

ätstörningar

KLINISKA RIKTLINJER FÖR UTREDNING OCH BEHANDLING



ätstörningar

KLINISKA RIKTLINJER FÖR UTREDNING OCH BEHANDLING

Huvudförfattare

Ulf Wallin

Anna Maria af Sandeberg

Karin Nilsson

Yvonne Linne

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

© 2015 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB
ISBN 978-91-8809-927-3

Redaktör: Bibbi Fagerström
Omslag och grafisk form: Catharina Ekström
Omslagsfoto: Anne Dillner/Scandinav Bildbyrå

Andra upplagan, första tryckningen

Tryck: Baltoprint, Litauen 2015

Tryckt på miljövänligt framställt papper.

KOPIERINGSFÖRBUD! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget, Gothia Fortbildning AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Gothia Fortbildning
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70
info@gothiafortbildning.se
www.gothiafortbildning.se

Innehåll

Författarpresentation	7
Sammanfattande rekommendationer	8
Förord – ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen	11
Förord	13
1. Historik	14
2. Förekomst och vårdbehov	17
Prevalens	17
Incidens	18
Livstidsrisk	19
Förlopp	19
Könsskillnader	21
Etnicitet och kulturella skillnader	22
Vårdbehov	22
3. Diagnoser och sjukdomsbild	24
Diagnoser	24
Förändringar i DSM-5 avseende anorexia nervosa och bulimia nervosa	25
Anorexia nervosa	25
Bulimia nervosa	25
Nya diagnoser i DSM-5	26
Hetsättningsstörning	26
Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom	26
Undvikande/restriktiv ätstörning	27
Pica	28
Idisslande	28
Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom	29
Sjukdomsbild	29
Anorexia nervosa	29
Bulimia nervosa	32
Hetsättningsstörning	32
Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom	33

4. Utredning och bedömning	34
Tidig upptäckt	35
Anorexia nervosa	36
Anorexia nervosa hos vuxna	36
<i>Psykiatrisk bedömning</i>	36
<i>Somatisk bedömning</i>	39
Anorexia nervosa hos barn och tonåringar	43
<i>Psykiatrisk bedömning</i>	44
<i>Somatisk undersökning</i>	46
Svår och långvarig anorexia nervosa	47
Bulimia nervosa	48
Psykiatrisk bedömning	49
Somatisk bedömning	50
Hetsättningsstörning	52
Övriga ätstörningar	53
Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom	53
<i>Atypiska eller med låg frekvens och/jeller varaktighet</i>	53
<i>Självrensning</i>	53
Undvikande/restriktiv ätstörning	53
Vårdnivåer	55
Ätstörningsremiss	55
Översikt över vårdnivåer	56
Prioriteringsgrupper	57
5. Behandling	58
Bemötande	58
Anorexia nervosa	58
Behandling av vuxna med anorexia nervosa	59
<i>Heldygnsvård</i>	62
<i>Tvångsvård</i>	65
Behandling av barn och tonåringar med anorexia nervosa	66
<i>Heldygnsvård och tvångsvård</i>	68
Behandling av svår och långvarig anorexia nervosa	70
Evidens för behandlingsinsatser vid anorexia nervosa	71
Bulimia nervosa	74
Evidens för behandlingsinsatser vid bulimia nervosa	76
Hetsättningsstörning	76
Evidens för behandlingsinsatser vid hetsättningsstörning	77
Övriga ätstörningar	78
Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom	78
Undvikande/restriktiv ätstörning	78
Ospecifierad ätstörning eller födorelaterat syndrom	79
Pica	79
Idisslande	79

Specifika behandlingsinsmetoder	79
Medicinering	79
Kost- och nutritionsbehandling	80
Självhjälpsprogram	82
Specialiserad stödjande klinisk behandling	83
Kognitiv beteendeterapi	84
Interpersonell psykoterapi i	85
Psykodynamisk psykoterapi	85
Mentaliseringsbaserad terapi	85
Familjeterapi	86
Multifamiljeterapi	87
Behandling i grupp	88
Fysioterapeutisk behandling	88
Särskilda frågeställningar	90
Graviditet och ätstörning	90
Gynekologi och ätstörningar	92
Tandvård och oral hälsa	93
Elitidrottare och ätstörning	96
6. Samsjuklighet	98
Samsjuklighet vid anorexia nervosa	98
Samsjuklighet vid bulimia nervosa	100
7. Etiska svårigheter i ätstörningsvården	101
Vem är sjuk?	102
Behandling av patienter med anorexia nervosa med och utan tvång	103
Etiska dilemman vid vård av långtidssjuka patienter med anorexia nervosa	105
8. Kvalitetsregister	106
Riksät	106
Stepwise	107
9. Implementering	109
Personcentrerat välgrundat beslutsfattande	109
Involvera familj och närstående	110
Mesta möjliga samtycke, medbestämmande och delaktighet	110
Tvärvetenskapligt team	110
Vård på rätt nivå och sammanhållen vårdkedja	111
En dimensionell inställning till diagnos och behandling	111
Referenser	112
Centrala internationella riktlinjer	122
Förslag på böcker för vidareläsning	122
Förslag på självhjälpsböcker	123
Användbara länkar	123
Bilagor	124

Svenska Psykiatriska Föreningen har utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden:

- Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd nr 1
- Förstämmningssjukdomar* nr 2
- Ängestsyndrom* nr 3
- Alkoholproblem nr 4
- Självordsnära patienter nr 5
- Tvångsvård nr 6
- Äldrepsykiatri nr 7
- Ätstörningar nr 8
- Personlighetsstörningar* nr 9
- Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom, pdf www.svenskpsykiatri.se
- Schizofreni nr 10
- Äldrepsykiatri nr 11
- Suicidnära patienter nr 12
- Psykiatrisk tvångsvård nr 13
- Bipolär sjukdom nr 14
- ECT nr 15
- Ätstörningar nr 16

*) under revidering

Författarpresentation

ULF WALLIN

Medicine doktor och överläkare vid KompetensCentrum
Ätstörningar SYD, Skånevård Sund, Lund.

ANNA MARIA AF SANDEBERG

Verksamhetschef och överläkare vid Stockholms Centrum
för Ätstörningar, Stockholm.

KARIN NILSSON

Adjungerad lektor och psykolog vid Institutionen för Klinisk
vetenskap, Umeå universitet, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

YVONNE LINNE

Docent och överläkare vid Stockholms Centrum för Ätstörningar, Stockholm.

REFERENSGRUPP

Andreas Birgegård, fil. dr och psykolog, Stockholm.
Hans Briggmar, psykiater och överläkare, Lund.
Dragana Embretsén, dietist, Stockholm.
Bruno Hägglöf, professor, överläkare, Umeå.
Ann-Katrin Johansson, odontologie doktor och tandläkare, Bergen.
Marie-Louise Majewski, sjukgymnast, Lund.
Joakim de Man Lapidoth, fil. dr och psykolog, Stockholm.
Claes Norring, psykolog, docent, Stockholm.
Margaretha Sandved, sjuksköterska, Stockholm.
Nils-Erik Svedlund, barnläkare, Stockholm.
Elisabeth Wentz, docent och överläkare, Göteborg.
Marianne Wiksten-Almströmer, fil. dr och gynekolog, Stockholm.

FÖLJANDE HAR GRANSKAT TEXTEN:

Ata Ghaderi, professor och psykolog, Stockholm.
Dan Gothefors, Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige
för riktlinjearbeten.
Frisk & Fri, patient- och anhörigförening.
Gunilla Pålsson Karlsson, ordförande Svenska Anorexi och Bulimiföreningen.
Maria Råstam, professor och överläkare, Lund.
Styrelsen Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri.

Sammanfattande rekommendationer

Utredning	<p>Inriktas i huvudsak mot tre huvudgrupper av symtom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicinskt tillstånd; bedöma svältpåverkan, effekter av hetsätning och effekter av kompensatoriska beteenden som kräkningar. 2. Ätbeteenden och psykologiska symtom som är relaterade till ätstörningen (specifik psykopatologi). 3. Övriga psykiatriska symtom som inte är specifika för ätstörning men som ofta förekommer samtidigt hos patienter med ätstörning (generell psykopatologi).
Bemötande	<p>Patienten har ofta en ambivalens och rädsla för förändring som kräver ett ständigt pågående motivationsarbete. En förtroendefull relation, som bygger på kompetens och förståelse från behandlarna är själva grunden för ett förändringsarbete.</p>
Behandling av anorexia nervosa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engagera patienten och om möjligt familj och anhöriga i en behandlingsallians. För den unga patienten ska familjens aktiva medverkan säkerställas. 2. Medicinsk stabilisering och motverka de kognitiva effekterna av svält genom att häva svälten. 3. Strukturerad psykologisk behandling. Farmakologisk behandling har inte effekt på själva anorexisjukdomen. Värdet av farmakologisk behandling är begränsad när patienten är i svält.
Heldygnsvård vid anorexia nervosa	<p>Behandling i heldygnsvård kan bli nödvändigt vid grav undernäring. Patienter med anorexia nervosa bör helst behandlas på en vårdenhets som kan erbjuda kvalificerad renutringning med noggrann medicinsk övervakning (särskilt under renutringningens första dagar) i kombination med psykosociala interventioner.</p>
Behandling av vuxna med anorexia nervosa	<p>Det viktigaste första steget i behandlingen är att bryta svälten och börja äta normalt. Specialiserad stödjande klinisk behandling (Specialist Supportive Clinical Management) är i dag den bäst utvärderade standardiserade stödjande behandlingen. Medicinsk stabilisering inom öppenvård kan ofta vara tillräckligt. Följ patienten med regelbundna somatiska kontroller. Psykoanalytisk behandling när patienten är i en uttalad grav svält har oftast begränsat värde och bör initieras när den akuta svältsituationen är under kontroll.</p>
Behandling av barn och ungdomar med anorexia nervosa.	<p>Barn och ungdomar med anorexia nervosa bör komma i behandling så snabbt som möjligt. Tidigt insatt behandling är prognostiskt gynnsamt. Medicinsk stabilisering har högre angelägenhetsgrad ju yngre patienten är. Familjeterapi är utgångspunkten i öppenvårdsbehandling. Det är viktigt att föräldrarna har ett aktivt ansvar i att hjälpa sitt barn att våga äta.</p>
Behandling av svår och långvarig anorexia nervosa	<p>Lågintensiv behandling med fokus på bättre livskvalitet och förbättrad adaptiv funktion. Restaurering av vikten är inte ett primärt fokus även om en förbättrad nutrition är av stor betydelse.</p>

<p>Behandling av bulimia nervosa</p>	<p>Ett evidensbaserat självhjälpssystem med behandlarstöd kan vara första insatsen. Kognitiv beteendeterapi (KBT) bör erbjudas som förstahandsbehandling, i andra hand interpersonell psykoterapi (IPT). Ungdomar ska i första hand erbjudas familjebehandling, KBT anpassad till deras ålder med föräldraengagemang kan vara ett alternativ. Farmakologisk behandling med Fluoxetin 60 mg kan komplettera ovanstående behandlingsinsatser.</p>
<p>Behandling av hetsättningsstörning</p>	<p>Som vid bulimia nervosa kan ett evidensbaserat självhjälpssystem med behandlarstöd vara första insatsen. KBT är förstahandsbehandling. Medicinering kan vara ett tillägg till behandling för patienter med psykiatrisk samsjuklighet, Fluoxetin i dosen 60 mg dagligen.</p>
<p>Psykiatrisk samsjuklighet</p>	<p>Samsjukligheten vid ätstörningar är hög, främst avseende depression och ångesttillstånd. Dessa tillstånd kan hänga ihop med ätstörningen, men ofta är det egna tillstånd som behöver specifik behandling. Ätstörningssymtom och symtom på näraliggande tillstånd kan vara likartade och är ofta svåra att separera ut. Samsjuklighet som depression och tvångssyndrom kan behandlas med farmaka när inte svälten dominerar.</p>
<p>Kvalitetsindikatorer och kvalitetsmått</p>	<p>Att det finns ett skriftligt vårdprogram. Andel nya patienter som har en skriftlig vårdplan registrerad i journal inom 3 (eller annan rimlig tidsperiod) månader från första besök. Andel patienter med ett första besök inom vårdgarantitiden (justerad för självvald väntan). Andel patienter (från 16 år) (diagnos bulimia nervosa eller hetsättningsstörning, för båda diagnoserna gäller såväl utan som med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet) som erhållit a) kognitiv beteendeterapi (KBT), b) interpersonell psykoterapi (IPT) och c) antidepressiv medicinering vid behandlingsavslut. Andel minderåriga patienter som erhållit familjebaserad behandling (FBT) vid behandlingsavslut. Andel patienter som vid behandlingsavslut är a) i full remission, b) diagnosfria, c) i remission och d) oförändrade eller försämrade. Andel patienter som uppnått kliniskt signifikant förbättring i självskattade ätstörningsvariabler vid behandlingsavslut. Andel patienter som blivit av med en initial signifikant undervikt (köns- och åldersjusterade gränser) vid behandlingsavslut. Andel patienter som anger nöjdhet/delaktighet över riksgenomsnittet vid behandlingsavslut. Täckningsgrad för nyregistreringar i Riksät, det vill säga andel nyregistrerade patienter innevarande år av det totala antalet nya patienter på enheten föregående år. Täckningsgrad för uppföljning/avslut i Riksät, det vill säga andel nyregistrerade patienter föregående år som har en uppföljnings-/avslutsregistrering i kvalitetsregister innevarande år.</p>

Förord

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan 1993 publicerat en mängd kliniska riktlinjer. Ursprunget till dessa var ett ökat fokus på kvalitetsfrågor samt en strävan mot en jämlik vård i hela landet.

Syftet med riktlinjerna är att förbättra vården för patienter som kommer i kontakt med vården. De primära målgrupperna är kliniskt verksamma yrkesutövare inom psykiatrin, men även kliniker inom andra vårdgrenar. Såväl klinikledning och utvecklingsansvariga som närstående och patienterna själva kan ha nytta av att läsa dessa riktlinjer.

Processen från ax till limpa är lång och omfattande. På uppdrag av föreningens styrelse utses en arbetsgrupp, som under mer än ett år arbetar ideellt med att utforma riktlinjerna. Strävan är att dessa ska baseras på solid vetenskaplig grund i kombination med klinisk praxis för att därmed skapa ett användbart verktyg för sjukvårdens behov. Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer kompletterar således SBU-rapporterna, vilka belyser det vetenskapliga underlaget för olika behandlingsmetoder.

Ätstörningar är vanligt förekommande tillstånd, framför allt bland yngre vuxna. Inte sällan leder dessa tillstånd till ett stort lidande hos de drabbade och deras närstående. Ätstörningar kan också medföra allvarliga somatiska och psykiatriska komplikationer, som suicidalitet. På flera håll i landet finns i dag specialiserade enheter som kan möta patienternas vårdbehov på ett bättre sätt.

År 2005 publicerades de första riktlinjerna för utredning och behandling av ätstörningar. Efter ett decennium var det dags att revidera dessa. Förevarande riktlinjer är ett resultat av samarbete mellan vuxen- och barn- och ungdomspsykiatrin, vilket är naturligt då patientgruppen ligger tätt samlad kring 18-årsstreck. Riktlinjerna riktar sig således lika mycket till barnpsykiatrin som vuxenpsykiatrin.

Det är med både glädje och stolthet som Svenska Psykiatriska Föreningen nu publicerar nya och uppdaterade riktlinjer för utredning och behandling av ätstörningar. Jag vill passa på att tacka samtliga deltagande medförfattare för ett enastående arbete!

Hans-Peter Mofors

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Förord

Dessa kliniska riktlinjer för utredning och behandling av ätstörningar är en uppdatering och omarbetning av de riktlinjer som publicerades 2005. Under de tio år som gått har det inte skett några större förändringar, vilket medför att grunderna för det som stod i de förra riktlinjerna är väsentligen oförändrade. Det som skett under dessa tio år är att vi fått ett ökat stöd för några av de rekommenderade behandlingsinsatserna, som familjeterapi för den yngre patienten med anorexia nervosa och KBT till vuxna med bulimia nervosa, men även för IPT. Forskningen har fortfarande svårt att kunna peka ut specifika metoder för behandling av anorexia nervosa, som är den svåraste sjukdomen inom gruppen ätstörningar. Det finns som nämnts ett stöd för familjeterapi för den yngre patienten och den metod som hittills fått bäst vetenskapligt stöd för behandling av vuxna är specialiserad stödjande klinisk behandling (Specialist Supportive Clinical Management, SSCM), även om det stödet är svagt. Vi har fortsatt inget stöd för att farmaka är verksamt vid anorexia nervosa, men det finns ett svagt stöd för att olanzapin kan dämpa ångest och anorektiska tankar för vissa svårt sjuka patienter.

Det har tillkommit nya diagnoser sedan de förra riktlinjerna och kriterierna för övriga ätstörningar har ändrats en del. Dessa ändringar beskrivs utifrån DSM-5.

Syftet med dessa riktlinjer är att:

- Medverka till att större andel personer med ätstörning än för närvarande erbjuds adekvat evidensbaserad behandling.
- Medverka till att patienter med ätstörning får ett professionellt bemötande och behandlas med den respekt som deras svåra lidande motiverar.

Ulf Wallin

HUVUDFÖRFATTARE

1. Historik

Genom historien har människans liv präglats av den dagliga kampen för mat. Med djup beundran har man betraktat dem som verkade klara sig utan att äta. Vi har beskrivningar från medeltiden av kvinnor som betraktades som goda och heliga, då de avstod sin mat åt andra – kvinnor som i dag skulle betraktas som drabbade av anorexia nervosa.

Katarina av Siena, i 1300-talets Italien, är en av de mesta kända av dessa kvinnor. Hon sa att hon stod i förbund med Gud och därför inte behövde äta. Detta var något som vid den här tiden väckte avund.

Så kallade svältkonstnärer visade upp sig på marknaderna på 1800-talet och beundrades för att de klarade sig utan mat. Självförvårdad svält har i mänsklighetens historia även spelat en betydelsefull roll när man vill utöva kontroll, rena sig eller imponera på omvärlden.

Problemen med mat ser annorlunda ut i dagens moderna västerländska samhälle, där vi har en god tillgång till mat och inte på samma sätt behöver oroa oss för brist på mat. I dag imponeras vi av dem som kan avstå från den goda maten och kan utöva sådan kontroll över sig själva att de blir magra.

Ätstörningarnas historia är både rätt kort och samtidigt lika lång som mänsklighetens historia; anorexia nervosa verkar vara en sjukdom som alltid funnits. Begreppet ätstörningar fick sitt genomslag när Hilde Bruch använde det i titeln på sin bok *Eating Disorders* från 1973. Redan i en bok om lungsjukdomar beskrev Richard Morton i slutet av 1600-talet ett tillstånd som han kallade ”nervous consumption” som brukar anses vara den första medicinska beskrivningen av vad vi i dag kallar anorexia nervosa. ”Consumption” kan

närmast översättas med "lungсот" och fram till 1868 var anorexia nervosa ett tillstånd som uppfattades som associerat med lungsjukdomar. 1868 beskrev William Gull något han kallade "apepsia hysterica", som av honom uppfattades som en psykogen dålig matsmältning, men 1873 ändrade han namnet till anorexia nervosa. Han var samtida med Charles Lasague i Paris, som valde namnet anorexia hysterica. Gull föredrog termen nervosa, eftersom sjukdomen även drabbade män.

Bulimia nervosa beskrevs först 1979 (Russell, 1979) och då som en illavarslande variant av anorexia nervosa, men den anses nu vara en egen sjukdom. Bulimia nervosa har inte samma långa historia som anorexia nervosa, det är en 1900-talssjukdom. Det finns inga säkra beskrivningar i den medicinska litteraturen före 1900-talet på något som skulle kunna vara bulimia nervosa.

Vad som har ingått i begreppet ätstörningar har varierat genom åren. Hilde Bruch beskrev i sin bok två tillstånd: anorexia nervosa och obesitas. I DSM-III, som kom 1980, kallades det födointagsstörningar och där ingick fyra diagnoser: anorexia nervosa, bulimia nervosa, pica och idisslande. I DSM-III-R från 1987 ändrades födointagsstörningar till ätandestörningar, för att först 1994, i DSM-IV, få heta ätstörningar. I DSM-IV ingick egentligen endast två diagnoser, anorexia nervosa och bulimia nervosa och därutöver fanns en grupp ätstörningar "utan närmare specifikation" (UNS). I DSM-5 heter det "ätstörningar och födorelaterade syndrom". Pica och idisslande är nu tillbaka i denna grupp. Dessutom har det tillkommit några nya diagnoser. Dessa beskrivs i kapitel 3.

Den specialiserade ätstörningsvården har en kort historia. Anorexia nervosa var en ovanlig sjukdom i sjukvården fram till 1980-talet och kunskapen om sjukdomen var begränsad. Först i slutet av 1970-talet började specialiserade verksamheter med fokus på behandling av anorexia nervosa uppstå, först inom vuxenpsykiatri i Lund och Uppsala och sedan i början av 1980-talet inom barnpsykiatri i Lund och Danderyd, Stockholm.

Utbyggnad av ätstörningsenheter tog fart efter konsensuskonferensen 1993 och under de senaste tjugo åren har det skett en etablering av ätstörningsenheter över hela landet. 1993 bildades även Svenska AnorexiBulimi Sällskapet (SABS) som haft – och fortfarande har – en stor betydelse för kunskapsutvecklingen.

I dag finns det specialiserade ätstörningsenheter i alla län. I 13 län finns det åldersövergripande verksamheter som vänder sig till hela länet. I övriga län finns specialiserade verksamheter inom vuxenpsykiatri eller barnpsykiatri eller inom båda.

Vid de specialiserade ätstörningsenheterna ökar antalet patienter med svåra symtom och samsjuklighet. Detta gör att det trots utbyggnaden av ätstörningsenheter efter 1993 finns en underdimensionering av vården.

