduksjon
Metabolisme:	biokjemisk omsetning av næringsstoffer
Katabolisme:	nedbrytning av vev
Ketoacidose:	opphopning av syrer fra fettnekbrytning på grunn av redusert hemning av fettnekbrytning. Insulin hemmer normalt fettnekbrytning. Ved svært lave insulinivåer i blodet vil fettnekbrytningen øke, fettene omdannes til ketoner som er syrer.
Nevropati:	sykdom i nervene
Retinopati:	sykdom på øyenbunnen, kan gi redusert syn og blindhet
Serotonin reopptakshemmere (SSRI):	Medikamenter som brukes mot depresjon. Har også vist gunstig effekt som ledd i behandling for bulimia nervosa
Hurtigvirkende insulinanalog:	syntetisk insulin som er kjemisk endret slik at det tas svært hurtig opp i blodet etter vanlig subkutan injeksjon

NORGES DIABETESFORBUND 

Postboks 6442 Etterstad
0605 Oslo
Telefon: 23 05 18 00
Telefaks: 23 05 18 01
Hjemmeside: www.diabetes.no

Pris: kr 100,-

Utgitt med støtte fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering