

Fedme handler om mer enn kaloritelling

Overvekt og slanking er enkelt. Som et regnestykke i andre klasse, med pluss og minus. Vil du bli slank, handler det bare om å skjerpe seg, trene litt mer og å spise litt mindre. Eller?

TEKST

Tina Avantis Johnsen

Tom Mala

Inger Eribe

Stephen Hewitt

Hilde Risstad

Lene Aven

Ann Steen

Jon Kristinsson

PUBLISERT 5. mai 2015

SYKELIG FEDME

Den 11.03.15 publiserte Norsk Psykologforening et blogginnlegg på sine nettsider om sykelig fedme, skrevet av psykologspesialist Peder Kjøs. Han skriver:

Jeg er vant til å tenke omtrent det samme som de fleste andre tenker om tjukke folk. De putter inn mer energi enn de bruker og overskuddet pakkes på kroppen. Overvekt er i hovedsak en selvforskyldt lidelse som blant annet skyldes dårlig impuls kontroll og at maten brukes til regulering av følelser. Nevner du gener og stoffskifte blir jeg bare utålmodig.

I løpet av sine møter med sykelig overvektige mennesker, gjennom tv-serien *Biggest Loser Norge*, skriver Kjøs at han forsto bedre. Det handlet om mer. Han fikk tanker om at de som ville ut av en slik lidelse, må få hjelp til det. Det er riktig. Sykelig fedme handler om mer. Mye mer enn de fleste psykologer kanskje er klar over.

«Erfaringsmessig får pasienter med sykelig fedme ofte avslag på søknader om psykologisk

behandling når de har behov for det»

Peder Kjøs' debattinnlegg ble postet i en gruppe for psykologer på Internett. En psykolog spurte seg der: «Kan psykologer nok om kompleksiteten i dette?» Flere av de påfølgende kommentarene viste at svaret på det spørsmålet er nei. Dessverre kom det også kommentarer av stigmatiserende art. Vi spør oss: Hvis psykologer er med på å stigmatisere den sykkelig overvektige pasienten – hvem skal hjelpe da?

Sykkelig fedme er en medisinsk diagnose, med flere underkategorier (E 66.0 – 66.9 i ICD-10). Diagnosen sykkelig fedme settes når en pasient har en vekt som samsvarer med en kroppsmasseindeks (KMI; vekt i kilo delt på kvadratet av høyde i meter) på 40 eller mer. I Norge kan pasienter med KMI ≥ 40 ha rett til prioritert helsehjelp. Det samme gjelder for dem med kroppsmasseindeks ≥ 35 som også har fedmerelatert tilleggssykdom, for eksempel diabetes type 2, refluks, søvnapné eller høyt blodtrykk.

Vi er glade for at denne pasientgruppen løftes frem i lyset. For menneskene med de største kroppene har likevel en tendens til å forsvinne. Noen ganger i tilbaketrekkingens emosjonelle sfære av skam og selvforakt. Andre ganger kanskje fordi fagpersoner har manglende kunnskap, eller også egne fordommer. Sykkelig fedme reduseres til den enkle slutningen: «*De kan vel bare trene litt mer og spise litt mindre, så blir de slanke og kan leve lenge.*»

Stigmatisering av sykkelig overvektige er blitt kalt stigmatiseringens siste skanse. Forskning viser at overvektige og fete mennesker stigmatiseres og diskrimineres på en rekke ulike livsområder, som i barnehage, skole, arbeidsliv, media, butikker – og dessverre også innenfor helsevesenet.

Hvordan er det egentlig med regnestykket?

Når det snakkes og skrives om sykkelig fedme, er vår oppfatning at mange forenkler regnestykket til nettopp kalorier inn og kalorier ut. $4+4=8$, og da må åtte minus fire være lik fire. Hvis man bare spiser litt mindre og trener litt mer, bør man dermed bli slank. Så viser forskning at det som virker logisk, i realiteten er en kraftig forenkling.

Nyere forskning viser at vår appetitt er nøye regulert, blant annet av en rekke hormonelle mekanismer. Menneskers evne til å styre inntak av kalorier varierer ikke bare psykososialt, men også biologisk. Mange av oss kan med enkle justeringer holde oss «balanserte», mens for andre er dette en mye større utfordring. Næringsinntaket og hvordan vi forholder oss til mat, skjer i stor grad ubevisst. Matinntaket styres blant annet av kroppens produksjon og omsetning av en rekke hormoner, som blant annet påvirker sult og metthet. Effekten av, og samspillet mellom, disse hormonene varierer trolig mye mellom individer. Våre matpreferanser styres dels av mekanismer vi i dag ikke har god nok oversikt over. Metabolismen og evnen til å brenne kalorier i muskulatur er individuell. Vår ulike tarmflora spiller også trolig en rolle i reguleringen av vekt. Videre kan epigenetikk inkluderes i forklaringsmodeller for risiko for å utvikle

fedme. Flere biologiske mekanismer kompliserer dermed ligningen når det gjelder kalorieregnskap og evnen til «balanse».