2. Förekomst och vårdbehov

Ätstörningar är ett betydande folkhälsoproblem som drabbar unga människor, speciellt unga kvinnor på tröskeln till vuxenlivet. Det är tillstånd som, framför allt vid anorexia nervosa, medför en stor risk för allvarliga medicinska konsekvenser och ett långdraget – ibland kroniskt – förlopp av sjukdomen. Vid anorexia nervosa finns även en förhöjd dödlighet, den högsta bland psykiatriska störningar med en standardiserad dödlighet för åldern (SMR) i Sverige på 6,2 (Papadopoulos m.fl., 2009).

Prevalens

Sannolikt är det så att det finns ett stort mörkertal och att incidens och prevalens av ätstörningar troligen är högre än tidigare uppskattat, kanske till och med dubbelt så höga som i tidigare studier (Iso-maa m.fl., 2009; Keski-Rahkonen m.fl., 2007; Gauvin m.fl., 2009). Främst gäller det atypiska former av ätstörning, såsom hetsättningsstörning och andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom (Keski-Rahkonen m.fl., 2008).

Uppskattningsvis 10 procent av kvinnor i övre tonåren och yngre vuxenålder har ätstörningssymtom, som inte uppfyller alla diagnostiska kriterier för de allvarliga tillstånden anorexia nervosa eller bulimia nervosa, men ger lidande och funktionsnedsättning för vilken de kan behöva behandling både för att må bättre och för att förhindra utvecklingen av allvarligare störningar.

Förekomsten utifrån internationella studier är att 0,5–1 procent av kvinnor i övre tonåren och yngre vuxenåldern har anorexia nervosa.

1–2 procent av kvinnor i övre tonåren och yngre vuxenåldern har bulimia nervosa.

Ungefär 2 procent av befolkningen har hetsättningsstörning (Smink m.fl., 2012).

Förekomsten av andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom är inte så väl studerad. I en studie fann man förekomsten för ospecifik ätstörning enligt DSM-IV till 2,4 procent (Machado m.fl., 2007).

Incidens

Kunskapen om och uppmärksamheten på ätstörningar har ökat påtagligt de senaste 30–40 åren. Det finns redovisade ökningarna i incidens under denna period, där det är svårt att säkert veta om de beror på en ökning i befolkningen eller om de beror på andra faktorer. Undersökningsmetoderna har ändrats mellan de olika studierna och fler söker i dag sjukvård, vilket medfört att förekomsten inom sjukvården har ökat. Någorlunda säkert är att incidensen av anorexia nervosa är 4,7–7,7 nya fall varje år bland 100 000 invånare. När det gäller riskgruppen kvinnor 15–19 år är incidensen betydligt högre, 109–270/100 000 invånare och år. Incidensen hos män ligger på en tiondel av den för kvinnor (Smink m.fl., 2012). Sannolikt har incidensen ökat i Sverige efter 1944, enligt en studie av svenska tvillingregistret (Bulik m.fl., 2006).

I Västeuropa och Nordamerika verkar förekomsten av anorexia nervosa ha varit relativt stabil under det senaste decenniet, medan det finns indikationer på att bulimia nervosa minskar (Crowther m.fl., 2008; Pike m.fl., 2014).

Incidensen för bulimia nervosa är högre än för anorexia nervosa. Uppskattningsvis är incidensen för kvinnor i den ålder då de flesta insjuknar, 16–20 år, 200 nya fall varje år per 100 000 invånare. Studier från både USA och Europa talar för en minskning i incidensen i hela befolkningen under 1990-talet för bulimia nervosa, från 8,6–12,2 till 6,1–6,6 nya fall varje år per 100 000 invånare (Keel m.fl., 2006; Smink m.fl., 2012).

Det finns ingen incidensstudie på hetsättningsstörning, däremot en incidensstudie av beteendet hetsätning hos tonåringar över 13 års ålder. För flickor fann man 1 010/100 000 invånare och för pojkar 660/100 000 invånare (Field m.fl., 2008).

Incidensen av andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom är inte heller så väl studerad. En spansk studie utgående från DSM-IV-kriterierna för ospecifik ätstörning fann en incidens på 6,5/100 000 invånare (Larranaga m.fl., 2012).

Ätstörningar förefaller öka i asiatiska och arabiska länder i takt med ökande industrialisering, urbanisering och globalisering. Ätstörningar ökar även bland etniska minoriteter i Nordamerika (Pike m.fl., 2014).

Livstidsrisk

I Sverige är risken för kvinnor att någon gång i livet drabbas av anorexia nervosa 1,2 procent och för män 0,29 procent enligt en studie utgående från det svenska tvillingregistret (Bulik m.fl., 2006).

I internationella studier hamnar livstidsrisken för bulimia nervosa på 1,7–2,3 procent hos kvinnor och 0,1–0,5 procent hos män (Smink m.fl., 2012).

Livstidsrisken för hetsättningsstörning, enligt studier gjorda i USA och Europa, är 1,9–3,5 procent för kvinnor och 1,1–3,1 procent för män.

Förlopp

Ätstörningar är tillstånd med utdragna och symtomatiskt varierande förlopp. Återfall hos förbättrade patienter, liksom övergångar mellan olika ätstörningsdiagnoser, är vanligt. Att beskriva generellt utfall för ätstörningar är därför svårt. Förloppet för anorexia nervosa är bäst känt, då det är ett tillstånd som varit känt under längst tid. Även kunskap om det längre förloppet vid bulimia nervosa har börjat komma.

Det finns olika sätt att beskriva remission vid ätstörningar. Ofta kanske man nöjer sig med att konstatera att det inte längre föreligger någon diagnos eller några symtom på ätstörning. Men för att tala om att en patient är frisk räcker inte det. Patienten kan ha problem med ett annat psykiatriskt tillstånd, vanligen depression eller ångesttillstånd. Det är inte ovanligt att patienter kan ha fortsatt uttalade sociala begränsningar, som är en konsekvens av ätstörningen de har haft. I de studier som redovisas nedan har man bedömt tillfrisknandet utifrån dessa aspekter.

Målsättningen för behandlingen kan variera utifrån ålder och

sjukdomsduration, då de förväntningar man har på effekten av behandling är olika. Detta är mest uttalat vid anorexia nervosa och i kapitel 5 redovisar vi behandlingen utifrån tre olika typer av patienter: 1) barn och ungdomar, 2) vuxna och 3) svår, långvarig anorexia nervosa.

Anorexia nervosa. De flesta som insjuknar i anorexia nervosa blir helt friska i betydelsen total remission och får ett väsentligen normalt liv, men många har svåra och långdragna komplikationer. Cirka 10 procent har ett kroniskt förlopp. En svensk populationsbaserad studie har under 18 år följt upp dem som varit sjuka i anorexia nervosa från det att de var 16 år gamla. Man fann man att 12 procent hade en ätstörning, 39 procent hade en annan psykiatrisk störning och 25 procent kunde inte arbeta på grund av psykiatriska problem (Wentz m.fl., 2009). I genomsnitt var man sjuk i anorexia nervosa i 3,4 år och i någon form av ätstörning i 7,5 år. En uppföljningsstudie av patienter med anorexia nervosa som behandlats inom BUP visade efter 16 års uppföljning att 15 procent fortfarande hade en ätstörning (Nilsson och Häggelöf, 2005).

Uppföljningsstudier av patienter som är vuxna visar på en sämre prognos. En översikt visar att efter 6 år har 52 procent inte kvar sin diagnos. Dödligheten vid uppföljning efter i genomsnitt 14,2 år visar på standardiserad dödlighet för åldern på 5,9 (Arcelus m.fl., 2011). I en stor genomgång av 119 studier med huvudsakligen sjukhusvårdade vuxna patienter fann man att i genomsnitt mindre än hälften tillfrisknat medan en tredjedel förbättrats och 20 procent förblev kroniskt sjuka (Steinhausen, 2002). Dessa studier, från företrädesvis Europa och Nordamerika, speglar förhållanden som är likartade dem i Sverige, så de bör någorlunda överensstämma med vad vi kan förvänta oss här.

Bulimia nervosa. I en genomgång av 79 studier fann man att 45 procent av patienterna var återställda från sin sjukdom medan 27 procent hade förbättrats och 23 procent hade ett långdraget eller kroniskt förlopp. Tillfrisknandet var som mest uttalat efter 4–9 år, efter tio år avtog andelen som tillfrisknar. Mellan 10 och 32 procent av patienterna hade en annan ätstörningsdiagnos, oftast andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom, följt av anorexia nervosa (Steinhausen och Weber, 2009).

Hetsättningsstörning. Hetsättningsstörning är en ny diagnos, vilket

gör att kunskapen om långtidsförloppet är begränsat. Många med diagnosen har övervikt och behandlingen av hetsättningsstörningen kan ofta ha svårt att påverka vikten. I studier med en uppföljningstid på minst 3 år och där alla behandlats med psykoterapi varierar frekvensen mellan 19 och 65 procent för dem som är i remission (Smink m.fl., 2012).

Könsskillnader

Ätstörning är vanligare hos kvinnor än män – förhållandet är cirka 10:1 i vuxen ålder för både anorexia nervosa och bulimia nervosa i befolkningen. Mindre extrema snedfördelningar finns bland barn/ungdomar och för andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom samt hetsättningsstörning (Muisse m.fl., 2003; Reijonen m.fl., 2003). Det är färre pojkar/män som söker hjälp för sin ätstörning, endast cirka 5 procent av patienterna vid specialistklinik är pojkar/män. Mycket är okänt om pojkar/män och ätstörning, men kärnsymtomen förefaller vara relativt lika oberoende av kön och prognosen likaså, även om vissa studier antyder ett något allvarligare förlopp hos tonårsflickor än hos pojkar (Strober m.fl., 2006). Vi vet inte varför det är en så stor könsskillnad, det finns en del olika hypoteser. Vissa personlighetsdrag är vanligare hos flickor än hos pojkar, till exempel emotionell känslighet, ängslighet och tillbakadragenhet som eventuellt skulle kunna predisponera för ätstörning. Biologiska modeller tar exempelvis upp skillnader i serotonergfunktion i hjärnan, hormonell påverkan och effekter av kronisk bantning (Strober m.fl., 2006). Tydligast och mest diskuterat är dock det större kulturella trycket på flickor/kvinnor att internalisera ett smalhetsideal, vilket leder till missnöje med kroppen, minskad självkänsla och bantning under adolescensen och därmed ökad risk för ätstörning (Presnell m.fl., 2004).

När det gäller de nya diagnoserna, hetsättningsstörning och nattligt åtande, finns inte dessa uttalade könsskillnader (se kapitel 3).

Män som är homosexuella eller bisexuella drabbas i högre omfattning av ätstörning än heterosexuella män. Denna skillnad finns inte bland kvinnor (Feldman och Meyer, 2007). Män med könsidentitetsstörning och transsexuella löper också ökad risk för ätstörning. En studie visar att störd kroppsuppfattning bland transsexuella män påverkas av könsorientering, vilket i sin tur påverkar ätstör-

ningens psykopatologi (Murray m.fl., 2013). En annan studie visar att strävan efter att vara smal kan vara ett försök att undertrycka det egna biologiska könet, accentuera det önskade könet och därmed inte primärt vara ett uttryck för ätstörning (Algars m.fl., 2012).

Etnicitet och kulturella skillnader

Tvärtemot vad man tidigare trott antyder nyare forskning att det inte är i de högindustrialiserade västländerna som förekomsten av ätstörningar och stort ätbeteende är högst. I stället verkar det som om även den ostasiatiska kulturen (i till exempel Korea, Japan och Thailand) utgör grogrund för ätstörningsproblem (Keel och Graver, 2008). Det finns indikationer på att förekomsten av ätstörningar ökar även i andra delar av världen, till exempel i södra Asien, Mellanöstern, Afrika och Sydamerika (Nasser, 2009). Troligen finns det anledning att ifrågasätta föreställningen om ätstörningar som kulturspecifika tillstånd, vilka uppträder framför allt i västvärlden.

En tidig hypotes var att den ökade förekomsten av ätstörningar utanför västvärlden skulle bero på en ökad identifikation med västvärldens kulturella normer. Troligen är dock denna idé alltför förenklad. I stället kan den ökade förekomsten ha sin grund i den snabba internationaliseringen och kulturella förändringen i många delar av världen. Denna karakteriseras av bland annat ökad konsumism, förändrade könsroller, ökande individuellt utanförskap och att kollektivistiska mönster ersätts av individualistiska. Dessa förändringar påverkar livet i allmänhet och därmed också matvanor i vid bemärkelse, som till exempel framväxt av snabbmatskedjor, vilket sannolikt leder till ökad förekomst av övervikt, följd av stigande viktmedvetenhet med ökat genomslag av västerländskt skönhetsideal (Nasser, 2009). Etniska minoriteter och invandrare kan utgöra särskilda riskgrupper för utveckling av ätstörning.

Vårdbehov

Behandling av ätstörningar erbjuder utmaningar för personal inom vården, vilka skiljer sig från de utmaningar patienter med andra diagnoser erbjuder. Dels är ätstörningar ofta förknippade med en allvarlig somatisk sjuklighet, dels, framför allt när det gäller anorexia nervosa, är det patienter som värjer sig för framgångsrik behandling och helst vill vara i fred. Det kan vara provocerande och många be-

handlare kan uppleva patienterna som egensinniga och bortskämda – det är väl bara att äta. Detta är faktorer som har bidragit till behovet av specialiserade ätstörningsenheter. Det har skett en utbyggnad av ätstörningsenheter med specifik kompetens vad gäller sjukdomarnas natur och vad som är framgångsrik behandling, men även i hur man bemöter patienter. Varje sjukvårdsregion har en övergripande ätstörningsenhet och de flesta län har egna enheter.

Denna utveckling har medfört att fler patienter än tidigare kommer i behandling. Många patienter med ätstörning har även andra psykiatriska symtom, vilket ställer krav på dem som arbetar med ätstörningar att ha en bred kompetens.

Vid anorexia nervosa kan det ofta bli aktuellt med sjukhusinläggning på grund av ett medicinskt allvarligt tillstånd. Antalet inläggningar i heldygnsvård och vårdtidens längd har generellt minskat sedan 1980-talet för alla diagnoser inom psykiatrin. Detta verkar dock inte vara fallet för anorexia nervosa. Incidensen av inläggningar (4,9/100 000 kvinnor) och längden av första inläggningsepisoden har i Sverige inte förändrats för anorexia nervosa under perioden 1987–2003 (Papadopoulos m.fl., 2009). Detta understryker att framför allt det medicinskt allvarliga tillstånd som kan uppstå vid anorexia nervosa kräver ett intensivt omhändertagande, vilket måste hanteras inom heldygnsvård (se faktaruta 5:1).

3. Diagnoser och sjukdomsbild

Diagnoser

DSM-5 (APA, 2013/se bilaga 2) är den diagnosmanual som dessa riktlinjer utgår från. DSM-5 innehåller en del förändringar jämfört med DSM-IV, som är den manual som de tidigare riktlinjerna byggde på. Nedan presenteras de diagnoser som ingår i gruppen ”ätstörningar och födorelaterade syndrom”. Det finns även några nya diagnoser (undvikande/restriktiv ätstörning, nattligt ätande, självrensning) och några diagnoser som i tidigare DSM-versioner har kategoriserats som ätstörningar och som nu åter är i denna grupp (pica, idisslande). Dessutom har det skett en del ändringar inom de tidigare diagnoserna, som beskrivs under respektive diagnos. DSM-5-kriterierna finns i bilaga 2.

När dessa riktlinjer skrivs pågår ett arbete för att revidera ICD-10, den andra internationella sjukdomsklassifikationen som även innefattar somatiska diagnoser. Dessa olika diagnossystem har alltmer kommit att efterlikna varandra. Så är till exempel ett av förslagen till ICD-11 att också införa diagnoserna hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning (Al-Adawi och Bryant-Waugh, 2013). Dessa båda diagnoser innehåller inte något kriterium om kroppsuppfattningsstörning som hittills har varit ett centralt kriterium på vad som definierar en ätstörning.

Jämfört med DSM-IV ger DSM-5 en bättre möjlighet att identifiera ätstörningar hos män som en särskild diagnos, då man strävat efter mer könsneutrala formuleringar.

Förändringar i DSM-5 avseende anorexia nervosa och bulimia nervosa

Anorexia nervosa

Det finns två centrala förändringar i kriterierna för anorexia nervosa i DSM-5, det är dels att kravet på att patienten ska ha amenorré har försvunnit, dels att i det första kriteriet, som tidigare innehöll som ett vägledande exempel att patienten skulle ha minst 15 procent undervikt i förhållande till ålder, längd och kön, har formuleringen ändrats till ”signifikant viktnedgång”. Vad det innebär kliniskt blir ingen större skillnad mot tidigare, det rör sig om patienter med en uttalad vikt-nedgång. Kriterierna är därmed inte lika strikta som tidigare, men det förändrar inte grunderna för bedömning och behandling.

En annan förändring är att man tagit bort den uttryckta viljemässiga strävan avseende att gå ner i vikt. Formuleringen i DSM-IV: ”vägran att hålla kroppsvikten”, har nu ändrats till att man konstaterar ett ”otillräckligt energiintag i förhållande till behoven”. Vid bedömning handlar det om att se till beteendet och effekterna av det och inte till hur patienten kognitivt motiverar det. Detta avspeglar sig även i det andra kriteriet där det finns ett tillägg till formuleringen om att patienten ska ha en intensiv rädsla för att gå upp i vikt, ”eller ihållande beteende som motverkar viktökning, trots att personen är klart underviktig”.

Vid bedömning och diagnostisering av anorexia nervosa har man tidigare utgått från om kriterierna är uppfyllda eller inte; när man förbättras i sin sjukdom och inte längre uppfyller alla kriterierna så har man inte längre anorexia nervosa utan ätstörning UNS. Enligt DSM-5 är det numera så att har man väl fått diagnosen anorexia nervosa så har man fortsatt den diagnosen. När inte längre alla kriterierna är uppfyllda har man anorexia nervosa antingen i partiell eller i fullständig remission.

Bulimia nervosa

De viktigaste förändringar som skett i DSM-5 avseende bulimia nervosa är att frekvensen av hetsätningar och kompensatoriska beteenden har ändrats till en gång i veckan från tidigare två gånger i veckan. Kriterierna är därmed mer inkluderande än i DSM-IV. Precis som för anorexia nervosa har man infört begreppen partiell eller fullständig remission.

Nya diagnoser i DSM-5

I DSM-IV fanns en grupp som hette ”ospecifik ätstörning”, som innehöll sex specificerade exempel. Där ingick de som inte helt uppfyllde diagnoserna anorexia nervosa eller bulimia nervosa samt hetsätningsstörning. Dessa har ersatts av diagnoserna ”hetsätningsstörning”, ”andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom” och ”ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom”.

Hetsätningsstörning

Denna diagnos har funnits med som en preliminär grupp inom ”ospecifik ätstörning”, nu är det en egen diagnos.

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

Denna grupp av ätstörningar innehåller tre diagnoser som är tillstånd för vilka behandling är aktuell, men som inte uppfyller alla kriterierna för någon av diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa eller hetsätningsstörning. Dessutom innehåller denna grupp även två diagnoser som är nya: ”självrensning” och ”nattligt ätande”.

De tre diagnoser som är atypiska eller med låg frekvens och/eller varaktighet (de som inte uppfyller kriterier) är:

1. *Atypisk anorexia nervosa*. Patienten har en signifikant vikt-förlust, men kroppsvikten ligger inom eller över normalintervallet. Förutsättningen för att denna kategori kan användas är att alla de andra kriterierna för anorexia nervosa är uppfyllda.
2. *Bulimia nervosa (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet)*. Förutsättningen för att denna kategori kan användas är att alla de andra kriterierna för bulimia nervosa är uppfyllda, utöver att hetsätningar med kompensatoriska beteenden förekommer mindre än en gång per vecka och/eller att tillståndet varat i mindre än tre månader.
3. *Hetsätningsstörning (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet)*. Alla andra kriterier för hetsätningsstörning är uppfyllda, utöver att hetsätningarna förekommer mindre än en gång per vecka och/eller att tillståndet varat i mindre än tre månader.
4. *Självrensning* är ett tillstånd som kännetecknas av upprepan- de självrensande beteende, utan hetsätningar, för att påverka kroppens vikt och form. Ett självrensande beteende som består av

till exempel kräkningar, missbruk av laxermedel, vattendrivande läkemedel eller andra mediciner.

Denna störning har inte varit beskriven så länge (Keel, m.fl., 2005) utan har betraktats som en variant av bulimia nervosa. Störningen har likheter med bulimia nervosa, men kanske större likheter med anorexia nervosa av självrensande typ. För att kunna ställa diagnosen bör patienten inte ha en låg vikt som vid anorexia nervosa.

Nattligt ätande är ett beteende som beskrevs första gången 1955 (Stunkard m.fl., 1955) och då uppfattades som en maladaptiv reaktion hos överviktiga personer som försökte gå ner i vikt. Det har länge diskuterats om detta är att betrakta som en ätstörning och nu har den inkluderats. Fortfarande saknas kunskap kring utredning och behandling.

Det centrala symtomet är det nattliga ätande, där en substantiell del av det dagliga näringsintaget konsumeras på natten. Nattligt ätande är associerat med uttalad ångest och/eller påverkan på det dagliga fungerandet.

Förekomsten är inte helt klarlagd. I en studie gjord bland universitetsstudenter i USA fann man att 4,2 procent uppfyllde diagnosen och när man tog bort dem som även uppfyllde diagnosen hetsättningsstörning återstod 2,9 procent. Nästan 60 procent av dessa var kvinnor (Runfola m.fl., 2014).

Undvikande/restriktiv ätstörning

Detta är en ny diagnos som till en del utgår från den tidigare diagnosen ”uppfödningssvårigheter hos spädbarn eller småbarn”, en diagnos som skulle debuterat före 6 års ålder. Undvikande/restriktiv ätstörning är en diagnos som gäller för alla åldrar, då de symtom som beskrivs i diagnosen ofta kan kvarstå upp i tonår och vuxenliv. De problem kring mat och ätande som innefattas i denna diagnos gäller både dem som generellt äter för lite, men inte har en anorektisk föreställningsvärld, och dem som äter selektivt och undviker viss sorts mat. Det selektiva/undvikande ätandet ska då inte handla om att undvika mat som man upplever att man blir tjock av, som fet mat och liknande, utan patienten har andra upplevelser och förklaringar än de som föreligger vid anorexia nervosa.

Pica

Pica innebär att patienten vid upprepade tillfällen äter det som egentligen anses om oätligt och inte innehåller någon näring. Det förekommer vanligen inte några svårigheter avseende vanlig mat. Pica är ett tillstånd som inte hänger ihop med de andra ätstörningarna, så det är en diagnos som kan ställas även när man har någon annan ätstörning. Beteendet beror inte på patientens utvecklingsnivå eller på kulturella mönster. Pica ses vanligast hos barn och gravida kvinnor. Pica kan vara en farlig form av självskadebeteende hos patienter med kognitiv funktionsnedsättning, främst beskrivet hos dem som bor på institution.

Förekomsten av pica i befolkningen är okänd. Beteendet förekommer hos 50 procent av normala barn i åldern 18 till 36 månader och försvinner vanligen med ökad ålder. Det förekommer hos både män och kvinnor.

Tillståndet kan upptäckas utifrån de konsekvenser det kan ge, som förstoppning, infektion och även förgiftning på grund av de ämnen man får i sig. Pica förekommer med andra psykiatriska tillstånd, vanligast vid autism och kognitiv funktionsnedsättning, men även tillsammans med schizofreni och OCD.

Tillstånd med liknande symtom, men som inte ska förväxlas med pica:

- Anorexia nervosa, där patienten kan äta ämne utan näring för att kontrollera aptiten och inte gå upp i vikt.
- Münchhausens-syndrom, där man vill framkalla sjukdomssymtom med hjälp av att stoppa i sig farliga ämnen.
- Självskadebeteende, där syftet är att uppnå skada på kroppen.

Idisslande

Upprepade uppstötningar av mat som antingen tuggas och sväljs igen eller spottas ut. Beteendet ska ha förekommit under minst en månad. Uppstötningarna förekommer utan att det förekommer illamående, kvaljningar eller annat obehag. Det är ett tillstånd som inte förekommer samtidigt med en annan ätstörning, exempelvis anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Tillståndet ska inte bero på en medicinsk åkomma som till exempel gastroesofageal reflux eller pylorus stenosis. Det är först på senare tid som idisslande har uppmärksamats som en störning som inte enbart drabbar små barn utan

som kan finnas även upp i vuxenlivet. Det anses som ett underdiagnostiserat tillstånd med en patofysiologi som inte är helt klarlagd.

Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom

Detta är en kategori där patienten har ett kliniskt signifikant lidande och/eller uttalad påverkan av det psykosociala fungerandet på grund av svårigheter som vid ätstörningar, men som inte uppfyller någon av ätstörningsdiagnoserna. Det är också en kategori som kan användas då man har otillräcklig information och ytterligare utredning behövs.

I faktaruta 3:1 redovisas skillnader och likheter i förhållande till centrala kliniska särdrag för diagnoser och viktiga specificerade ätstörningar (Hay m.fl., 2014). Om en patient uppfyller båda diagnoserna anorexia nervosa och bulimia nervosa är det diagnosen anorexia nervosa med hetsätning/självremsning som gäller.

Sjukdomsbild

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa börjar ofta med en önskan om att leva ett ”sundare” liv genom att utesluta godis, fett och annat som anses onyttigt. Detta leder efter hand till viktnedgång och fortsätter allt som oftast med en viljemässig bantning. Inte sällan startar dessa förändringar i samband med någon stressande händelse. Debutåldern varierar mellan tidig skolålder upp i tidigt vuxenliv, men ett insjuknande i 13–15 års ålder är vanligast. Tillståndet börjar ofta smygande med minskande portioner och försök att utesluta fett och kolhydrater i maten. Det är inte ovanligt att personen övergår till vegetarisk kost. Efter hand går all tid och energi åt till tankar på mat, vikt, kroppsutseende och hur man ska kunna kompensera för de måltider man ätit. Kropps- och viktfixering förvärras med sjunkande vikt. Till symtombilden hör ofta en tvångsmässig överdriven fysisk aktivitet.

Varje måltid är förknippad med stark ångest och skräck för att gå upp i vikt. Självkänslan blir direkt kopplad till hur man lyckas kontrollera sitt ätande och sin vikt. När den drabbade kan avstå från mat trots betydande hunger känner hon eller han sig nöjd med sig själv och självkänslan ökar. Ofta blir personen alltmer självupptagen, tvångsmässig och socialt isolerad. Hon eller han blir lätt-

3:1 KLINISKA SÄRDRAG FÖR DE OLIKA DIAGNOSTISKA KATEGORIerna I DSM-5

	Anorexia nervosa (AN)	Atypisk anorexia nervosa	Bulimia nervosa (BN)
Övervärdering av kroppens vikt/form	Krävs för diagnos.	Krävs för diagnos.	Krävs för diagnos.
Rädsla för att bli tjock och/eller beteende för att hindra viktökning	Krävs för diagnos.	Krävs för diagnos.	Kan förekomma.
Undervikt	Krävs för diagnos.	Förekommer inte.	Kan förekomma, men ej så uttalad som vid AN.
Otillräckligt närings- och energiintag	Krävs för diagnos.	Krävs för diagnos.	Kan förekomma.
Övervikt	Förekommer inte.	Kan förekomma.	Kan förekomma.
Regelbundna hetsätningar (varje vecka)	Kan förekomma.	Kan förekomma.	Krävs för diagnos.
Regelbundna kompensatoriska beteenden (varje vecka)	Kan förekomma.	Kan förekomma.	Krävs för diagnos.
Undergrupper	1) Med självsvält. 2) Med hetsätning/självrensning.	Inga.	Inga.
Remission	Partiell eller fullständig.	Ingen.	Partiell eller fullständig.
Svårighetsgrad	Grad av undervikt enligt BMI-skala.	Ingen.	Frekvens av kompensatoriska beteenden.

irriterad om något stör de tvångsmässiga rutinerna. Inte sällan blir måltiderna obehagliga och känsloladdade tillställningar med aggressiva utbrott och anklagelser om att det serveras fel mat eller att det blir för mycket tjat om maten. Personen kan också försöka undvika gemensamma måltider i familjen eller i skolan genom att säga sig redan ha ätit. Däremot uppehåller personen sig gärna i köket för att övervaka matlagningen. Sömnsvårigheter, ångest, koncentrationssvårigheter och depression är vanliga psykiska symtom. Den låga vikten leder också till somatiska symtom som trötthet, frusenhet, perifer cyanos, torr och sprucken hud. Menstruationen försvinner

Hetsättningsstörning	Undvikande/restriktiv ätstörning	Självrensning
Kan förekomma.	Förekommer inte.	Kan förekomma.
Kan förekomma, men ovanligt.	Ingen rädsla för att bli tjock, men begränsat matintag.	Kan förekomma.
Ej tillämbart.	Kan förekomma.	Kan förekomma.
Ej tillämbart.	Krävs för diagnos.	Kan förekomma.
Krävs ej, men är vanligt.	Ej tillämbart.	Kan förekomma.
Krävs för diagnos.	Ej tillämbart.	Förekommer inte.
Förekommer sällan.	Ej tillämbart.	Regelbunden självrensning krävs, inte kompensatorisk.
Inga.	Inga.	Inga.
Partiell eller fullständig.	I remission.	Ingen.
Frekvens av hetsätning.	Ingen.	Ingen.

ofta relativt tidigt i sjukdomsförloppet. En del förnekar sitt sjukdomstillstånd, de uppger att de mår bra trots ett synbart dåligt fysiskt tillstånd, vilket försvårar motivationen och fördröjer behandling. En allvarig omständighet som kräver särskild uppmärksamhet är när svälten kombineras med hetsätning/kräkning.

Långvarig anorexia nervosa innebär att patientens hela livssituation har kommit att präglas av sjukdomen – de vanligaste konsekvenserna av en långvarig sjukdom med ett plågsamt utanförskap och begränsade sociala relationer, svårigheter att fungera i arbete eller studier och oförmåga att etablera ett eget familjeliv.

Bulimia nervosa

Personer med bulimia nervosa har på samma sätt som personer med anorexia nervosa en patologisk fixering vid mat, vikt och kroppsutseende. Debuten kommer ofta något senare än vid anorexi, oftast under gymnasieåren. Rädslan för att gå upp i vikt styr också deras liv och självkänsla. Till skillnad från personer med anorexia nervosa, vilka oftast har total kontroll över matintaget, brister kontrollen med jämna mellanrum hos personer med bulimia nervosa. Personen vräker då i sig stora mängder mat på kort tid. Oftast är det sådan mat som man annars försöker undvika. Hetsätningen fungerar spänningsreducerande, men upplevs nästan alltid som ett misslyckande. Efter hetsätningen får därför många patienter en intensiv ångest, vilket gör att man omedelbart måste göra sig av med maten. Det vanligaste sättet är att provocera fram kräkning, men användning av laxermedel är också ett vanligt kompensatoriskt beteende. Ofta hör även intensiv och tvångsmässig fysisk aktivitet till symtombilden. Hetsätningsepisoden kan efterföljas av någon eller några dagar med normalt ätande eller restriktivt ätande. En del patienter hetsäter och kräks emellertid dagligen eller flera gånger dagligen tills de är helt utmattade.

Personen med bulimia nervosa upplever oftast ett stort misslyckande över att inte kunna ta kontroll över maten. Känslor av äckel, skam, ångest och maktlöshet är vanliga, vilket kan leda till hemlighetsmakeri och social isolering. Självbilden är negativ och det är vanligt med samtidig förekomst av depression. Självdestruktivitet och missbruk är vanligt. Hetsätningen kan också leda till ekonomiska svårigheter, eftersom matkostnaderna ökar kraftigt. Kroppsliga symtom vid bulimia nervosa blir sällan lika dramatiska och svårartade som vid anorexia nervosa, eftersom patienten i allmänhet har en normal vikt. Frekventa kräkningar och användning av laxermedel kan emellertid ge allvarliga effekter på hjärta, cirkulation och elektrolyter. Långvariga kräkningar kan också medföra omfattande frätskador på tänderna. Patienter med bulimia nervosa får ofta mag- och tarmproblem som kan finnas kvar länge.

Hetsätningsstörning

Hetsätningsstörning innebär att personen återkommande äter stora mängder mat på kort tid, på samma sätt som personen med bulimia

nervosa. Det förekommer dock inte något regelbundet kompensatoriskt beteende som kräkningar, användande av laxermedel eller motionerande i den omfattning som vid bulimia nervosa. Hetsätningen är en avgränsad episod då stora mängder mat intas, ofta i storleksordningen två timmar. Under en hetsätningsepisod ska så mycket mat intas att det är mer än brukligt. Dock är en hetsätningsepisod hos en person med hetsätningsstörning ofta av mindre omfattning än hos en person med bulimia nervosa. Hetsätningsepisoden skiljer sig från överätning genom att det finns en känsla av kontrollförlust utöver konsumtionen av maten. Liksom vid andra ätstörningar är patientens tankar fulla av mat, vikt och figurbekymmer. Dessa personer mår också ofta psykiskt dåligt, med känslor av misslyckande, äckel, skam och nedstämdhet.

Ofta äter patienten fort utan att känna efter vad han eller hon äter. Vanligast är att hetsätningen består av mat som är kolhydrat- och fettrik. Det betyder att dessa personer med tiden kan utveckla en betydande övervikt, med sekundära komplikationer som högt blodtryck och diabetes. Men det finns patienter med hetsätningsstörning som har en normal vikt. Patienter med hetsätningsstörning är ofta äldre och har därmed varit sjuka längre än patienter med andra ätstörningar. Det är viktigt när man träffar patienter med hetsätningsstörning att kontrollera att de har regelbundna kontroller och följs upp för metabola förändringar om så behövs.

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

Om en person har anorektiska symtom, men personens kroppsvikt ligger inom eller över normalintervallet trots signifikant viktning, så får man en specificerad diagnos: atypisk anorexia nervosa. Om en person har bulimiska symtom, men dessa inte förekommer så ofta eller inte har förekommit tillräckligt länge för att få en bulimia nervosa-diagnos, får man diagnosen bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet. Likaså för en person med hetsätningssymtom, som inte uppfyller diagnosen hetsätningsstörning, får man diagnosen hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad duration.

Dessa ätstörningar uppfattas ofta som en lindrigare form av ätstörning, men kan innebära ett lika stort lidande för patienten.

4. Utredning och bedömning

Ätstörningar är allvarliga sjukdomar med livshotande fysiska och psykologiska komplikationer. De skiljer sig från andra psykiatriska sjukdomar genom att de oftast går med en uttalad medicinsk påverkan. Den kliniska utredningen måste därmed omfatta en bedömning av det medicinska tillståndet utöver en bedömning av psykopatologi, psykologiska faktorer och den sociala situationen. Utredningen bör ske utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv, där olika yrkesgrupper bidrar med sin specifika kompetens. Kostanamnesen är viktig, då det gäller att få reda på hur och vad patienten äter. Negativa upplevelser av kroppen och en störd kroppsuppfattning spelar stor roll vid ätstörningar. Kompletterande bedömningar av sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och tandvård kan behövas.

Bedömning av en ätstörning inriktas i huvudsak mot tre huvudgrupper av symtom:

1. Medicinskt tillstånd, där det primära är att bedöma svältpåverkan, men även effekter av hetsätningar och kompensatoriska beteenden som kräkningar.
2. Ätbeteenden och psykologiska symtom som är relaterade till ätstörningen (specifik psykopatologi).
3. Övriga psykiatriska symtom som inte är specifika för ätstörning, men som ofta förekommer samtidigt hos patienter med ätstörning (generell psykopatologi).

Bedömningen bör förstärkas med hjälp av strukturerade intervjuer och självsvarsformulär (se kapitel 8 om Riksät och Stepwise). Dessa

bedömningar är även till god hjälp för att avgöra om det föreligger samsjuklighet.

Vid bedömningen bör man försöka få en uppfattning om patientens motivation till förändring samt förväntningar på behandling. Familjen har en stor roll och deras förväntningar och beredskap för förändring är avgörande framför allt för unga patienter.

Bedömning av ätstörning, framför allt anorexia nervosa, kan försvåras av att patienten har en uttalad ambivalens till förändring och i en samtalssituation kan patienten uttrycka att hon/han inte upplever några problem och inte kan beskriva något psykiskt lidande. Det kan underlätta den psykiatriska bedömningen om man delar upp vad patienten gör och vad patienten upplever och tänker.

Vid en intervju som ska kartlägga sjukhistorien är det viktigt att tänka på hur man bemöter patienten (se avsnittet om bemötande i kapitel 5). Vid utredning av yngre patienter är det nödvändigt att även intervjua föräldrar, för vuxna patienter gärna någon anhörig. Detta är speciellt viktigt när det gäller anorexia nervosa.

Tidig upptäckt

Tidig upptäckt är viktigt för en framgångsrik behandling. Ätstörning hos barn och tonåringar uppmärksammas oftast först inom elevhälsan. Tidiga varningstecken hos ett barn eller en ungdom:

- Oförklarlig viktnedgång/viktstagnation och/eller utebliven längdtillväxt.
- Sekundär amenorré utan uppenbar medicinsk orsak.
- Uttalat kroppsmisnöje.
- Överdriven tvångsmässig fysisk aktivitet.
- Upptagenhet vid att gå ned i vikt trots att personen är smal.
- Förlust av intresse för det som ligger utanför mat och kropp samt för skolarbete.
- Undandragande från kamrater.

Barnmorskor som träffar kvinnor för preventivmedelsrådgivning har en möjlighet att i tidigt skede hitta en ätstörning. Dels genom att uppmärksamma kvinnor som har menstruationsrubbningsar, vilka bör utredas av gynekolog, dels genom viktkontroll vid förskrivning av preventivmedel. Under- och övervikt samt kraftiga viktförändringar bör rapporteras till ansvarig läkare för bedömning.

Anorexia nervosa

I detta kapitel, liksom i kapitel 5 ”Behandling”, kommer avsnittet om anorexia nervosa att vara uppdelat i tre underrubriker: anorexia nervosa hos vuxna, anorexia nervosa hos barn och ungdomar och svår och långvarig anorexia nervosa.

Anorexia nervosa hos vuxna

Vid den initiala bedömningen av anorexia nervosa är det viktigt att även göra en sedvanlig psykiatrisk bedömning, innefattande bedömning av suicidrisk och eventuellt självskadebeteende.

Det primära är att bedöma hur uttalad svälten är. Att säkert bedöma andra psykiatriska problem kan behöva vänta tills svälten är hävd. När svälten inte längre är det dominerande problemet är det aktuellt att på nytt göra en noggrann psykiatrisk bedömning.

I faktaruta 4:1 listas fyra väsentliga kännetecken vid anorexia nervosa.

4:1 FYRA VÄSENTLIGA KÄNNETECKEN HOS EN PATIENT MED ANOREXIA NERVOSA:

1. Ihållande begränsning av energiintaget.
2. Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock eller ihållande beteende som förhindrar viktuppgång.
3. Störning i hur patienten upplever sin vikt och kroppsform.
4. En vikt som är lägre än minimalt normalt för kön, ålder och längd.

Psykiatrisk bedömning

En patient med anorexia nervosa är ofta starkt präglad av svält och undervikt, vilket gör det svårt att göra en fullständig psykiatrisk bedömning. Den psykiatriska bedömningen måste alltid kompletteras när patienten kommit ur svälten. Framför allt när det gäller att bedöma den psykiatriska samsjukligheten.

Vad patienten gör (beteende, handlande):

- *Matanamnes:* Den psykiatriska intervjun börjar lämpligen med det som är det centrala problemet: maten. Det är viktigt att fråga detaljerat kring maten:
- Hur mycket äter patienten? Låt patienten och eventuellt närvarande anhörig beskriva vad de olika måltiderna innehåller och om det blir något matintag mellan måltider.

- Vad är det patienten äter, undviker hon/han kolhydrater och/eller fett?
- Vilka maträtter kan hon/han äta, vilka är uteslutna?
- Äter patienten regelbundet eller hoppar hon/han över vissa måltider?
- Hur ser situationen ut, äter patienten tillsammans med andra eller själv?
- Hur äter patienten, snabbt eller långsamt?
- Skär patienten maten i småbitar?
- Hur mycket dricker patienten? Vad?

Om möjligt är det bra att även kunna fråga patienten närstående personer, då det ofta är svårt för de som är drabbade av anorexia nervosa att säkert kunna avgöra allvarlighetsgraden i symtomen.

Kräkningar: Förekommer ofta vid anorexia nervosa hos vuxna och kan påtagligt försämra det kroppsliga tillståndet. Det kan vara skamligt att berätta om kräkningar, det är känsligt att fråga om, men det är viktigt att göra. Kräkningar kan mycket snabbt påverka det medicinska tillståndet med en uttalad metabol alkalos och sekundärt till det en i värsta fall livshotande hypokalemi.

Träning/fysisk aktivitet: Försök klarlägga omfattningen av träning och fysisk aktivitet och hur mycket patienten gör för att det är roligt och hur stor del patienten gör för att hon/han måste, för att det är ett tvång.

Överdriven fysisk aktivitet kan visa sig på flera sätt:

- *Överdriven träning.* Detta för att bränna kalorier och befrämja viktninskning. Ofta en ansträngande träning med stor belastning på hjärta-kärl, oftast ensam närmast tvångsmässigt.
- *Träning i smyg.* Denna träning kan ske inne på rummet eller toaletten, i form av spring i trapporna som för att hämta saker, att sitta i ansträngande ställningar, att spänna musklerna, att gå fram och tillbaka eller genom att stå väldigt mycket.
- *Rastlöshet.* Ses framför allt hos mycket avmagrade patienter och visar sig som gungande rörelser, att gå fram och tillbaka, att kontinuerligt röra på olika kroppsdelar.
- *Socialt beteende utanför matsituationen.* Anorexia nervosa-sjukdomen medför ofta en social isolering, och en oförmåga att

fungera i normala sociala sammanhang. Det är viktigt att skapa sig en bild av hur patientens sociala situation ser ut för att veta hur förutsättningarna för en behandling kan se ut:

- Hur klarar patienten av skola eller arbete?
- Har patienten ett aktivt umgänge med nära vänner? Har umgänget med vänner förändrats sedan patienten blivit sjuk?
- Lever patienten ensam, med partner eller i ursprungsfamiljen? Har patienten en partner, känner hon/han i så fall till om patientens sjukdom? Kan partnern vara en resurs i behandlingen?

Sömn. Patienter med anorexia nervosa har oftast en dålig sömn, till en del beroende på den oro och rastlöshet som finns i kroppen orsakad av svälten. Den dåliga sömnen brukar kunna vara som mest uttalad frampå småtimmarna.

Vad patienten tänker/upplever/känner (kognitioner och emotioner):

Specifik psykopatologi. Patienter med anorexia nervosa är ofta mycket upptagna med att tänka på kroppens form och vikt samt på vad de ska våga äta för mat – och vilken mat de måste undvika. Nedan listas centrala områden att fråga patienten om.

- Stark önskan om att gå ner i vikt och/eller rädsla att gå upp i vikt även när man har en låg vikt, vilket ofta kallas viktfoxi.
- Extrem upptagenhet av vikt och kroppsform, som ofta innebär att patienten upplever att hon/han är större än vad hon/han i själva verket är. Självkänslan är ofta starkt kopplad till hur man upplever kroppens vikt och form.
- Extrem upptagenhet av tankar kring mat. Det kan vara tankar som aldrig lämnar patienten i fred och tankarna kan hos en del patienter upplevas som en röst. Innehållet i tankarna är ofta knutna till hur mycket mat hon/han ska våga äta, vad maten innehåller och att hon/han inte är värd någon mat.
- Avsaknad av oro för den egna undervikten. Även när det medicinska allvaret är stort och patienten fått noggrann information om det så kan hon/han förhålla sig helt obekymrad till det kroppsliga tillståndet.