Prøver man å slanke seg, har kroppen sterke hormonelle forsvarsmekanismer som hindrer at vektreduksjonen opprettholdes. Det kan være psykologiske årsaker til vektøkning etter vektredusksjon, men vi vet at mye også handler om fysiologi. En del av våre sykelig fete pasienter har både spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser. 10–20 % av mennesker med sykelig fedme regnes å ha en alvorlig spiseforstyrrelse. Samtidig har mange av våre pasienter ingen diagnostiserbar psykiatri. De har i tillegg gode doser med viljestyrke. De klarer bare ikke å opprettholde et vekttap, nettopp fordi det er så vanskelig. De fleste skammer seg. Mange av har lyktes med stor vektredusksjon (ofte mange ganger), men påfølgende vektøkning gjør at pasientene kommer inn i en destruktiv jojo-slanking. De slanker seg stadig tjukkere.

Ved gjentatte slankekurer, og især de mest ekstreme som vi ser det i Biggest Loser, settes forbrenningen ned. En person som for eksempel har gått ned i vekt og veier 90 kg, vil ha lavere forbrenning enn en person som alltid har hatt en stabil vekt på 90 kg. Den som har slanket seg ned til 90 kg, må derfor spise tilsvarende mindre enn den andre for å unngå å gå opp igjen i vekt – kanskje livet ut.

En anerkjent fedmekirurg i Canada, Picard Marceau, har argumentert med at «obesity is a congenital disease». Han mener at lavere fødselsvekt og insulinresistens observert hos barn født av mødre etter fedmekirurgi, sammenlignet med søsken født før mor gjennomførte fedmekirurgi, kan forklares ved epigenetiske mekanismer mediert i mors liv. Enkelte spedbarn kan, ved denne forklaringsmodellen, allerede ved fødselen være predisponert for utvikling av fedme. Om hypotesen er riktig, må den dokumenteres ytterligere, men tanken er interessant. Det vi vet, er at vi nå lever i et obesogent samfunn (der energirik mat er billig og tilgjengelig), med en hjerne som er bygget for å gjenkjenne energitett mat. Kroppene våre takler og tåler dette i ulik grad.

Psykologen og den sykelig fete pasienten

Erfaringsmessig får pasienter med sykelig fedme ofte avslag på søknader om psykologisk behandling når de trenger det. Disse pasientene faller mellom to stoler, og får gjerne avslag ved både DPS-er og ved avdelinger for behandling av spiseforstyrrelser – selv når spiseforstyrrelsen er åpenbar og alvorlig. Kanskje kommer avslagene av mangel på kunnskap om sykelig fedme, og de psykologiske og sosiale vanskene fedmen ofte går hånd i hånd med? Kanskje oppleves ikke sykdommen som så viktig? Eller kanskje er det det at pasienten ikke er en «ekte anorektiker eller bulimiker», men «bare» har diagnosen uspesifiserte spiseforstyrrelser som gir avslagene? Vi vet ikke. Det vi vet, er at det er vanskelig å finne psykologisk behandling ved sykelig fedme for dem som trenger det. Kanskje kan økt kunnskap gi nye tenkemåter.

Vi ved Senter for sykelig overvekt, Oslo Universitetssykehus, tenker at den som vet bedre, gjør bedre. At den som er klokere, handler klokere. Vi er sikre på at psykologer flest ikke ønsker å gjøre den store kroppen dobbelt tung for den sykelig overvektige pasienten, og vi håper med dette å kunne bidra til å øke kunnskapen rundt denne

pasientgruppens realiteter. For Peder Kjøs har rett, ekstrem overvekt er svært belastende, og disse menneskene må få hjelp.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 5, 2015, side

TEKST

Tina Avantis Johnsen

Tom Mala, overlege, dr.med.

Inger Eribe, sykepleier

Stephen Hewitt, dr.med.

Hilde Risstad, lege og stipendiat

Lene Aven, klinisk ernæringsfysiolog

Ann Steen, enhetsleder og sykepleier

Jon Kristinsson, avdelingsleder, dr.med.