Generell psykopatologi. När patienten är i svält kan det förekomma flera allmänna psykiatriska symtom som beror på svälten. Dessa är främst:

- Depressivitet. Patienter med anorexia nervosa är ofta präglade av depressivitet och med det sammanhängande negativt tänkande, en negativ självbild och en känsla av ineffektivitet.
- Suicidalitet. Det är viktigt att bedöma om det finns en suicidrisk.
- Ångest är ett centralt symtom vid anorexia nervosa och det tvång som förekommer är ofta associerat med mat, men även ångest och tvång som inte är associerat till mat är vanligt förekommande. Det kan vara tecken på att det även föreligger en ångeststörning, men det kan även vara uttryck för en svältpåverkan.
- Impulsivitet och svårighet att kontrollera känslor, främst ångest och nedstämdhet.
- Bristfälliga sociala/interpersonella relationer.
- Svälten påverkar hjärnan i stor utsträckning och ger även upphov till kognitiva dysfunktioner.

Somatisk bedömning

Den somatiska undersökningen vid anorexia nervosa ska bedöma svältens allvarlighetsgrad. Akut undernäring är ett akut medicinskt tillstånd. Undernäring kan finnas vid vilken kroppsvikt som helst, inte bara vid en låg vikt.

Den somatiska undersökningen ska också kartlägga om det kan föreligga någon somatisk sjuklighet. Det finns flera olika somatiska sjukdomar som kan ge svält och undervikt och vid den medicinska undersökningen ska detta bedömas. Dessa tillstånd kan ibland förklara svälten, men ofta kan den somatiska sjukdomen finnas samtidigt med anorexia nervosa-sjukdomen. Detta innebär att man behöver ta ställning till om man behöver göra kompletterande undersökningar och provtagningar.

I faktaruta 4:2 listas de vanligaste sjukdomar som kan orsaka svält och undervikt.

4:2 KROPPSLIGA SJUKDOMAR SOM KAN GE SVÄLT

Endokrina sjukdomar, till exempel:

- diabetes mellitus
- tyreotoxikos
- hypofysinsufficiens
- binjurebarkinsufficiens (Addisons sjukdom).

Tarmsjukdomar, till exempel:

- celiaki
- morbus crohn
- ulcerös colit.

Tumörsjukdomar, till exempel:

- hjärntumör
- långvariga infektioner.

I faktaruta 4:3 presenteras de centrala frågeställningar som man ska ta upp vid den somatiska bedömningen.

4:3 EN NOGGRANN SOMATISK ANAMNES SKA FRAMFÖR ALLT INNEHÅLLA:

- Viktminskningens/förändringens hastighet och storlek.
- Nutritionsstatus.
- Metoder för viktkontroll avseende kostintag samt eventuella kompensatoriska beteenden (kräkningar, motion, missbruk, laxermedel etcetera).
- Menstruationsanamnes hos kvinnor (hormonersättningsterapi inklusive p-piller).
- Noggrann anamnes kring längdtillväxt och tidigare utveckling.

I faktaruta 4:4 presenteras vanliga symtom på undernäring som patienten kan rapportera om.

4:4 SYMTOM PÅ SVÄLT:

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| • frusenhet | • amenorré |
| • trötthet | • blödande tandkött |
| • yrsel | • nedsatt koncentrations- |
| • sömnsvårigheter | förmåga och minne |
| • förstoppning, diarré | • huvudvärk |
| • illamående | • håravfall |
| • buksmärtor | • nedsatt kraft. |

Vid anorexia nervosa söker man tecken på avmagring. Inspektera alltid kroppen med patienten iförd endast underkläder. I början av viktnedgången minskar underhudsfettet och försvinner så småningom helt. Efterhand reduceras även muskelmassan och det blir först synligt på muskulaturen på överkroppen; axlar, skuldror och bröstorg. Därefter blir det synligt på sätesmuskler och benmuskler och när det syns på de lägre extremiteterna har patienten en uttalad undervikt.

Patienter med anorexia nervosa kan ha skavsår på ryggen efter frekventa situps eller skavsår på ovansidan av händerna efter framkallade kräkningar.

Centralt i den somatiska undersökningen är bedömning av cirkulationen med kontroll av blodtryck och puls som oftast är låga hos avmagrade patienter. Det är viktigt att lyssna på hjärtat efter hjärtrytmrubbningar och nytillkomna blåsljud. Lyssna även på lungorna efter tecken på pneumoni, som kan vara en allvarlig komplikation vid anorexia nervosa. Stigande och normaliserade mätvärden är regel när tillräcklig energitillförsel har upprättats, men snabbt stigande puls eventuellt tillsammans med sjunkande blodtryck kan vara tecken på hjärtsvikt.

I faktaruta 4:5 redovisas det mest centrala för bedömning av det somatiska tillståndet.

4:5 DET MEST CENTRALA I DEN SOMATISKA UNDERSÖKNINGEN VID ANOREXIA NERVOSA:

- puls och blodtryck, både liggande och stående
- kroppstemperatur
- längd och vikt.

Tänk på att viktnedgång också kan förekomma vid endokrina sjukdomar som hypertyreos och diabetes mellitus samt vid tarmsjukdomar, tumörsjukdomar och långvariga infektioner. Även om patienten har en kroppslig sjukdom som ger viktnedgång, kan hon/han ändå ha anorexia nervosa. Om patienten har en kroppslig sjukdom som skulle kunna förklara viktnedgång och svält så utesluter det inte att patienten även kan ha en anorexia nervosa.

I faktaruta 4:6 anges vanliga undersökningsfynd vid undernäring.

4:6 VANLIGA SOMATISKA UNDERSÖKNINGSFYND VID ANOREXIA NERVOSA:

- avmagring
- bradykardi
- hypotension
- hypotermi
- kalla händer och fötter
- torr och sprucken hud, infekterade sår
- perifer cyanos
- tunt och sprött hår, håravfall
- lanugobehåring
- perifera ödem
- försenad längdtillväxt
- försenad pubertetsutveckling
- tand- och tandköttsskador.

Kombinationen låg vikt och frekventa kräkningar kan ge allvarliga biverkningar på hjärta och cirkulation. Kontrollera hos dessa patienter vätskebalansstatus, elektrolyter och EKG.

- Hypokalemi, hypokalcemi och hypomagnesemi kan resultera i livshotande hjärtrytmrubbningar.
- QT-förlängningen kan orsaka ventrikulära takykardier.

Övriga laboratorieprover som kan vara av värde att kontrollera med jämna mellanrum redovisas i faktaruta 4:7. Man bör dock komma ihåg att det alltid är den somatiska undersökningen som är vägledande i bedömningen, eftersom laboratorieprover ofta inte ger utslag förrän sent i sjukdomsförloppet. Det finns inga enskilda laborativärden som är säkra svältmarkörer. Laborativärdena kan vara normala även när svälten är livshotande.

4:7 LABORATORIEFYND VID ANOREXIA NERVOSA:

- anemi
- leukopeni
- trombocytopeni
- granulocytopeni
- hypoglykemi
- B12-brist
- folsyrebrist
- låga magnesium- och zinkvärden
- elektrolytrubbningar
- EKG-förändringar (ST-sänkningar, avflackad T-våg, förlängt QT-intervall)
- tyroideapåverkan (sänkta T₃- och T₄-värden)
- leverpåverkan (förhöjda värden av ASAT och ALAT)
- sänkta värden på LH och FSH (vid amenorré)
- osteopeni/osteoporos.

Wernickes encefalopati är ett sällsynt tillstånd, som kan förekomma vid malnutrition och anorexia nervosa. Hos patienter med en snabb uttalad viktnedgång, mer än 10–20 kg inom någon månad och hos patienter som haft en uttalad låg vikt (BMI < 16) under lång tid (flera år) är det viktigt att även kontrollera tiamin.

Anorexia nervosa hos barn och tonåringar

Insjuknande i anorexia nervosa sker från 7 års ålder och upp till senare delen av 20-årsåldern, men de allra flesta insjuknar under tonåren och som mest under högstadieåren. De flesta som kommer till behandling under barn- och ungdomsåren gör det i nära anslutning till att de har insjuknat, vilket är en faktor som gör att utredningen skiljer sig från den som är för vuxna.

Andra faktorer som skiljer ut den unga patienten är konsekvenserna av sjukdomen för patientens utveckling i form av såväl tillväxthämning, benskörhet och risk för förändringar i hjärnans struktur, som de psykiska komplikationerna, vilka inkluderar depression, ångest, tvångssyndrom och kognitiv försämring. Detta medför en allvarlig påverkan på den fysiska, psykiska och sociala utvecklingen.

En ytterligare faktor är att i både utredning och behandling ska familjen aktivt medverka.

Psykiatrisk bedömning

Barn med anorexia nervosa som kommer i behandling före puberteten och tonår skiljer sig från patienter i tonåren med anorexia nervosa på följande punkter:

- Har inte lika ofta en formulerad rädsla för viktökning eller rädsla för att bli tjock.
- Uppfattar mera sällan allvarlighetsgraden i sin sjukdom.
- Uppvisar oftare ospecifika somatiska symtom.
- En högre andel pojkar.
- Sällan kräkningar eller laxermedelsmissbruk.
- Har oftare gått ner i vikt snabbt och är mer medicinskt påverkade.

Utredning och bedömning följer samma grundstruktur som beskrevs för den vuxna patienten. Då den initiala bedömningen ofta sker inom ett halvår till ett år sedan problemen började kan man i den initiala intervjun få fram hur det började och hur situationen i dag skiljer sig från hur det var innan problemen började.

I faktaruta 4:8 presenteras en ram kring vilka frågor man lämpligen kan ta upp. Ofta kan patienten beskriva insjuknandet som resultatet av en medveten strategi att gå ner i vikt, men ju yngre patienten är, desto vanligare är det att hon eller han inte har den förklaringen till sitt beteende. Patienten har det inre motståndet mot att äta som anorexisjukdomen ger, men ingen förklaring. Det gör det ännu viktigare att noggrant undersöka och bedöma patienten så att inte andra tillstånd som ger viktninskning missas.

4:8 En första intervju för bedömning av anorexia nervosa bör innehålla följande frågeställningar:

Vad beror viktninskningen på?

Medveten strategi? ja / nej

Om ja:

- För att hon/han vill gå ner i vikt?
- För att hon/han känner sig duktig när hon/han inte äter?

Rädd för bli tjock?

Om nej:

- Generellt motstånd mot att äta mat?
- Rädd för att äta?

- Beteende som motverkar viktökning?
- Nedstämd/deprimerad och orkar inte äta?
- Bizarra tankar? Förgiftningsidéer?
- Rädd för att svälja?
- Hur har viktnedgången åstadkommits?

Generell kostreduktion, som innefattar alla typer av mat (fett, proteiner och kolhydrater)?

Främst undvikande av fett?

Främst undvikande av kolhydrater?

Överdriven fysisk aktivitet?

Kräkningar?

Psykiska symtom?

Är hon/han nedstämd och/eller lättirriterad?

Om ja: Kom dessa symtom i samband med viktnedgången eller fanns de tidigare?

Det är inte lika vanligt att unga patienter med anorexia nervosa kräks som när det gäller vuxna. Oftast faller det sig helt naturligt att fråga om patienten kräks efter maten. Ibland har det ifrågasatts om man alltid ska fråga. Främst gäller det unga patienter som söker för första gången och där man kan uppleva att frågan kan riskera att initiera ett beteende som inte redan finns där. Det är sannolikt så att den risken är rätt liten medan värdet av att få svar på frågan och säkert veta om patienten kräks är av större betydelse. Man kan börja med att fråga allmänt vad patienten brukar göra när ångesten efter måltiden blir stark, vilket kan ge en uppfattning om hur man ska fråga vidare.

När det gäller patienter som är under 18 års ålder ska alltid familjen aktivt medverka i bedömningen. Detta är viktigt dels för att man behöver få föräldrarnas uppfattning av hur sjukdomen utvecklas, dels hur det står till med patienten. Det är också viktigt för att familjens aktiva medverkan i bedömningen är en förutsättning för att kunna engagera familjen i familjeterapi, vilket är den behandling som har bäst stöd i forskningen. Nedan redovisas några frågeställningar som det är bra att fråga alla familjemedlemmar om, även syskon:

- *När började hon/han hålla igen på maten?* Svaret är ofta olika för olika familjemedlemmar och det är viktigt i intervjun att förtro-

endefullt förmedla att det är vanligt att det finns olika uppfattningar om när det började.

- *Hur har patientens svårigheter med maten förändrat familjen?*
Hur har de olika familjemedlemmarnas liv förändrats sedan anorexin kom in i familjen?
- *Varför tror man att det har blivit så här?* Har eventuella skuld-känslor förlamat familjen i deras försök att vara till nytta för varandra?
- *Vad har man försökt göra för att hjälpa henne/honom att äta bättre?*
Vad har hon/han själv försökt göra? Vad har fungerat – vad har visat sig vara helt meningslöst?

Utöver att ha samtal med hela familjen samlad ska man prata enskilt med barnet/tonåringen och även inhämta information från föräldrarna utan att barnet/tonåringen är närvarande.

Somatisk undersökning

Vid intervju med unga patienter som kommer med sin familj bör man ta de medicinska frågorna med patienten och en förälder, företrädesvis med mamman då det är en flicka och med pappan då det är en pojke, och inte som en del av familjeintervjun. Detta gäller framför allt frågor kring menstruation, hur magen fungerar och andra känsliga kroppsliga funktioner. Denna intervju lämpar sig bäst att ha i samband med att man gör somatiskt status.

Barn och yngre tonåringar skiljer sig från äldre tonåringar och vuxna främst genom att barn fortare blir påverkade av svält, eftersom deras näringsdepåer är sämre utvecklade och eftersom de har större energibehov i samband med snabb tillväxt. Barn och ungdomar som fortfarande växer och utvecklas får lättare irreversibla skador av långdragen svält. Främst gäller det risk för tillväxthämning och osteoporos.

Vid bedömning av svälten är det viktigt att bedöma hjärtat och när det gäller den yngre patienten måste man ta hänsyn till att normal vilopuls är högre hos barn samt att barn har en mer uttalad fysiologisk respiratorisk arytmi än vuxna (se faktaruta 4:9). Även blodtryck varierar med ålder. Det har nu kommit svenska referensvärden som är publicerade i *Läkartidningen* (Norman, 2015).

4:9 SÄRSKILDA ÖVERVÄGANDEN AVSEENDE BARN I SVÄLT

Prepubertala barn blir fortare svältpåverkade på grund av mindre kroppsfett och större energibehov till följd av snabb tillväxt – en mindre viktne­d­gång kan få allvariga konsekvenser.

Långsamt debuterande ätstörningar hos barn kan avslöjas av att deras längdtillväxt upphör.

Långvarig svält ger upphov till tillväxthämning och försenad pubertal utveckling.

Svårt att använda BMI, följ i stället längd- och viktkurva från BVC och skola.

Normal vilopuls är högre hos barn och barn har en mer uttalad fysiologisk respiratorisk arytmi än vuxna.

Vid bedömning av grad av undervikt är det för vuxna centralt att räkna ut BMI (Body Mass Index = vikt i kg/längden i meter²). När det gäller barn och ungdomar upp till 17 års ålder behöver man utgå från längd-viktkurvan och beräkna BMI-percentil eller procentuell vikt­förlust. Det vanligaste i Sverige är att räkna ut procentuell vikt i förhållande till ålder och längd med hjälp av längd-viktkurvan, som följer barnen från förlossningen och genom skolan. Längd-viktkurvan har den fördelen att man kan få information om vad som varit patientens normalvikt innan anorexisjukdomen debuterade.

Inför en somatisk bedömning av en patient som inte är färdigvuxen ska längd-viktkurva beställas från elevhälsan. Att beräkna viktprocenten med hjälp av för åldern förväntad BMI börjar bli alltmer vanligt (Le Grange m.fl., 2012) och är den metod som rekommenderas i DSM-5 (se faktaruta 4:10).

4:10 PROCENT AV FÖRVÄNTAD KROPPSVIKT (% EBW)

Patientens BMI/normalt BMI för ålder, längd och kön X 100.

Medelvärde för BMI avseende ålder, längd och kön finns i längd-viktkurvorna som rekvireras från elevhälsan (Wikland m.fl., 2002).

Svår och långvarig anorexia nervosa

Personer med svår och långvarig anorexia nervosa har ett av de mest utmanande tillstånden inom psykiatrin. Mer än någon psykisk sjukdom har de en markant minskning av den förväntade livslängden.

De är ofta undersysselsatta, arbetslösa, sjukskrivna eller förtidspensionerade, lider av flera medicinska komplikationer (njur-, lever-, hjärtsvikt och osteoporos) och uppsöker ofta olika sjukvårdsinrättningar för dessa bekymmer. De har ofta ett begränsat socialt liv och är till stor del beroende av sina närstående och sina familjer, som kan uppleva det väldigt betungande.

Utredning och bedömning har att ta hänsyn till den kroppsliga påverkan som är resultatet av en långvarig svält, vilken medfört allvarliga komplikationer. Dessutom måste man mycket noggrant kartlägga den psykosociala situationen, då fokus i behandlingen kommer att vara likartad den vid rehabilitering vid kronisk sjukdom. I denna grupp kan finnas både personer som under lång tid fått behandling och personer med långvarig sjukdom som inte tidigare behandlats för sin sjukdom.

Bulimia nervosa

Bulimia nervosa är oftast en dold sjukdom, där patienten kan ha haft sjukdomen i många år utan att ha berättat om den eller att omvärlden vetat om den. Det är ofta förenat med skam att börja berätta om denna hemliga sjukdom. Patienten kan ofta söka för symtom av allmän karaktär. Exempel på dessa symtom redovisas i faktaruta 4:11.

Då det ofta är svårt för patienten att börja berätta om sina hetsätningar och kompensatoriska beteenden är det viktigt att ställa raka frågor om hetsätningar och kräkningar för att underlätta för patienten att kunna berätta.

4:11 EXEMPEL PÅ ALLMÄNNA SYMTOM VID BULIMIA NERVOSA

- huvudvärk
- trötthet
- nedstämdhet
- buksmärtor
- förstoppning
- bröstsmärtor (esofagit)
- mensrubbingar.

Psykiatrisk bedömning

Patienter med bulimia nervosa är inte lika kognitivt påverkade av det medicinska tillståndet som patienter med anorexia nervosa. Möjlighet att göra en psykiatrisk bedömning även avseende samsjuklighet initialt är därmed bättre än vid anorexia nervosa.

Vad patienten gör (beteende, handlande):

Det centrala beteendet vid bulimia nervosa är episoder av hetsätning då personen äter större mängder mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter, med en medföljande känsla av kontrollförlust och ett kompensatoriskt beteende.

Matanamnes: Patienter med bulimia nervosa äter ofta mycket oregelbundet, till skillnad från patienter med anorexia nervosa, fråga:

- Hur ofta äter patienten vanliga måltider och när?
- Vilka måltider hoppar hon/han över?
- Vad äter patienten och vilka näringsämnen utesluts?
- När förekommer hetsätningarna och hur ofta?
- Hur mycket hetsäter patienter och vad?
- Hur upplever patienten hetsätandet?

Kräkningar: Hur ofta kräks patienten? Vad behöver hon/han göra för att utlösa kräkningarna – stoppa fingrarna i halsen, stoppa något annat i halsen, som till exempel en tandborste, för att utlösa kräkreflexen? Eller är det så automatiserat att hon/han bara behöver luta sig över toalettstolen?

Träning/fysisk aktivitet: Hur mycket fysisk aktivitet har patienten som kan knytas till den ångest som hetsätningarna utlöser?

Andra kompensatoriska beteenden: Det är viktigt att kartlägga om det förekommer andra kompensatoriska beteenden som laxermedel och diuretika.

Socialt beteende utanför matsituationen: De flesta patienter klarar oftast av att fungera någorlunda normalt i arbete och skola, men för många kan det vara svårt att ha ett fungerande socialt umgänge med vänner och familj. Det beror på omfattningen av de bulimiska symtomen.

Vad patienten tänker/upplever/känner (kognitioner och emotioner):

Specifik psykopatologi: Har patienten en upplevelse av kontrollförlust i samband med hetsätningarna? Upplever patienten en stark skamkänsla över sitt beteende?

Mycket av den specifika mentala upptagenheten är lik den vid anorexia nervosa. Där ingår viktfoxi/tjockkänsla, fixering kring kroppens vikt, fixeringar kring kroppens form och tvångstankar kring mat.

Generell psykopatologi: Vid bulimia nervosa kan man på ett mer meningsfullt sätt bedöma samsjukligheten vid den initiala bedömningen än vid anorexia nervosa.

Depressivitet är vanligt vid bulimia nervosa och depression är en ofta förekommande samsjuklighet. Ångest är vanligt förekommande och ångesttillstånd och tvång som inte är associerade till mat är vanligt förekommande.

Somatisk bedömning

Patienter med bulimia nervosa har inte nödvändigtvis några uppenbara somatiska komplikationer, men en läkarundersökning bör genomföras i inledningen av behandlingen då det är viktigt att hitta de somatiska komplikationer som kan finnas. Patienter med bulimia nervosa har oftast en normal vikt, men en måttlig övervikt eller undervikt kan även förekomma. Menstruationerna kan vara oregelbundna eller ha upphört helt, men de flesta har normala menstruationer.

Somatiska komplikationer vid bulimia nervosa är i allmänhet kopplade till det kompensatoriska beteendet, främst kräkning och laxermedelsmissbruk:

- Hetsätning och kräkning ger ibland svullna spottkörtlar. Den ökade aktiviteten i spottkörtlar men också i pankreas avspeglas i förhöjda serumamylasvärden.
- Skavsår på handryggen kan ses efter självframkallade kräkningar.
- Kräkningar ger symptom i form av munvinkelragader och slemhinneförändringar i svalg (faryngit) och matstrupe (esofagit). I sällsynta fall kan esofagiten leda till esofagusruptur med pneumomediastinum, vilket är ett livshotande tillstånd. Vid intensiv hetsätning kan magsäcksdilatation och magsäcksruptur inträffa. Detta är dock sällsynt.

- Kräkningar ger också upphov till hypokalemi och i vissa fall dehydrering.
- Kräkningar kan ge omfattande frätskador på tänderna. Tand- och tandköttsskador bör oftast bedömas av tandläkare.
- Buksmärtor, uppkördhet och ökad gasbildning i tarmarna förekommer ofta och är problem som kan kvarstå lång tid efter att patienten tillfrisknat.
- Osteoporos bör bedömas hos patient som tidigare har haft anorexia nervosa.
- Långvarigt missbruk av laxermedel kan få allvarliga följder i form av försämrad tarmperistaltik, svåra buksmärtor, elektrolytrubbningar (faktaruta 4:12 och 4:13).

4:12 VANLIGA UNDERSÖKNINGSFYND VID BULIMIA NERVOSA

- munvinkelragader
- sår på handryggen
- faryngit
- esofagit
- erosionsskador på tänderna
- karies
- svullna spottkörtlar.

4:13 FYND VID LABORATORIEUTREDNING AV BULIMIA NERVOSA

- förhöjt S-amylas
- hypokalemi
- hypokloremi
- hypokalcemi
- hyponatremi
- metabolisk alkalos.

Kräkningar kan ge omfattande frätskador på tänderna. Dessa frätskador förvärras om patienten dessutom konsumerar sura drycker och frukter. Det är viktigt att uppmana patienten att endast skölja munnen med vatten efter kräkningar och att inte använda tandborsten inom en timme, eftersom det kan förstärka frätskadorna. Sköljer man munnen ska man göra det med rikliga mängder vatten annars riskerar man att sprida saltsyran i hela munnen och mellan tänderna.

Skillnad jämfört med anorexia nervosa:

- Det är inte lika tydliga fynd man erhåller vid den somatiska undersökningen. Laboratorieundersökningen blir därför mer avgörande initialt i behandlingen.
- Den somatiska undersökningen är inte lika avgörande för att planera behandlingen som vid anorexia nervosa.
- Samsjuklighet är lättare att säkert bedöma vid den initiala undersökningen.

Hetsätningsstörning

Bedömningen vid hetsätningsstörning är mycket densamma som vid bulimia nervosa (se ovan) med den skillnaden att det inte ska finnas några uttalade kompensatoriska beteenden.

Det är viktigt att tänka på att många mediciner som används inom psykiatrin kan ge ökad hunger som biverkan och därmed utlösa en hetsätning.

När man gör en intervju för att bedöma om det rör sig om hetsätning bör man fråga noggrant om själva hetsätningarna och patientens upplevelser. Viktiga frågor om patienten:

- Äter patienten mycket fortare än normalt?
- Äter patienten så mycket att det uppstår en obehaglig mätt-nadskänsla?
- Äter patienten stora mängder mat utan att känna sig fysiskt hungrig?
- Äter patienten i ensamhet på grund av skamkänslor för att äta så mycket?
- Äcklas patienten över sig själv, känner sig deprimerad eller har starka skuldskänslor efteråt?

Bland personer som har en hetsätningsstörning finns både de med normal vikt (20 procent), de med en övervikt (20 procent) och de med fetma (60 procent). Är patienten överviktig bör hon eller han genomgå en läkarundersökning för överviktsrelaterade problem, som högt blodtryck, blodsocker och lipider.

Patienter med hetsätningsstörning har också en högre psykiatrisk samsjuklighet än andra patienter med ätstörning – något som också bör beaktas i behandlingen.

Övriga ätstörningar

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

I denna diagnostiska kategori finns två undergrupper där vi har rekommendationer.

Atypiska eller med låg frekvens och/eller varaktighet

För atypisk anorexia nervosa, bulimia nervosa (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet) samt för hetsättningsstörning (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet) gäller samma utredning och bedömning som för huvuddiagnoserna (se ovan).

Självrensning

Då detta är ett tillstånd som är ofullständigt beskrivet, men som lånar drag från främst anorexia nervosa, men även från bulimia nervosa, bör man utgå från tillämpliga delar från dessa olika tillstånd.

När man klarlagt att patienten har ett självrensande beteende, vanligen kräkningar efter normala måltider, blir det första att utsluta att det inte förekommer några hetsätningar, där tillämpliga delar från avsnittet om bulimia nervosa blir aktuellt. Det andra är att undersöka att det inte föreligger någon undervikt och/eller svält, där tillämpliga delar från avsnittet om anorexia nervosa kommer in.

Undvikande/restriktiv ätstörning

Även om denna diagnos är helt ny finns en hel del av de här patienterna i behandling inom framför allt barnpsykiatri, men även inom vuxenpsykiatri. Vid en bedömning bör man vara noggrann med att bedöma om det kan finnas andra diagnoser som bättre förklarar beteendet eller förekommer samtidigt med ätstörningen.

Det är utöver de etablerade ätstörningsdiagnoserna i första hand autismspektrumstörning och OCD som man då bör överväga.

Nedan följer några frågeställningar som kan vara till hjälp vid bedömning om denna störning föreligger (Bryant-Waugh, 2013):

- Hur ser det aktuella matintaget ut (innehåll)?
 - För att kunna bedöma om patienten får sitt näringsmässiga behov tillgodosett.

- Hur ser det aktuella matintaget ut (mängd)?
 - För att kunna bedöma om patienten får sitt energimässiga behov tillgodosett.
- Hur länge har patienten undvikit viss mat eller begränsat sitt matintag?
 - För att kunna bedöma om patienten har en ihållande oförmåga att tillgodose sina näringsmässiga/energimässiga behov.
- Vilken är den aktuella vikten och längden? Har patienten tappat i vikt och/eller förväntad viktökning?
 - För att kunna bedöma BMI eller viktprocent och se om patienten har en undervikt, en oförmåga att uppnå åldersadekvat viktuppgång eller bristande tillväxt.
- Finns det tecken eller symtom på näringsbrist eller undernäring?
 - För att kunna bedöma om det finns kliniska eller laboratoriemässiga belägg för näringsbrist.
- Är näringsintaget kompletterat på något vis för att få behovet tillgodosett?
 - För att kunna bedöma om det föreligger ett beroende av näringstillskott eller sondnäring.
- Finns det en påtaglig störning av det vardagliga psykosociala fungerandet som är relaterat till det aktuella ätmönstret?
 - För att kunna bedöma om det finns en störning i patientens sociala och emotionella fungerande som är relaterat till ätstörningen.

4:14 Som möjliga kvalitetsindikatorer att använda vid utredning och bedömning av ätstörningar föreslås:

Andel patienter med ett första besök inom vårdgarantitiden (justerad för självvald väntan).

Andel patienter som utretts med stöd av strukturerade symtomskattningar/diagnosbedömningsinstrument.

Andel patienter som har dokumenterat somatiskt status.

Vårdnivåer

Patienter med ätstörningar upplevs ofta som svårbehandlade och tenderar att i onödan skickas mellan olika vårdinstanser. Det är därför av stor vikt att de medicinska, psykiatriska och psykosociala utredningsresultaten vägs samman för att man ska kunna bedöma svårighetsgrad och ge rätt insats på rätt vårdnivå.

Ätstörningsremiss

När man behöver remittera patienten till en annan vårdnivå bör en remiss innehålla grundläggande information om ätstörningen, psykiatrisk samsjuklighet samt somatisk påverkan med nuvarande vikt och vikt före insjuknandet (se faktaruta 4:15)

4:15 VAD EN ÄTSTÖRNINGSREMISS BÖR INNEHÅLLA

- preliminär diagnos
- aktuella ätstörningssymtom
- kostanamnes
- när första ätstörningssymtomen började
- ätstörningens utveckling
- annan psykiatrisk sjukdom
- annan somatisk sjukdom
- social funktion och familjesituation
- psykiskt status/psykiatriska symtom
- mens senast ååmmdd, p-piller
- aktuell längd, vikt, puls, blodtryck och temperatur
- vikt före insjuknande
- kopia på eventuella laboratoriesvar
- aktuell medicinering
- elevhälsans tillväxtkurvor ska alltid bifogas när det gäller yngre patienter.

Översikt över vårdnivåer

Beroende på hur allvarligt sjuk patienten är bör hon/han snarast hamna på rätt vårdnivå.

Nedan följer en översikt över riktlinjer för vårdnivåer (faktaruta 4:16).

4:16		
PRIMÄRNVÅ	ÖPPENVÅRD	HELDYGN SVÅRD
Primärvård, barnmedicin, skolhälsovård, ungdomsmottagning	Barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, specialiserad ätstörningsenhet	Barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, specialiserad ätstörningsenhet
Här ska man framför allt upptäcka och vid behov motivera för behandling och remittera till rätt instans. Lågintensiv behandling kan ges för lindriga och okomplicerade ätstörningar.	Här behandlas majoriteten av alla patienter med ätstörningar, även patienter med måttliga medicinska komplikationer.	Här behandlas i första hand patienter med svåra svälttillstånd, vilka utgör en medicinsk fara med allvarliga medicinska komplikationer, men även patienter med långvariga svälttillstånd som inte förbättrats i öppenvård.
Behandling: somatiska kontroller, råd och stöd, dietiststöd. Här kan lågintensiv behandling ges för lindriga och okomplicerade ätstörningar utan medicinska komplikationer.	Behandling: exempel på behandlingsinsatser är matstöd, psykoterapeutisk behandling (individ, grupp och familj) samt dagvård.	Behandling: somatisk övervakning, nutritionsbehandling, farmakologisk behandling, eventuell psykoterapeutisk behandling (familjeterapi), kroppsinriktad behandling med till exempel träning mot ökad kroppskänedom.
Vid medicinska komplikationer remitteras patienten vidare.	Om patient behandlas inom specialiserad ätstörningsenhet och det visar sig att annan psykiatrisk diagnos eller suicidrisk är huvudproblemet bör patienten behandlas inom BUP och vuxenpsykiatri med stöd och konsultation från specialiserad ätstörningsenhet.	

Prioriteringsgrupper

Tidigt insatt behandling kan vara helt avgörande för förloppet. Nedan följer en exemplifiering av hur man ska tänka för att erbjuda adekvat hjälp med rätt intensitet och tillgänglighet, uppdelade i tre prioriteringsgrupper. Dessa prioriteringsgrupper avser patienter som ska behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri.

Prioriteringsgrupp 1: Bör om möjligt behandlas inom specialiserad eller subspecialiserad vård. Behov av intensiva behandlingsinsatser som dagvård, MFT, FBL och heldygnsvård:

- Barn under 13 år med ätstörning eller misstänkt ätstörning.
- Barn och ungdomar under 16 år:
 - Med anorexia nervosa och låg vikt eller snabb viktminskning.
 - Med allvarlig anorexia nervosa och somatiska komplikationer.
 - Med allvarlig somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet.
- Ungdomar över 16 år och vuxna patienter med anorexia nervosa med påtaglig undervikt samt försämring senaste månaderna med somatiska komplikationer.

Prioriteringsgrupp 2: Behandlas i öppenvård inom specialiserad eller subspecialiserad vård eller allmänpsykiatrisk verksamhet där kompetens finns:

- Bulimia nervosa med somatiska komplikationer.
- Barn och ungdomar under 16 år med anorexia nervosa och låg vikt utan somatisk påverkan.
- Ungdomar över 16 år och vuxna patienter med anorexia nervosa med låg vikt utan somatisk påverkan.
- Övriga ätstörningar med risk för somatiska komplikationer.

Prioriteringsgrupp 3: Behandlas i öppenvård inom specialiserad eller subspecialiserad vård eller allmänpsykiatrisk verksamhet där kompetens finns.

- Bulimia nervosa utan somatiska komplikationer.
- Vuxna patienter med mångårig ätstörning eller måttliga ätstörningssymtom.
- Övriga ätstörningar hos ungdomar och vuxna.

5. Behandling

Bemötande

Patienter med ätstörningar uppfattas av många inom sjukvården som svårbehandlade och det är inte ovanligt att dessa patienter väcker ilska och frustration i kombination med rädsla för patientens somatiska tillstånd. Patientens ambivalens och ibland låga motivation till förändring är också faktorer som kan försvåra behandlingsarbetet.

En förtroendefull relation är själva grunden för ett förändringsarbete, vilket kan ta lång tid att upprätta och kräver mycket tålamod hos behandlaren. Patientens ambivalens och rädsla för förändring kan finnas med under mycket lång tid och kräver oftast ett ständigt pågående motivationsarbete.

Som behandlare är det viktigt att förmedla hopp. Att möta patienten med trygghet, respekt och förståelse. Att tillsammans med patienten hitta näbara mål och delmål i behandlingen. Det är viktigt att ha kunskap och erfarenhet för att kunna ge patienten saklig information och att även kunna vara gränssättande när det behövs. Detta gäller även familj och anhöriga, som ofta är under en extrem belastning på grund av ätstörningen.

Anorexia nervosa

För en stor del patienter med anorexia nervosa är behandling i öppenvård fullt tillräckligt, både av kliniska och hälsoekonomiska anledningar (Gowers m.fl., 2007, 2010). Dock rör det sig om patienter som på kort tid kan hamna i ett livshotande tillstånd, där intensiva behandlingsinsatser blir nödvändiga. Framför allt vid svåra svälttillstånd och vid uttalad samsjuklighet kan det bli aktuellt med behandling i dagvård eller heldygnsvård. Vi har i dag en sämre tillgång till

heldygnsvårdplatser, vilket medför att det finns risk för att patienterna blir i allt sämre medicinskt skick innan de erbjuds ett intensivt omhändertagande. Detta ställer högre krav på den medicinska kompetensen hos behandlarna inom såväl sluten- som öppenvård.

Behandling av vuxna med anorexia nervosa

De övergripande stegen i behandlingen är:

1. Engagera patienten och om möjligt familj och anhöriga i en behandlingsallians.
2. Uppnå medicinsk stabilisering och motverka de kognitiva effekterna av svält genom att häva svälten.
3. Strukturerad psykologisk behandling.

Skapa behandlingsallians. Att engagera den enskilda patienten med anorexia nervosa och dennes familj vid första besöket på mottagningen kan vara utmanande, då en stark ångest oftast präglar patienten. Även om patienten själv söker hjälp har hon/han ångest inför att förväntas behöva äta mer och därmed gå upp i vikt.

För att skapa ett terapeutiskt engagemang är det viktigt att behandlaren har en icke-dömande, inkluderande och empatisk hållning. Såväl psykoedukativa metoder som även omfattar familjen (Treasure m.fl., 2007) som motiverande samtal (Nordbo m.fl., 2008) rekommenderas för att förbättra patientens engagemang.

Medicinsk stabilisering. Det viktigaste första steget i behandlingen är att bryta svälten och börja äta normalt. Det behövs ett konkret stöd i matsituationen för att uppnå detta. Detta är en intensiv fas som kräver täta besök. Inläggning på sjukhus är indicerat om patienten har en överhängande risk för allvarliga medicinska komplikationer. I faktaruta 5:1 redovisas indikationer för heldygnsvård.

5:1 MEDICINSKA INDIKATIONER FÖR HELDYGNSVÅRD:

Allvarlig svält och viktnedgång (till exempel BMI <14 hos vuxna) samt snabb och uttalad viktnedgång hos barn i kombination med:

Total matvägran/dryckvägran.

Puls <40, eller takykardi >120 eller pulsstegring i stående > 20 slag/min.

Blodtryck <90/60 i liggande.

Blodtrycksfall i stående >10 mmHg.

Kroppstemperatur <35,5.

Allvarliga elektrolytrubbningar.

Förlängd QT-tid.

Tecken på uttorkning.
Allvarliga ödem.
Påverkat allmäntillstånd (svimning, muskelsvaghet, hjärtklappning, tryck över bröstet etcetera).
Vid bedömning av det medicinska allvaret är det inte enskilda värden som avgör utan den samlade kliniska bilden.
Patienter som uppfyller ovanstående och som inte är samarbetsvilliga bör bedömas avseende vård enligt LPT.

Det finns stöd för att behandling i heldygnsvård är överlägsen mindre intensiva former av behandling när det gäller att åstadkomma en snabb viktökning, men det är större risk för återfall efter utskrivning (Hartmann m.fl., 2011). När patienten är i ett allvarligt medicinskt tillstånd är inte inläggning inom psykiatrin tillräckligt utan en inläggning på medicinsk avdelning med stöd från psykiatrin kan bli nödvändigt.

För patienter med mindre allvarliga symptom är medicinsk stabilisering inom öppenvård ofta tillräckligt. Det är viktigt att följa patienten med regelbundna somatiska kontroller enligt faktaruta 4:5, då patienten snabbt kan försämrans och behöva inläggning på sjukhus. Behandling i öppenvård för att häva svälten genomförs i första hand genom individuella stödjande samtal, där till exempel matdagböcker kan utgöra ett stöd.

I början av behandlingen kan patienten behöva komma till mottagningen 1–2 gånger i veckan för stöd, uppföljning, medicinska kontroller och eventuell korrigerande av allvarliga somatiska komplikationer (till exempel låga kalium- och fosfatvärden). Om det finns möjligheter till konkret måltidsstöd med personal 1–2 ggr/vecka kan detta utgöra ett gott stöd och en pedagogisk möjlighet för patienten att lära sig hur en normalstor måltid ser ut. Man får då också möjlighet att hjälpa patienten att äta inom rimliga tidsramar (cirka 30 minuter). Information till föräldrar och vuxna patienter kan hjälpa till att normalisera föreställningar om maten och underlätta ätandet. Specialiserad kost- och nutritionsbehandling utförs av eller i samarbete med legitimerad dietist.

Så länge patienten befinner sig i ett svälttillstånd är det nödvändigt att prata om mat, vikt och kroppsliga symptom. Det hindrar inte nödvändigheten av terapeutiskt stöd som bör vara orienterat till ”här-och-nu-situationen”, med fokus på att förbättra patientens självkänsla och relationer.

I vissa fall kan patienten behöva ytterligare stöd. Dagvårdsbehandling ger stöd vid fler måltider och kan dessutom erbjuda andra terapeutiska behandlingsåtgärder, som kroppsorienterad behandling (se vidare under ”Fysioterapeutisk behandling”). Andra möjligheter kan vara ätstörningsteam som åker hem till patient och familjen och hjälper till vid måltider för att snabbt normalisera ätandet.

Strukturerad psykologisk behandling. Det är viktigt att man har en individuell vårdplan när man ska initiera psykoterapeutisk behandling som tar hänsyn till eventuell samsjuklighet. Det är också nödvändigt att patienten har kommit ut ur svälten och är kognitivt förbättrad. Olika psykosociala och psykoterapeutiska interventioner används och dessa kan enligt klinisk erfarenhet förbättra tillståndet även om det saknas forskningsevidens för de flesta enskilda metoderna. Se vidare under ”Specifika behandlingsmetoder”. Behandlingen bör se olika ut i olika faser av sjukdomen, främst beroende på om patienten klarar av att gå upp i vikt. Ingen psykoterapeutisk behandling har visat sig vara effektivare än strukturerad stödjande klinisk behandling. Specialiserad stödjande klinisk behandling (Specialist Supportive Clinical Management) är i dag den bäst utvärderade standardiserade stödjande behandlingen vid behandling av vuxna med anorexia nervosa.

Farmakologisk behandling har inte effekt på själva anorexisjukdomen men samsjuklighet som depression och tvångssyndrom kan behandlas. Värdet av psykofarmakologisk behandling är begränsad när patienten är i svält. SSRI-preparat har inte visat sig påverka viktökning eller reducera ångest eller depression hos patienter med anorexia nervosa när de är i svält. Olanzapin bör användas med försiktighet tills läkemedlet är bättre utvärderat och det finns fler välgjorda studier på olanzapin. I klinisk praxis förekommer att man ger kortverkande ångestdämpande innan patienten ska äta. Detta är dock inget det finns evidens för att det skulle vara meningsfullt (Steinglass m.fl., 2014).

Substitution med dagsbehovet av viktiga vitaminer och mineraler kan rekommenderas. Vid långdragna svälttillstånd kan man behöva substituera med järn, zink, magnesium, kalk, B₁₂ och/eller folsyra. Kräkningar kan ge uttalad hypokalemi som behöver åtgärdas med tillskott av kalium.

Vid långvarigt menstruationsbortfall (mer än 1 år) ökar risken för

osteoporos. Inget tyder på att substitution med östrogen har effekt. Däremot kan viktuppgång och näringstillförsel reducera risken för osteoporos om patienten fortfarande är ung, under cirka 25 år, innan slutmineraliseringen av skelettet är avslutad (Bergström m.fl., 2012).

Heldygnsvård

Behandling i heldygnsvård kan bli nödvändig framför allt vid grav undernäring (se faktaruta 5:1) och när det finns risk för allvarliga medicinska komplikationer. Även allvarlig psykiatrisk samsjuklighet som depression med suicidrisk eller psykosociala krissituationer i familjen kan kräva slutenvårdsbehandling.

Inläggning på vårdavdelning är ofta förbundet med ångest och ambivalens över att behöva avstå kontroll. Det är därför bra att träffa patienten före inläggningen och gå igenom behandlingsrutiner. Ta också reda på hur mycket patienten har klarat av att äta själv och informera om vilket stöd patienten kommer att få. Under den första tiden på avdelningen bör man vara noga med de medicinska kontrollerna, både för att säkert veta hur allvarligt sjuk patienten är och för att vara säker på att det inte finns en risk för refeeding syndrom (se faktaruta 5:3) när patienten börjar få adekvat näring i sig.

I faktaruta 5:2 redovisas de initiala bedömningar som behövs göras.

5:2 MEDICINSKA KONTROLLER VID HELDYGNSBEHANDLING, ANOREXIA NERVOSA

Första dagarna – dagliga kontroller som när tillståndet förbättras minskas i frekvens:

- blodtryck
- puls
- kroppstemperatur
- ödemtendens.

Intagningsprover:

Labotorievärden:

blodstatus	Alb	tiamin
Na	Krea	S-Fe
K	ASAT	TIBC
Ca	ALAT	ferritin
P	amylas	kobolamin
Mg	P-glukos	folat

- EKG.
- Vid behov ska man upprepa suicidbedömningen.

Vid utebliven viktuppgång hos en patient som har en mycket låg vikt vid inläggningen men som förefaller samarbeta väl med behandlingen kan det vara otillräckligt med en normalkost på cirka 2 000 kcal för effektiv viktuppgång, då kroppen kräver mer för att ställa om till en anabol metabolism. Man kan då behöva komplettera med näringsdryck motsvarande cirka 500–1 000 kcal mellan måltiderna. Om patienten har stora svårigheter att äta eller ta näringsdryck kan det bli nödvändigt med sondnäring under en kortare tid.

Man bör vara ytterst försiktig med intravenös nutrition på grund av risken att överbelasta hjärta och cirkulation, så kallat refeeding syndrom (se faktaruta 5:3).

5:3 REFEEDING SYNDROM

Ökad risk vid BMI under 12.

Ökad risk de första två veckorna vid återuppfödning.

Parenteral nutrition ökar risken och ska undvikas.

Symtomen är:

- förhöjt blodtryck
- rytmrubbningar på hjärtat
- hjärtinkompensation
- perifera ödem
- parestesier
- muskelsvaghet
- krampanfall
- koma.

Hypofosfatemi efter 2–3 dagars näringstillförsel är ett allvarligt tecken på hotande refeeding syndrom.

Tillståndet kan leda till plötslig död.

Patienten ska övervakas och behandlas på medicinklinik vid symptom på refeeding syndrom.

Refeeding syndrom anses bero på den övergång som sker vid ökat näringsintag från svältinducerad glukoneogenes till kolhydratinducerad insulinfrisättning, vilken utlöser ett snabbt intracellulärt upptag av kalium, fosfat och magnesium för att metabolisera kolhydrater i cellerna (Kohn m.fl., 2011). Vid gravt katabola näringsstillstånd ökar risken för refeeding syndrom på grund av minskad hjärtkapacitet och elektrolytrubbningar (hypofosfatemi).

Om näringstillförseln ökar alltför snabbt riskerar patienten att

utveckla hjärtsvikt, ödem och koma. Näringstillförseln bör därför startas med 20–30 kcal/kg kroppsvikt/dygn hos gravt avmagrade patienter. Öka därefter 200–300 kcal var 3:e dag. Följ blodstatus och elektrolytstatus inklusive fosfat och magnesium varje till varannan dag de första 1–2 veckorna. Vid lågt s-fosfat ges substitution peroralt eller intravenöst. Överväg också att stanna upp eller backa ett steg i nutritionsschemat.

Behandlingsprinciper i heldygnsvård för anorexia nervosa redovisas i faktaruta 5:4. Detta gäller för patienter som är inlagda på grund av låg vikt och inte övriga psykiatriska symtom som till exempel suicidalitet.

5:4 BEHANDLINGSPRINCIPER VID MÅLTIDER I HELDYGNSVÅRD, ANOREXIA NERVOSA

Normala måltider från första dagen.

Riktlinjer för viktuppgång: 0,5–1,0 kg/vecka = näringsintag cirka 3 000 kcal/dag.

Måltidsstöd.

Begränsad tid för måltid (30 minuter).

Vila efter maten (frukost, lunch och middag) 1 timme.

Inga toalettbesök 30 minuter efter måltid.

Om patienten inte klarar viktuppgången:

Komplettera med näringsdryck.

Om patienten inte klarar av att äta upp maten:

Sätt sond som tas bort efter att sondnäring givits.

Under vårdtiden har den anorektiska patienten ofta svårt att hantera sin ångest över att gå upp i vikt och sin rädsla för att tappa kontrollen. Det är vanligt att patienten hanterar detta genom att till exempel dricka vatten före vägning, gömma mat, motionera på rummet eller kräkas. Det är viktigt att personalen är medveten om dessa mekanismer och inte reagerar med irritation och ökad kontroll, vilket lätt upplevs som bestraffning. Man bör i stället klargöra behandlingskontraktet och patientens eget ansvarstagande samt öka det stöd som patienten kan behöva för att klara sin ångest.

Fysisk aktivitet under kontrollerade former kan tillåtas när patienten är inlagd, som till exempel en daglig promenad eller lättare fysisk aktivitet i lagom takt, tillsammans med personal. Rekommendation är att göra en helhetsbedömning och utifrån det fysiska

tillståndet avgöra vad som är tillämpligt. Vid extremt låg vikt rekommenderas sängläge. När man börjat uppnå en stabilare vikt rekommenderas en begränsad lågintensiv träning tillsammans med sjukgymnast eller under övervakning. När normalvikt uppnås kan man succesivt återgå till kontrollerad ”normalträning” om detta inte innebär en viktnedgång. Man bör i det sammanhanget vara medveten om att träning kan användas för affektreglering och man bör hjälpa till att utveckla alternativa strategier.

- Patienter med anorexia nervosa bör helst behandlas på en vård-enhet som kan erbjuda kvalificerad renutriering med noggrann medicinsk övervakning (särskilt under renutrieringens första dagar) i kombination med psykosociala interventioner.
- Psykoterapeutisk behandling av patienter med anorexia nervosa bör inte påbörjas förrän den akuta svältsituationen är under kontroll. Stödande behandling, som specialiserad stödande klinisk behandling, bör sättas in direkt.

Tvångsvård

Vid enstaka tillfällen kan det bli nödvändigt att använda tvångsvård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård, SFS 1991:1128). Det gäller framför allt patienter med anorexia nervosa som är gravt undernärda och där det föreligger en medicinsk fara. Tvångsvård kan endast tillämpas om patienten motsätter sig frivillig vård eller bedöms inte kunna ta ett grundat ställningstagande. I praktiken är tvångsbehandling lika med tvångsmedicinering och/eller näringstillförsel.

Tvångsvård får endast bedrivas på psykiatrisk eller barnpsykiatrisk klinik, vilket kan ställa till en del problem om man behöver behandla patienten i intensivvård eller på en medicinklinik. Patienten måste då samtidigt vara inskriven för sin tvångsvård på en psykiatrisk klinik. Det är den psykiatriska kliniken som har ansvaret för tvångsvården, vilket innebär att vid övervakning och tvångsåtgärder måste personal från psykiatrin närvara. Det är givetvis oerhört viktigt i det fortsatta arbetet med tvångsvårdade patienter att så snart som möjligt skapa en god arbetsallians och motivera patienten till frivillig vård.

Det är viktigt att vid bedömning av behovet av tvångsvård hos en patient med anorexia nervosa även ta hänsyn till övriga psykiatriska faktorer som depressivitet med suicidalitet.

Faktaruta 5:5 sammanfattar de centrala behandlingsinsatserna vid anorexia nervosa hos vuxna.

5:5 CENTRALA BEHANDLINGSINSATSER VID ANOREXIA NERVOSA HOS VUXNA

- Försök så långt som möjligt att lägga upp behandlingen i dialog med patienten.
- Kan patienten behandlas i öppenvård – vår rekommendation är att de flesta ska behandlas i öppenvård.
- Konkret stöd för att bryta svälten och normalisera ätbeteendet.
- Korrigera medicinska komplikationer.
- Inläggning på sjukhus är indicerat för dem med hög risk för livshotande medicinska komplikationer: extremt låga vikter och andra okontrollerade symtom.
- Regelbundna medicinska kontroller med viktkontroller.
- Ge näringsdryck vid otillräckligt näringsintag.
- Vid matvägran: sondnäring ges endast i slutenvård (undvik intravenös nutrition).
- Individuell psykologisk behandling i öppenvård för vuxna, i första hand manualiserad. Specialiserad stödjande klinisk behandling.
- Farmakologisk behandling har ingen effekt på anorexia nervosa, Olanzapin i låg dos (2,5–5,0 mg) kan ha effekt på ångestnivån och den tvångsmässiga viktfixeringen hos en del svårt sjuka patienter.
- Kroppsinriktad behandling med till exempel träning mot ökad kroppskänedom.
- Samsjuklighet (till exempel depression eller tvångssyndrom) kan behandlas med farmakologisk behandling när svälten är hävd.

Behandling av barn och tonåringar med anorexia nervosa

Barn och ungdomar med anorexia nervosa bör diagnostiseras och komma i behandling så snabbt som möjligt. Tidigt insatt behandling är prognostiskt gynnsamt (Treasure och Russell, 2011), men är också viktig för att viktförlust och somatisk försämring kan gå mycket snabbt hos yngre personer.

Barn och ungdomar ska alltid behandlas tillsammans med sina föräldrar. Detta skapar bättre förutsättningar för att behandling kan ske i öppenvård och för att i större utsträckning kunna undvika behov av heldygnsvård, jämför med vuxna med anorexia nervosa då barnet eller ungdomen inte är ensam i kampen med sjukdomen. Sjukhusvård när det föreligger allvarliga medicinska risker ska självklart alltid genomföras.

Medicinsk stabilisering. Det viktigaste första steget i behandlingen är att bryta svälten och det är särskilt angeläget hos barn och ungdomar. Det är viktigare att åstadkomma en snabb viktuppgång, då patientens normala utveckling, både kroppsligt och psykologiskt, står stilla under svälten. Det är också angeläget att ha regelbundna medicinska kontroller. Ju yngre ett barn är, desto högre hjärtfrekvens har det normalt, vilket innebär att en puls på 40 för en tioåring är betydligt allvarigare än för en tonåring. Detsamma gäller nivån av undervikt för prepubertala barn, en undervikt på 15 procent motsvarar nästan en undervikt på 25 procent hos en tonåring. Dessutom är barns hjärna känsligare för svält.

Familjeterapi är utgångspunkten i öppenvårdsbehandlingen. All behandling på mottagning inleds med familjesamtal, vanligen en gång i veckan. Om det medicinska tillståndet är hotfullt blir intensiteten i den initiala behandlingen högre. Vid varje familjesamtal ska en medicinsk bedömning genomföras. Om patientens medicinska tillstånd är hotfullt sker en medicinsk undersökning som läkaren ansvarar för. När det medicinska tillståndet är mer balanserat och en läkarundersökning inte behövs genomförs en medicinsk kontroll som innefattar vägning, puls, blodtryck och kroppstemperatur.

Föräldrarnas medverkan är helt avgörande. I början av behandlingen, när det medicinska tillståndet är som allvarligast, är det ofta nödvändigt att sjukskriva patienten från skolan och skriva sjukskrift för vård av svårt sjukt barn till föräldrarna. Detta för att skapa en situation där föräldrarna kan optimera stödet kring måltiderna och påskynda den medicinska stabiliseringen. Det finns ett behov av att båda föräldrarna aktivt deltar i behandlingen av barnet för att behandlingen ska bli framgångsrik. Enligt regeringens proposition 2005/06:159 är anorexia nervosa ett av de tillstånd inom barnpsykiatrisk verksamhet som berättigar till att föräldrar kan få sjukpenning med obegränsat antal dagar tills patienten är 18 år.

En mycket viktig del i behandlingen är att kunna ge konkret hjälp i måltidssituationen. Gemensamma familjemåltider blir en central del i behandlingen, framför allt när det är svårt att få till en viktuppgång. Ett alternativ kan vara ätstörningsteam, så kallade mobila team, som åker hem till familjen och hjälper till vid måltider för att snabbt normalisera ätandet.

Det är viktigt att se föräldrarna som en resurs och inte som ett

hinder. I familjer med ett barn med anorexia nervosa har matsituationerna ofta blivit kaotiska och känslomässigt laddade. Föräldrarna har inte sällan helt tappat sin föräldraauktoritet och sitt självförtroende då barnet har tagit över kontrollen av köket och matsituationerna. Behandlingen syftar till att stötta föräldrarna att återta sin föräldraroll och att återfå sitt självförtroende.

En lovande behandlingsmetod som blivit alltmer utbredd på senare år är multifamiljeterapi. Behandlingen utgår från den familjeterapi som utvärderats vid behandling av anorexia nervosa hos den yngre patienten och syftar till att familjer i samarbete med andra familjer hjälps åt att hitta sätt att gå emot det anorexia nervosa-sjukdomen ställer till med.

Heldygnsvård och tvångsvård

De väsentliga grunderna som redogörs för i avsnittet om vuxna med anorexia nervosa ovan är tillämpbara på barn och ungdomar, med nedanstående tillägg.

När det medicinska tillståndet blir allvarligt måste patienten erhålla en intensivare behandling. Barn och yngre tonåringar kan snabbt försämrats och behöva bedömas av barnläkare och behandlas på barnklinik. Slutenvård för yngre patienter inom specialiserad ätstörningsvård finns vid vissa regionala enheter. Dessa är ofta enheter där hela familjen medverkar vid inläggning i form av familjebehandlingslägenheter eller familjeavdelning.

Inläggning inom allmän barnpsykiatri är det vanligaste. Det som är viktigt är att ha en god medicinsk övervakning och en aktiv medverkan från familjen.

När tvångsvård blir aktuell för barn och ungdomar gäller att minderåriga barn (under 15 år) kan läggas in och kvarhållas i slutenvård med föräldrarnas medgivande utan tvångsvård. Blir det nödvändigt med tvångsåtgärder som exempelvis tvångssondning gäller inte föräldrarnas medgivande. Man måste då överföra patienten till LPT-vård.

Strukturerad psykologisk behandling. Familjeterapi är en strukturerad psykologisk behandling, men riktar sig inte enbart till en patient i svält utan i hög grad även till föräldrarna. När svälten inte längre är det dominerande problemet kan fokus riktas mot patientens hela situation. Behandlingen måste då i ännu högre grad individualise-

ras, samtidigt som man konsoliderar föräldrarnas ansvar för att patienten fortsätter med ett normaliserat ätande. Det är i detta skede som det kan bli aktuellt med psykologisk behandling riktad till patienten själv. Det kan ske inom ramen för familjeterapin, men framför allt äldre tonåringar bör erbjudas möjligheten till egna samtal. Det är ofta först nu man kan skaffa sig en säker bild av eventuell samsjuklighet och erbjuda adekvat behandling för den.

När en patient lyckats ta sig ur anorexia nervosa-sjukdomen bör behandlingen inte avslutas direkt utan familjen och patienten följs upp under 6–12 månader eller i varje fall till dess den normala kroppsliga mognaden har kommit i gång och patienten har återtagit eventuell tillväxthämning. Det är viktigt att följa patienten och familjen under den period det tar för patienten att helt tillfriskna och återgå till normala sociala aktiviteter. Detta för att minimera risken för kvarstående kroppsliga men, men också för att undvika den stora risk som finns vid anorexia nervosa att på lång sikt utveckla ett allvarligt socialt handikapp.

Faktaruta 5:6 sammanfattar de centrala behandlingsinsatserna vid anorexia nervosa hos barn och ungdomar.

5:6 CENTRALA BEHANDLINGSINSATSER VID ANOREXIA NERVOSA, BARN OCH UNGDOMAR

- Tidigt insatt behandling.
- Behandling i öppenvård.
- Familjeterapi med interventioner riktade direkt mot ätstörningen.
- Multifamiljeterapi tidigt i behandlingsförloppet.
- Individualterapi blir aktuellt för äldre tonåringar som komplement till familjeterapi.
- Viktkontroller, som endast ska ske på mottagning och inte i hemmet.
- Korrigering av medicinska komplikationer.
- Näringsdryck ges vid otillräckligt näringsintag.
- Vid matvägran: sondnäring ges endast i slutenvård (undvik intravenös nutrition).
- Använd ångestdämpande och antidepressiva med försiktighet.
- Kroppsinriktad behandling med till exempel träning mot ökad kroppskänedom.
- Olanzapin i låg dos (2,5–5,0 mg) kan ha effekt på ångestnivån och den tvångsmässiga viktfixeringen hos en del svårt sjuka patienter.

Behandling av svår och långvarig anorexia nervosa

Personer som haft en ätstörning under lång tid har ofta träffat många olika behandlare och gjort flera försök i olika behandlingar under sin sjukdomsperiod. Definitionen långtidssjuk är ännu om-diskuterad, men eftersom det i snitt tar cirka 6 år för patienter att bli friska från ätstörning bör definitionen långtidssjuk innebära att patienten varit sjuk i mer än 6 år. Oftast menar man en sjukdoms-period på mer än 10 år. Den långtidssjuka patienten bör även ha genomgått flera behandlingar där målet varit att bli frisk från ätstörning. Av de patienter som behandlas inom specialiserad ätstörningsvård i Sverige i dag har cirka 5 procent varit sjuka i 20 år eller längre enligt data från Riksät.

Att ätstörningen är svår att behandla efter lång tid kan ha olika orsaker. Den senaste i raden av behandlare har ofta ambitionen att ”bota”. Patienten själv har många gånger inte haft samma målsättning. Dessa patienter ska inte avvisas från behandlingsinrättningarna utan erbjudas en lågintensiv behandling som fokuserar på förbättrad adaptiv funktion. Restaurering av en normal vikt är inte ett primärt fokus i behandlingen om inte patienten själv önskar det. En förbättrad nutrition är av stor betydelse även när det inte innebär viktuppgång. Det viktiga är att kartlägga patientens sociala liv och hjälpa till med att förbättra livskvaliteten. Att hjälpa patienten att ha en så god kroppslig hälsa som möjligt, trots den uttalade undervikten, ingår som en central del.

Faktaruta 5:7 sammanfattar de centrala behandlingsinsatserna vid svår och långvarig anorexia nervosa.

5:7 CENTRALA BEHANDLINGSPRINCIPER VID SVÅR OCH LÅNGVARIG ANOREXIA NERVOSA

Stöd och uppmuntran till patienten, förmedla realistiskt hopp och förväntningar på förbättringar.

Fokusera på stödjande funktioner, relationer och livskvalitet.

Bygg upp en förtroendefull kontakt och trygghet som kan möjliggöra ett förändringsarbete när patienten är mogen för det.

Stöd till familj och anhöriga.

Se tillsammans med patienten över de behandlingar patienten tidigare erhållit och ta reda på vad som varit bra respektive mindre bra från patientens perspektiv.

Sätt upp möjliga mål med kontakten/behandlingen tillsammans med

patienten (till exempel hjälpa patienten till en bättre livskvalitet med sina kvarvarande ätstörningssymtom).
Behandlingsintensiteten ska anpassas till allvaret i sjukdomstillståndet.
Hjälp patienten att känna igen tecken på somatiska risksituationer som kan uppstå.
Medicinering: motivera patienten till att sköta rekommenderad medicinering.
Regelbundna somatiska kontroller.
Regelbunden och tät kontakt med tandläkare med specialkunskap inom området.
Förtydliga somatiska/laboratoriekriterier som inte får underliggas för att inte inläggning ska bli aktuell.
Undersök om patienten behöver stöd till kontakt med försäkringskassan eller kommunen.

Evidens för behandlingsinsatser vid anorexia nervosa

Evidensläget är liksom vid riktlinjerna 2005 fortfarande svagt – de tidigare rekommendationerna för behandling av anorexia nervosa kvarstår, men rekommendationerna har blivit tydligare och säkrare (Watson och Bulik, 2013). Framför allt har det kommit större och mer välgjorda studier av familjeterapi för den yngre patienten (Lock m.fl., 2010). En anledning till det svaga evidensläget är att det är svårt att göra randomiserade kontrollerade studier inom området (Bulik, 2014). De engelska riktlinjerna från NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) graderar behandlingsinsatser efter vilket stöd de har mellan A–C, där grad A är starkast. I deras rekommendationer är 50 av 51 rekommendationer grad C. Den starkaste rekommendationen att barn och ungdomar ska ges familjeterapi har grad B (NICE, 2011, 2014; Herpertz m.fl., 2011; Hay m.fl., 2014). Det finns således ingen rekommendation som har grad A.

Ingen speciell psykologisk behandling för vuxna är överlägsen men en stor del patienter blir bättre av olika typer av specialiserad psykologisk behandling (McIntosh m.fl., 2011; Carter m.fl., 2011; Zipfel m.fl., 2014; Kass m.fl., 2013). Specialiserad stödjande klinisk behandling, så kallad Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) som tidigare hette Non-Specific Supportive Clinical Management är en behandlingsmodell som utvecklades för att vara

en standardiserad jämförelsebehandling i olika randomiserade kontrollerade studier av psykologiska behandlingsmetoder vid anorexia nervosa. I en studie har SSCM visat sig bättre än KBT och IPT på kort sikt och helt jämförbar efter fem år (Carter m.fl., 2011). I två andra studier har SSCM varit lika bra som KBT respektive MANTRA (MANTRA beskrivs längre ner) (Touys m.fl., 2013; Schmidt m.fl., 2012). En tysk studie har visat liknande resultat med en intensivare specifik stödjande behandling, så kallad Management optimised treatment as usual (Zipfel m.fl., 2014), resultatet var lika bra som för psykoanalytisk terapi respektive KBT-E.

Det finns sju kontrollerade RCT-studier och sex andra studier utifrån vilka man kan dra slutsatser om effektiviteten av familjeterapi för ungdomar med anorexia nervosa (Carr, 2014). Resultat av metaanalyser visade att 60–90 procent av de som fått familjeterapi inte hade kvar någon ätstörning vid uppföljning som gjordes mellan 6 månader och 6 år, medan 10–15 procent fortfarande var sjuka. Resultatet var bättre än för individuella terapier. Det var också bättre än för slutenvård där 25–30 procent får återfall efter första inläggningen och 55–75 procent får återfall efter andra eller fler inläggningar (Carr, 2014).

I en metaanalys av 12 studier med familjeterapi för ungdomar med ätstörning (Couturier m.fl., 2013) indikerade behandlingsdata vid terapins avslutning att familjebaserad terapi inte var signifikant bättre än individuell behandling, men resultatet vid 6–12 månaders uppföljning var bättre för ungdomar som fått familjeterapi jämfört med kontrollgruppen. I en Cochrane review (Fisher m.fl., 2010) fann man ett stöd för att familjeterapi på kort sikt kan vara bättre än sedvanlig behandling. Förklaringen till det sämre resultatet i Cochranesammanställningen kan enligt Couturier med flera vara att man inkluderade både barn och vuxna samt olika former av familjeterapi. Stödet för familjeterapi gäller väsentligen barn och ungdomar och den modell som främst är utvärderad är utvecklad vid Maudsleysjukhuset i London och kallas Eating Disorders Focused Family Therapy (EDFT). Det har även kommit en studie som jämför denna familjeterapimodell med systemisk familjeterapi (Agras m.fl., 2014) där man inte kunnat visa några större skillnader mellan metoderna.

Vid Maudsleysjukhuset pågår utveckling av en behandlingsmodell som engagerar föräldrar och anhöriga vid behandling av vux-

na med anorexia nervosa (MANTRA) (Schmidt m.fl., 2012; Lose m.fl., 2014). Metoden har utvecklats utifrån en teori om vidmakthållande faktorer och riktar sig mot kognitiva snedvridningar, rigiditet, socioemotionella svårigheter och föräldrars/partners vidmakthållande beteenden. MANTRA har hittills inte visat någon större skillnad jämfört med Specialist Supportive Clinical Management (SSCM), men större studier är på gång.

Multifamiljeterapi (MFT) har utvecklats som ett tillägg till ordinarie behandling och används framgångsrikt i många länder (Carr, 2014; Eisler, 2005; Lock och le Grange, 2013). En stor (n = 200) randomiserad studie har genomförts i London 2013. (Eisler, 2013), som visar att MFT påskyndar tillfrisknandet. Studier pågår även i Sverige.

Ingen psykofarmakologisk behandling har visat sig ha effekt på anorexia nervosa-sjukdomen. En studie har visat att återfall kunde minskas med Fluoxetine, men detta resultat har inte kunnat replikeras (Brown och Keel, 2012). Olanzapin (Zyprexa) i låg dos (2,5–5,0 mg) kan ha effekt på ångestnivån och den tvångsmässiga viktfixeringen hos en del svårt sjuka patienter (Aigner m.fl., 2011). Även risperidon (Risperdal) är undersökt i en studie, men där har man inte kunnat visa samma effekt som för olanzapin (Hagman m.fl., 2011). Olanzapin är dock huvudsakligen studerat inom heldygnsvård för vuxna, men behöver studeras mer i öppenvård (Brown och Keel, 2012).

Alprazolam (Xanor) är undersökt i en RCT-studie, där man gav läkemedlet före måltid för att se om det lindrade ångesten och kunde hjälpa patienten att klara av att äta bättre. Man fann ingen effekt av läkemedlet, varken avseende ätbeteende eller ångest (Steinglass m.fl., 2014).

- Familjeterapi är bättre än individualterapi för unga patienter med anorexia nervosa (<19 år) som haft en kort sjukdomsduration (<3 år) såväl avseende vikt som avseende det allmänna tillfrisknandet.
- All anorexibehandling måste prioritera viktrestitution. Metoderna för att säkerställa viktuppgång varierar med graden av svält. Medicinsk omvårdnad bör i kombination med psykoterapi vara förstahandsalternativ.

Bulimia nervosa

Behandlingen av patienter med bulimia nervosa sker i öppenvård. Helydgnsvård för själva bulimisjukdomen är sällsynt, en intensifiering av behandlingen sker främst i dagvård. Psykoterapeutisk behandling rekommenderas som primär behandlingsinsats. I första hand tidsbegränsad psykoterapi, individuellt eller i grupp, med fokus på både beteendeförändringar och personlighetsutveckling. I de fall där patienten har mycket frekventa kräkningar och hetsätning samt vid misstanke om självmordstankar och självdestruktivitet kan det vara indicerat med behandling i helydgnsvård. Även om patienter med bulimia nervosa inte nödvändigtvis har några uppenbara somatiska komplikationer bör en läkarundersökning med provtagning genomföras i inledningen av behandlingen.

Det första steget i den generella behandlingen av bulimia nervosa inriktas mot att hjälpa patienten att äta regelbundet, normala måltider och att bryta kompensatoriska beteenden (kräkningar, laxermedelsmissbruk, överdrivet motionerande etcetera). Patienten bör uppmuntras att använda sig av ett evidensbaserat självhjälpsprogram med behandlarstöd. Program via internet och appar börjar bli tillgängliga. Självhjälpsböcker finns också att tillgå (se i referenser). Patienten ska särskilt informeras om att förändrade ätbeteenden är en nödvändig förutsättning för att behandlingen ska bli framgångsrik. I det initiala skedet av behandlingen är det därför lämpligt med psykopedagogiska interventioner, till exempel information om sjukdomen, matens funktion, kroppens reaktioner och betydelsen av energiintag för de psykiska funktionerna. Patienter med bulimia nervosa behöver ofta extra stöd kring förändring av ätbeteendet, vilket kan ske tillsammans med till exempel sjuksköterska eller dietist. Användning av matdagböcker är ett bra hjälpmedel.

I de fall där patienten behöver dagvård kan ätträning i grupp tillsammans med andra patienter och behandlingspersonal vara ett bra alternativ. Det gäller framför allt patienter som haft sina symptom under lång tid, där den normala livsföringen har förändrats med social isolering som följd. Eftersom patienter med bulimia nervosa ofta har en mycket negativ attityd till sin egen kropp kan det vara värdefullt med behandling som är kroppsinriktad (se "Fysioterapeutisk behandling"), till exempel träning för ökad kroppskänedom parallellt med psykoterapeutisk behandling.

Patienter med frekventa kräkningar ska, liksom alla ätstörningspatienter, remitteras till tandläkare för att förebygga karies och erosionsskador.

En del patienter har ett gott stöd av antidepressiv medicinering som ett komplement i behandlingen och som lindring vid ångest, depression och tvångssymtom. Antidepressiva mediciner kan hjälpa till att reducera frekvensen av hetsätning och kräkning. Man bör vara observant på att utebliven behandlingseffekt kan bero på att patienten kräks upp medicinen innan den har hunnit resorberas. Doseringen vid bulimi är högre än vid behandling av depressiva tillstånd. Rekommenderad dos är till exempel för fluoxetin 60 mg dagligen.

I faktaruta 5:8 listas de övergripande behandlingsprinciperna.

5:8 BEHANDLINGSPRINCIPER VID BULIMIA NERVOSA

Konkret stöd för att normalisera ätbeteendet och bryta hetsätning och kräkning.

- Ett evidensbaserat självhjälsprogram med behandlarstöd kan vara första insatsen.
- Evidensbaserad internetbehandling håller på att utvecklas och kommer att bli ett behandlingsalternativ.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) bör erbjudas vuxna, individuellt eller i grupp. Interpersonell psykoterapi (IPT) kan vara ett alternativ, men har långsammare effekt.
- Ungdomar ska i första hand erbjudas familjebehandling. KBT anpassad till deras ålder och med föräldraengagemang är ett alternativ.
- Farmakologisk behandling med fluoxetin 60 mg kan komplettera ovanstående behandlingsinsatser. Om fluoxetin används som enda behandling föreligger en hög risk för återfall när preparatet sätts ut.
- Kroppsinriktad behandling med till exempel träning kan ge ökad kroppskänedom.
- Korrigera medicinska komplikationer (hypokalemi).
- Behandla samsjuklighet (till exempel missbruk, depression).
- Remiss till tandläkare för förebyggande terapi och åtgärdande av tandskador.

Evidens för behandlingsinsatser vid bulimia nervosa

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den behandlingsmetod som visat sig mest effektiv (Hay m.fl., 2009). I en studie från Köpenhamn jämfördes KBT-E med psykoanalytisk psykoterapi, där KBT-E visade sig vara överlägsen, både vid behandlingsavslut och efter två år (Poulsen m.fl., 2014). Interpersonell terapi har i studier visat sig vara lika effektiv som KBT ett år efter behandlingsstart, men KBT har en snabbare insatt effekt och har visat sig vara bättre än IPT vid behandlingsavslut.

Antidepressiv medicin (framför allt SSRI-preparatet fluoxetin) har visat sig ha effekt på hetsätning, kräkning och stämningsläge, men är inte lika effektiv som KBT och avbrutna behandlingar är vanligt. Antidepressiv medicin rekommenderas därför inte som enda behandlingsform (Aigner m.fl., 2011). Fluoxetin har visat sig vara lättare att ta i högre doser, då med färre avbrutna behandlingar. Dessutom har man i studier med fluoxetin visat på en specifik effekt på bulimisjukdomen, som inte enbart hänger ihop med förbättrat stämningsläge.

Kombinationen KBT och antidepressiv medicin visar sig i de flesta studier inte ha bättre effekt än enbart KBT (Aigner m.fl., 2011).

KBT-baserad självhjälp med behandlarstöd som är internetbaserad kan hjälpa vissa patienter, främst de som inte har någon samsjuklighet (Wilson och Zandberg, 2012).

Familjeterapi för den yngre patienten har studerats i två studier med lite motstridiga resultat. En studie gav stöd för familjeterapi jämförd med individualterapi (Le Grange m.fl., 2007) medan den andra inte visade skillnad mellan metoderna (Schmidt m.fl., 2007). En metaanalys (Couturier, 2013) menar att det ändå finns ett stöd för familjeterapi.

Hetsätningsstörning

Behandling av patienter med hetsätningsstörning bör främst ske i öppenvård och vid särskilda fall på dagvårdsenheter. Patienter med hetsätningsstörning kan ha en grav övervikt och då måste överviktens specifika problem och samsjuklighet beaktas. Dock är basen i all behandling av hetsätningsstörning normalisering av ätbeteendet, som en grund för att minska hetsätandet. Detta görs genom regelbundna måltider enligt tallriksmodellen. Det är inte så

att patienter som normaliserar sitt ätbeteende automatiskt går ner i vikt. För detta kan speciella matscheman behövas, där hänsyn tas till behovet att få en regelbunden måltidsordning som inte triggas av hetsätningen samtidigt som ett visst kaloriunderskott behövs. I det initiala skedet av behandlingen är det därför lämpligt med huvudsakligen psykopedagogiska interventioner, till exempel information om sjukdomen, matens funktion, kroppens reaktioner och betydelsen av regelbundet energiintag för de psykiska funktionerna. Patienter med hetsätningsstörning behöver ofta extra stöd kring förändring av matvanor, vilket kan ske tillsammans med till exempel sjuksköterska eller dietist. Användning av matdagböcker är ett utmärkt hjälpmedel. Det medför struktur och kan utgöra underlag för planering av vården och delmål i behandlingen.

Behandlingen av patienter med hetsätningsstörning sker lämpligast med KBT-inriktad behandling individuellt eller i grupp. Självhjälpsprogram kan också vara till bra hjälp. Medicinering är ett tillägg till behandling för patienter med psykiatrisk samsjuklighet. Den medicinering som rekommenderas är densamma som vid bulimia nervosa, nämligen fluoxetin i dosen 60 mg dagligen. När fluoxetin används som enda behandling är risken hög för att symtomen kommer tillbaka när medicinen sätts ut.

Evidens för behandlingsinsatser vid hetsätningsstörning

Vid hetsätningsstörning förefaller det kunna föreligga en liknande situation som vid bulimia nervosa, nämligen att KBT har god effekt (Munsch m.fl., 2007) och att IPT har en effekt som kommer senare (Hilbert m.fl., 2012).

Stödet för SSRI-medicinering är också jämförbart med stödet vid bulimia nervosa.

Övriga ätstörningar

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

- Atypisk anorexia nervosa.
- Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet.
- Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet.

Närmare hälften av de patienter som söker hjälp för ätstörning uppfyller varken kriterierna för anorexia nervosa, bulimia nervosa eller hetsättningsstörning, men har samma symptom och ett uttalat lidande. Sannolikt kommer denna grupp av patienter fortsatt att vara en betydande del av de som kommer till behandling. Det finns inte några behandlingsstudier för denna grupp av ätstörningar. De riktlinjer som i första hand gäller är de som ovan beskrivs för de fulla syndromen. I behandlingen av dessa störningar kan man behöva ta större hänsyn till eventuell samsjuklighet.

- Självrensning: Denna störning har inte varit beskriven så länge (Keel m.fl., 2005; Keel, 2007; Keel & Striegel-Moore, 2009). Det finns inga behandlingsstudier (Tasca m.fl., 2012). Det är inte i dag klart om det är den rekommenderade behandlingen vid bulimia nervosa eller anorexia nervosa som i första hand bör tillämpas vid detta tillstånd.
- Natligt ätande: Även om denna störning har varit beskriven sedan 1950-talet och det finns en del forskning gjord finns det inte så mycket kunskap om vad som kan vara verksam behandling. Möjligen är antidepressiv medicinering verksam, men resultaten är motsägelsefulla (Allison och Tarves, 2011).

Undvikande/restriktiv ätstörning

Denna diagnos innehåller framför allt två olika typer av ätstörningssymptom som oftast förekommer hos olika patienter. Dels de med generell restriktivitet, dels de med ett undvikande selektivt ätbeteende.

Det finns ännu inte några klara behandlingsrekommendationer för denna diagnos. Patienter med denna diagnos, där symtombilden domineras av restriktivitet med åtföljande signifikant låg vikt, rekommenderas samma behandlingsinsatser som vid anorexia nervosa.

Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom

Detta är en diagnos där patienten inte uppfyller någon av ätstörningsdiagnoserna, men har kliniskt signifikanta ätstörningsproblem. Det kan röra sig om alla de olika typer av symtom som ingår i diagnosgruppen ”ätstörning eller födorelaterat syndrom” och utgör därför en mycket heterogen grupp.

Behandlingsinsatser hämtas från den ätstörning som bäst överensstämmer med symtomen.

Pica

Specifika behandlingsstudier saknas. Ofta finns en grundsjukdom som bör behandlas.

Idisslande

Beteendeterapi har provats med en del rapporterad framgång, men kontrollerade behandlingsstudier saknas.

Specifika behandlingsmetoder

Medicinering

Det finns ingen medicin som är verksamt mot själva anorexia nervosa-sjukdomen (Hay och Claudino, 2012). Vid kliniska prövningar har dock olanzapin (Zyprexa) verkat lovande. Det är framför allt ångestnivån och de anorektiska tvångstankarna som har reducerats hos en del patienter. Någon effekt på vikten har man inte kunnat visa. Zyprexa ges i låga doser, initialt 2,5 mg, som kan höjas till 5 mg. Det finns sällan skäl att gå högre i dos. Behandling med Zyprexa bör endast ges under en kortare period och ska vara utsatt innan patienten har nått normalvikt. Den vanligaste biverkningen som är associerad med Zyprexa – ökad aptit med viktuppgång – ses inte hos en patient i svält, men kommer när patienten kommit ur svälten och kroppen börjar fungera normalt. Det sker oftast när patienten kommer upp i sin vanliga vikt. Dessa biverkningar gör att risken för att utveckla bulimia nervosa när man tillfrisknat från anorexia nervosa ökar. Zyprexa är en medicinering som ska användas med försiktighet, då det vetenskapliga underlaget är begränsat.

Det kan bli aktuellt att vid behov behandla associerade svårighe-

ter som till exempel depression och tvångssyndrom med medicin. Fluoxetin är förstahandspreparat vid dessa tillfällen. När patienten är i svält får man ingen effekt av fluoxetin utan det är först när ämnesomsättningen har kommit i gång som SSRI-preparat fungerar.

De tarmproblem som de flesta patienter har i form av långsam tarmtömning med förstoppning – besvär som kan bli mycket svåra i samband med att patienten börjar äta bättre – kan lindras med tarmmassage och medicin som Movicol. Effekten är dock inte dramatisk. Självklart ska vanliga laxermedel undvikas. Bästa hjälpen mot förstoppningen är att komma i gång och äta regelbundet – och att fortsätta med det.

Vid bulimia nervosa har antidepressiva visat sig ha effekt, men rekommenderas inte som enskild behandling. De som inte svarar på psykoterapibehandling eller där patienten är svår att engagera i behandlingen är fluoxetin den medicin som ska ges i första hand. Den terapeutiska dosen är 60 mg. Även andra SSRI-preparat har effekt, fluoxetin är förstahandspreparat dels för att det är bäst studerat, dels för att det är lättast att föredra i de relativt höga doser som krävs för effekt.

Kost- och nutritionsbehandling

Kost- och nutritionsbehandling är en viktig del av behandlingen vid ätstörning. Även om det forskningsmässiga stödet är begränsat är den kliniska erfarenheten oantastlig. Det är ofta den första åtgärden man vidtar när man har upptäckt eller diagnostiserat en ätstörning. Alla som jobbar med ätstörning behöver ha tillräcklig kompetens för att kunna ge kostråd och kunna utföra kost- och nutritionsbehandling på en grundläggande nivå.

De nordiska näringsrekommendationerna ska ligga till grund för kostbehandlingen om särskilda behov ej föreligger (Nordic Nutrition Recommendations, 2012).

Generella kostråd som kan ges vid ätstörning:

- Regelbunden måltidsordning med frukost, lunch, middag, två mellanmål samt ett kvällsmål.
- Uppläggning av maten enligt tallriksmodellen.
- Strävan efter ett allsidigt ätande från alla grupper i matcirkeln.

Rådgivning. Kostrådgivning är inte individanpassad och kan ske både enskilt och i grupp och baseras på nordiska näringsrekommendationer.

Behandling. Dietister som behandlar patienter med ätstörning ska utgå från de riktlinjer som har utarbetats av referensgruppen för dietister inom psykiatri inom Dietisternas Riksförbund, DRF (DRF, 2007). Man bör också sträva efter att jobba enligt Nutrition Care Process, NCP, samt dokumentera sitt arbete i enlighet med Nutrition Care Process Terminology, NCPT.

Kostbehandlingen grundas på en bedömning som inleds med en noggrann kartläggning av ätmönster, eventuellt kompensatoriskt beteende och fysisk aktivitetsnivå. En bedömning av patientens energi- och näringsbehov ska alltid ligga till grund för kostbehandlingen.

Arbetsredskap vid bedömning och behandling:

Matdagbok. Matdagboken kan användas både som ett redskap för bedömning och för behandling. Matdagboken ger en bild av patientens ätbeteende och matmönster. Den kan också ge en bild av energi- och näringsintag om patienten anger mängder och portionsstorlekar. Om patienten skriver ner tankar, känslor och beteende i anslutning till ätandet kan man också få en bild av patientens föreställningar och upplevelser kring mat. Matdagboken kan användas som ett pedagogiskt redskap för att prata kring mat och ätande. För patienten är matdagboken ett sätt att möta sitt eget beteende och sina tankar och känslor kring mat. En matdagbok kan läggas upp på olika sätt, ett exempel på hur den kan se ut finns i bilaga 1.

Kostregistrering. För att göra en mer noggrann bedömning av energi- och näringsintag är det värdefullt att patienten gör en skattad kostregistrering med hjälp av dietist. Patienten, eller vårdnadshavarna om patienten är minderårig, skriver ner allt patienten äter eller dricker under tre till fyra på varandra följande dagar. Två av dagarna ska vara vardagar och en till två dagar ska vara helgdagar.

Kostregistreringen näringsberäknas av dietist.

Matbilder. Att jobba med bilder kan vara ett pedagogiskt sätt att visa på portionsstorlekar, måltidssammansättning och måltidsordning.

Exempel på bilder (se referenser för länkar):

- tallriksmodellen
- matcirkeln.

Måltidsmättet. För en del patienter kan det vara lämpligt att använda sig av måltidsmättet, ett slags måttsats enligt tallriksmodellen. Den finns för två olika energinivåer; 2 100 kcal för kvinnor och 2 700 kcal för män. Det är emellertid viktigt att patienten inte fastnar i ett beteende där man mäter och väger maten. Barn ska inte själva mäta upp maten. Dietist konsulteras lämpligen för bedömning innan man rekommenderar måltidsmättet.

Matschema. För att patient och vårdnadshavare ska få bra riktlinjer för måltidsordning, allsidighet och portionsstorlekar kan man använda sig av matschema som är anpassat till patientens behov. En bedömning av energibehov ska föregå val av matschema. Även i detta fall behöver man se till så att man inte låser fast sig vid att mäta och väga mat och att föräldrarna ansvarar för portionsstorlekarna för patienter under 18 år. Man ska använda matschema med försiktighet. I behandlingen är det viktigt att hjälpa patient och föräldrar att våga lita på sin egen kompetens.

Näringsdrycker. Näringsdrycker och andra kosttillskott är komplement till vanlig mat och ska inte ersätta andra måltider. För den underviktiga patienten som har normaliserat sitt ätbeteende men inte ökar i vikt kan man lägga till näringsdryck under en period för att åstadkomma viktökning.

Dietist bör konsulteras för ordination av mängd, frekvens och sort. Näringsdrycker kan skrivas ut på livsmedelsanvisning av läkare som är barnspecialist (barn- och ungdomspsykiater eller barnläkare) för barn under 16 år. Vem som förskriver näringsdrycker för ungdomar över 16 år och vuxna skiljer sig mellan olika orter. I de flesta landsting är det dietister som sköter förskrivningen för denna åldersgrupp.

Självhjälpprogram

Självhjälpprogram med behandlarstöd kan vara ett bra första steg i behandling av en ätstörning. De flesta program som används i dag bygger på KBT. De självhjälpprogram som utvärderats riktar sig i första hand till unga vuxna med hetsättningsproblem. Individer med hetsättningsproblem håller ofta sina problem hemliga och söker därför inte hjälp. Självhjälp med professionellt stöd kan därför vara ett alternativ för många (Wilson och Zandberg, 2012).

Syftet med självhjälpprogram är att individer på egen hand, steg

för steg, ska få kunskap och information om hur de kan gå till väga för att bryta med sin svält och/eller hetsätning. Självhjälpsprogram kan också användas inom primärvården eller inom specialistverksamheterna med syftet att reducera symtomen och öka behandlingseffektiviteten. Självhjälpsprogrammen kan också användas som ett tillägg till alla former av psykoterapi.

Det finns studier gjorda i Sverige (Ramklint m.fl., 2012) och utprovning av internetbaserade självhjälpsprogram pågår.

Det finns i dag inte något internetbaserat självhjälpsprogram som kan användas i Sverige. Det som kan rekommenderas är att utgå från en självhjälpsbok som Fairburns bok *Att övervinna hetsätning* (Fairburn, 2011) och ge behandlarstöd 10–15 minuter per vecka.

Specialiserad stödjande klinisk behandling

Vid anorexia nervosa hos vuxna har ingen psykoterapeutisk behandling visat sig vara effektivare än specialiserad stödjande klinisk behandling (Specialist Supportive Clinical Management) som i dag är den bäst utvärderade standardiserade stödjande behandlingen (McIntosh m.fl., 2006; Touyz m.fl., 2013). Behandlingen ges av en erfaren kliniker med goda kunskaper inom alla för ätstörningsområdet relevanta områden inklusive övrig psykopatologi och samsjuklighet. Den centrala aspekten är återupptagande av normalt ätande och återgången till en normal vikt.

Behandlingen innehåller tre olika faser:

1. *Den inledande fasen*, där målet är att tillsammans med patienten identifiera symtom och fastställa mål för viktökning och normaliserat ätande.
2. *Den mellersta fasen* innebär en kontinuerlig uppföljning av hur målen uppfylls och hur symtom utvecklas. Fortsatt stöd och uppmuntran för att uppnå målen för normalt ätande och viktuppgång.
3. *Den sista fasen* innehåller diskussion om avslutning av behandlingen, inklusive planer för framtiden, som på lämpligt sätt markerar slutet på den terapeutiska relationen.

SSCM innehåller en psykoedukativ komponent, med muntlig och skriftlig information och råd om anorexia nervosa, kost och andra områden som är relevanta för ätstörningar. Dessa innefattar äm-

nesomsättning, effekterna av svält, vägning, bantning, självrensning, hetsätning, sociokulturella influenser på ätstörningar, motion och benhälsa. Denna information, som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, ges även till anhöriga.

Regelbunden vägning är viktigt både för att kontrollera vikten och för att ta tillfället att diskutera beteenden som rör rädsla för viktökning, antingen överdriven vägning eller undvikande av vägning.

Det finns ännu ingen manual på svenska.

Kognitiv beteendeterapi

Vid bulimia nervosa är kognitiv beteendeterapi den mest effektiva behandlingen. För patienter med anorexia nervosa förefaller KBT vara jämförbar med andra psykologiska behandlingar.

Kognitiv beteendeterapi är en manualbaserad tidsbegränsad terapi som fokuserar på att kartlägga patientens tankar, attityder och antaganden angående mat, vikt och smalhetsideal. En specifik form av KBT, så kallad KBT-E, där E står för "enhanced" (förstärkt) (Fursland m.fl., 2014) har utvecklats av Christopher Fairburn och kännetecknas av ett större fokus på att engagera patienten i behandlingen, modifiera patientens oro kring kroppens vikt och form samt utveckla färdigheter för att hantera motgångar. Terapin håller sig till här och nu-situationer och fokuserar på faktorer som underhåller patientens problem. I behandlingen får patienten pröva att träna nya tankesätt och beteenden både under terapin och mellan terapierna genom så kallade hemläxor. Den kognitiva beteendeterapin för bulimia nervosa har utvecklats och manualiserats av Christopher Fairburn (Fairburn, 2008).

Behandlingen bygger på modifiering av vidmakthållande faktorer, där fokus på att vilja vara smal har en central roll på grund av sociokulturella normer. Dessa normer ökar risken för rigid bantning som i sin tur påverkar individen både fysiskt och psykiskt, vilket ökar risken för hetsätning. Hetsätningen leder i sin tur till stark ångest som på kort sikt reduceras genom till exempel kräkning, laxering eller överdrivet tränande. Den redan låga självkänslan blir ännu lägre av ständiga misslyckanden med kontroll av vikt, figur och ätande. KBT för bulimia nervosa är indelad i tre faser: 1) beteendestrategier för att bryta bantnings-, hetsättnings- och kompensationsbeteendena, 2) kognitiva strategier för att bearbeta dys-

funktionella attityder och föreställningar omkring kropp, vikt, mat och ätande, 3) förstärkning av positiva förändringar och fokusering på att förebygga återfall.

Interpersonell psykoterapi

Vid bulimia nervosa har interpersonell psykoterapi (IPT) visat sig ha en med KBT jämförbar effekt efter ett år. IPT är en manualbaserad tidsbegränsad terapi som fokuserar på de interpersonella problem som kan ha gett upphov till patientens ätstörning. Behandlingen går ut på att hjälpa patienten att förändra hennes/hans sociala relationer, vilka underhåller ätstörningen eller hindrar förändring.

IPT är en kortidsterapi som först utvecklades för depressionsbehandling av Klerman och medarbetare och vidareutvecklades av Fairburn och medarbetare (Fairburn m.fl., 1993) för ätstörningsområdet. IPT-behandlingen delas upp i tre faser: 1) ätstörningen diagnostiseras och förklaras inom ramen för en psykiatrisk modell, 2) olika interpersonella problemområden som är associerade med ätstörningsproblematiken identifieras och bearbetas, 3) oavslutade frågor som inte har avhandlats tidigare, förstärka positiva förändringar samt förebygga återfall avslutar behandlingen.

Metoden används både individuellt och i grupp.

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk psykoterapi anses vara indicerat när ätstörningssymtomen är under kontroll och patientens kognitiva och känslomässiga förmåga har ökat. Dock finns det inte något stöd i forskningen för det. Utifrån dagens kunskapsläge är det inte indicerat vid bulimia nervosa (Poulsen m.fl., 2014) utan kan möjligen vara ett alternativ vid långvarig anorexia nervosa (Zipfel m.fl., 2014).

Mentaliseringsbaserad terapi

Mentaliseringsbaserad terapi utgår från samma psykoterapitradition som psykodynamisk psykoterapi och har börjat användas vid behandling av svår, långvarig anorexia nervosa. Behandlingsstudier pågår och några resultat har ännu inte presenterats.

Familjeterapi

Det finns tre olika typer av inriktning av familjeterapi vid anorexia nervosa beroende på patientens ålder och hur länge hon/han varit sjuk.

1. För den unga nyinsjuknade patienten är det en snabbt insatt intensiv familjeterapi, med fokus på att föräldrarna ska hjälpa sitt barn att våga äta. I familjeterapin utgår man från att hitta det som fungerar och att hitta tillbaka till det som fungerade innan anorexia nervosa-sjukdomen kom in i familjen.
2. För den vuxna patienten och för patienten som varit sjuk i tre år eller mer har sjukdomen funnits så länge i familjen att familjesystemet mer djupgående omorganiserats, familjen har kommit in i "andra andningen". Det går inte att hitta tillbaka till det som fungerade innan – det gäller att hitta nytt. Det gäller att hitta nya sätt för föräldrar och anhöriga att vara till nytta (Treasure m.fl., 2007). För den vuxna patienten är det ofta inte enbart ursprungsfamiljen som är relevant utan patienten kan ha en ny familj med partner och eventuellt egna barn. Metoder för att arbeta med par och familjer till vuxna patienter är under utprovning (Bulik m.fl., 2011).
3. För en vuxen patient som varit sjuk i mer än 15–20 år handlar behandlingen inte längre i första hand om att bli av med anorexisjukdomen utan mer om att få ett bra liv trots anorexin. Patienten har oftast ett väldigt glest nätverk och är beroende av familjen, som behöver stöd och uppbackning.

Den mest använda familjeterapiinriktning för den unga nyinsjuknade patienten och den som har bäst empiriskt stöd är Eating Disorder Focused Family Therapy, som är utvecklad vid Maudsleysjukhuset i London, och därför kommit att kallas Maudsleymodellen (Lock och Le Grange, 2013; Hurst m.fl., 2012). Utgångspunkten för denna familjeterapi är att vi inte vet orsaken till ätstörningen. Ätstörningen är något som dyker upp i familjen som en objuden gäst. Vi står inför ett faktum och det är här vi börjar.

Behandlingen utgår från att ätstörningen har kontroll över patienten, att hon/han därför fungerar på en mycket yngre nivå än sin aktuella ålder och behöver stöd och hjälp från sina föräldrar. Föräldrarna måste ta kontroll över ätandet och terapeutens roll i inled-

ningen är att fokusera på att patienten normaliserar sitt ätande och återfår en normal vikt.

Behandlingen består av tre faser:

1. Bryta svälten och fokusera på mat och viktuppgång. Återta föräldramandat.
Hitta det som fungerar i familjen, hitta tillbaka till det som fungerade innan anorexin kom och hjälpa familjen att finna nya lösningar. Föräldrarna ges konkret uppbackning i att hjälpa sitt barn att äta.
2. Det andra steget tar vid när svälten inte är det dominerande problemet och fokus kan riktas mot patientens hela situation. Behandlingen måste här i ännu högre grad individualiseras. Centrala moment i denna fas är konsolidering av ett normaliserat ätande, förhandling om nya relationsmönster samt identifiering av hinder för att komma tillbaka till det vanliga livet, som till exempel eventuell komorbiditet.
3. Det tredje steget är en framtidsorienterad avslutningsfas där barnet/ungdomen återerövrar den självständighet som sjukdomen tagit från henne/honom. Det innebär att hantera vanliga tonårsfrågor som till exempel autonomi och relationen till föräldrarna, att hjälpa patienten att bevisa för föräldrarna att hon/han nu kan fungera utifrån åldersadekvat självständighet. Att stödja föräldrarna i arbetet med att låta patienten pröva sina vingar samt arbeta med strategier för att förebygga återfall.

Multifamiljeterapi

Utifrån att familjeterapi förefaller ha en god effekt vid anorexia nervosa har en speciell form av familjeterapi i grupp utvecklats, så kallad multifamiljeterapi (MFT). Multifamiljeterapi är en vidareutveckling av familjeterapi, med fokus på att hjälpa familjer att hjälpa varandra.

Det är ett psykoterapeutiskt arbete som innebär att familjerna skapar ett stödjande nätverk, där erfarenhet och kompetens utvecklas i ett naturligt sammanhang. Metoden har utvecklats vid Maudsleysjukhuset i London och i Dresden i Tyskland och används sedan 2005 i Sverige. Utvärdering av metoden pågår nu vid de flesta regionala ätstörningsenheter i Sverige.

Behandling i grupp

Behandling i grupp är vanligt i såväl öppen-, dag- som slutenvård. Gruppbehandling förekommer i många olika former och kan skilja sig i struktur, längd, gruppstorlek och teori. De vanligaste formerna som används vid behandling av ätstörningar är baserade på kognitiv beteendeterapi.

Centralt i behandlingen är att få i gång en interpersonell interaktion med en känsla av grupptillhörighet, där gruppen utvecklas och kan ta tillvara de specifika fördelar det innebär att vara en grupp. Behandlingen sker på både innehålls- och processnivå, vilket gör att det kan vara en fördel att vara två behandlare.

Olika former av gruppbehandling är till exempel multifamiljeterapi, KBT-gruppbehandling vid bulimia nervosa. Grupper för måltidsstöd förekommer ofta i dagvård eller slutenvård (Brauhardt m.fl., 2014).

Gruppbehandling är inte specifikt utvärderat.

Fysioterapeutisk behandling

Kroppsuppfattningsstörning är en central del i de flesta ätstörningar och är ett diagnostiskt kriterium vid anorexia nervosa och bulimia nervosa. Fysioterapi kan därför vara en viktig del i behandlingen för en del patienter som upplever att de behöver hjälp med sin upplevelse och sin uppfattning av kroppen.

Överdriven fysisk aktivitet kan förekomma hos upp till 80 procent av patienter med ätstörning (Bratland-Sanda m.fl., 2010). Enligt Bratland-Sanda är överdriven träning en vanlig del i långdragen ätstörning och man ansåg att träningen användes, förutom till viktkontroll, även för att reglera negativ affekt. Man kan behöva hjälpa patienten att reglera nivå på den fysiska aktiviteten.

Det finns en bred klinisk erfarenhet för fysioterapeutisk behandling även om det forskningsmässiga stödet är begränsat.

Bedömning. En bedömning av eventuell kroppsuppfattningsstörning hos en patient med ätstörning är viktigt. Den fysioterapeutiska insatsen inleds med en bedömning som bör omfatta:

- Kroppsuppfattning avseende kroppstorlek. Skattning av kroppstorlek med till exempel VSE (Visual Size Estimation) eller kroppssiluetter (Waldman m.fl., 2013, Skrzypek m.fl., 2001).

- Kroppsuppfattning avseende attityd och uppfattning om kroppen. Bedömningen görs med exempelvis intervju och självvarsformulär som BAT (Body Attitude Test) (Probst m.fl., 2008).
- Patientens förmåga att uppleva kroppens signaler och förmåga att uppfatta och tolka till exempel hunger, mättnad, trötthet.
- Stress och spänningsnivå: upplevd stress, muskelspänning, förmåga att vila/koppla av, sömn.
- Värk och smärta är vanligt på grund av muskulär spänning och efter överdriven träning. Bedöms på sedvanligt sätt.
- Fysisk aktivitetsnivå aktuell och tidigare, vilken typ, hur länge, hur ofta, syfte med träning, mål att uppnå. Självskattningsinstrument finns, till exempel ”The exercise and eating disorder questionnaire” (Danielsen och Ro, 2012). Den sammanfattade bedömningen ger ett underlag för fysioterapibehandling, är till hjälp i diagnostiken av typ av ätstörning samt kan ge tips till övriga teamets insats.

Behandling. Syfte med behandlingen är att hjälpa patienten:

- Att återuppbygga en realistisk självbild och en positiv kroppsoplevelse.
- Att stävja hyperaktivitet och få ett normaliserat förhållande till fysisk aktivitet.
- Att lära sig känna igen kroppsliga signaler och kunna hantera impulser och muskulära spänningar genom:
 1. att känna igen de kroppsliga signalerna
 2. att hantera situationen genom exempelvis avspänning.

Fysioterapeutisk behandling. Behandlingen måste anpassas till patientens somatiska och psykiska tillstånd samt till patientens ålder. Behandling sker individuellt eller i grupp inom heldygnsvård, dagvård och öppenvård och innefattar:

- Kroppsmedvetande och kroppskänedom, till exempel postural träning, andningsövningar, övningar inom basal kroppskänedom samt massagetekniker.
- Kroppsupplevelse, kroppsattityd och självuppfattning, till exempel spegelövningar, sensorisk medvetenhetsträning samt undervisning om kroppen och dess funktioner.

- Stresshantering och avslappningstekniker i vila och rörelse, till exempel meditation och tai chi.
- Mag-tarmmassage för att förbättra tarmmotorik och minska obehaget från gasbildning/uppblåsthet i samband med att patienten börjar äta.
- Vid värk och smärta rekommenderas sedvanlig fysioterapeutisk behandling kombinerad med avspänning i vila och rörelse.

Överdriven fysisk aktivitet upplevs ofta av behandlare som ett stort bekymmer och ibland måste behandlare arbeta för att begränsa den fysiska aktiviteten, men inte alltid. Det har kommit studier där man föreslår lågintensiva former av fysisk aktivitet tillsammans med personal i stället för att helt förbjuda fysisk aktivitet (Beumont m.fl., 1994) eller manualiserad gruppträning för patienter med ätstörning (Schlegel m.fl., 2012). En systematisk sammanställning (Ng m.fl., 2013) visar att handledd träning för patienter med anorexia nervosa ibland uppvisar positiva effekter och att den inte är skadlig. Fysioterapeutisk behandling med fysisk aktivitet är individuellt anpassad, intensitet och belastning följs upp. Patientens reaktioner på träningen tas upp under behandlingen som en del i att vara mentalt medveten om vad man gör i stället för att bara mekaniskt utföra rörelser.

Särskilda frågeställningar

Graviditet och ätstörning

Fertiliteten hos kvinnor med ätstörning är tidvis nedsatt och kvinnor med ätstörning söker ibland gynekologisk hjälp på grund av infertilitet (Linna m.fl., 2013). Vissa antar också att de inte kan bli gravida och använder därför inte preventivmedel effektivt med påföljd av ökad förekomst av oplanerade graviditeter (Micali m.fl., 2014a).

Förekomst av ätstörning under graviditet uppskattas till 7,5 procent (Easter m.fl., 2013). De som hade en ätstörning före graviditeten riskerade att få ökade symtom, men en del uppvisade en minskad sjukdomsbild och utläkning av tillståndet under graviditet och postpartum (Knoph m.fl., 2013).

Även om symtomen förbättras under graviditeten innebär det inte för alla att graviditeten medför att ätstörningsproblemen upp-

hör (Coker m.fl., 2013). En ätstörning under graviditeten kan innebära till exempel låg viktuppgång, graviditetsillamående, anemi, intrauterin fosterdöd, prematur födsel, behov av kejsarsnitt samt postpartumdepression (Bulik m.fl., 2009; Cardwell, 2013).

Vid bulimia nervosa och hetsättningsstörning kan snabb och hög viktuppgång förekomma.

För barnet kan det förekomma tillväxtproblem under graviditeten, låg födelsevikt (Solmi m.fl., 2014), litet huvudomfång samt ökad risk för kongenitala missbildningar som exempelvis läpp-käk-gomspalt (Bulik m.fl., 2009). Det finns ökad risk för uppfödningssvårigheter hos barn med mödrar med ätstörningar (Micali m.fl., 2011) samt ökad risk för utvecklingsförseningar och psykiatriska symtom under barndom och tidig adolescens (Koubaa m.fl., 2005, 2013; Micali m.fl., 2014b).

Trots dessa beskrivna svårigheter löper de flesta graviditeter normalt. Man bör dock se till att det finns kunskap inom mödra- och barnhälsovården för att tidigt kunna stötta kvinnor med ätstörningsproblematik exempelvis kring amning och samspel och ge adekvat stöd i samband med konsultationer under barnets uppväxtår (Cardwell, 2013). För de kvinnor som kommer med en känd ätstörningsproblematik eller låg vikt BMI <18,5 finns på de flesta ställen särskilda riktlinjer för omhändertagande. Detta kan innebära till exempel läkarbesök inom specialistmödrahälsovården i samband med ultraljudsundersökning och speciell uppmärksamhet kring viktuppgång för mor och barn samt tätare kontroller.

För att upptäcka tidigare okända ätstörningar kan screeningformulär användas, till exempel SCOFF (finns på KÄTS hemsida, se "Användbara länkar"). Preventionsarbete kan göra stor nytta för både mor och barn.

Inom svenska anorexi- och bulimisällskapet finns en särskild intressegrupp, GRÄS – "Graviditet och Ätstörning", som är ett nätverk av forskare och kliniker med intresse för samt kunskap om ätstörningar i samband med graviditet, småbarnstid och amning. Målet är att utveckla vård och forskning – att bygga broar mellan olika enheter och institutioner för att bidra till utveckling av vården för den kvinna som har ätstörning under graviditeten (se SABS eller KÄTS hemsida under "Användbara länkar").

Gynekologi och ätstörningar

Menstruationsrubbningar är vanligt förekommande vid ätstörningar. Nära 2/3 av tonårsflickor med längre menstruationsbortfall har visat sig ha en ätstörning och hos kvinnor med oregelbunden eller gles menstruation har ätstörning konstaterats hos cirka 1/3. De två vanligaste orsakerna till gles eller utebliven mens i tonåren är antingen hypotalamisk amenorré – hämning av systemet via hypotalamus, som gör att östrogennivåerna kan bli extremt låga – eller polycystiskt ovarialsyndrom, PCOS, som oftast ger relativt höga nivåer av både östrogen och fria androgener.

Vid låg vikt och vid längre tids svält sker via hypotalamus i hjärnan en kraftig hämning av hypofysens utsöndring av hormoner som styr äggstockarna. Äggstockarnas utsöndring av kvinnligt könshormon, östrogen, minskar då. Låga nivåer av östrogen innebär bland annat en risk för sköra slemhinnor och låg benmassa. Redan efter sex månader kan benmassan minska, vilket är extra allvarligt eftersom det är i slutet av tonåren som ”peak bone mass” normalt ska uppnås.

Om pubertetsutvecklingen inte är avslutad kan det även innebära en minskad slutlängd. HPG-axeln kan också påverkas av en snabb viktnedgång på några kilo utan påtaglig undervikt och av viktpendlingar. Ett bulimiskt beteende kan ge en påverkan på HPG-axeln även vid stabil vikt eller viktuppgång.

Vid utredning av menstruationsrubbning hos en patient med ätstörning bör man beakta att den kan vara antingen primär eller sekundär. Ätstörningen kan vara orsak eller bidragande orsak till den hormonella rubbningen. En del patienter har en primär amenorré. Kontroll av vikt och jämförelse med tillväxtkurvor från elevhälsan för att utvärdera den aktuella vikten bör ingå i utredningen. En hypotalamisk orsak till menstruationsrubbningen talar för att ätstörningen är primär orsak. Även där en menstruationsrubbning kan kopplas till andra hormonella störningar, exempelvis PCOS, vet vi att ätstörningen spelar in. Vid årslånga besvär av ätstörning, undervikt och/eller menstruationsbortfall kan en bentäthetsmätning ge vägledning för bedömning och terapeutiska insatser.

För många kvinnor återkommer menstruationen regelbundet efter viktuppgång till normalvikt och innebär ett tecken på en återgång till en hormonell balans. Hos vissa kvinnor tar detta tid och fortsatt utebliven menstruation bör medföra kontakt med gyne-

kolog för hormonell bedömning och ställningstagande till substitutionsbehandling. Det gäller såväl för kvinnor som återgått till normal vikt som för kvinnor som har en kronisk ätstörning med fortsatt undervikt. Den vanligaste orsaken till att menstruationerna inte kommer i gång är att patienten behöver gå upp ytterligare lite i vikt, även om hon har en normaliserad vikt.

Den primära åtgärden är alltid att behandla ätstörningen. Det är viktigt att patienten uppfattar att det är viktuppgång som leder till att menstruationen kommer tillbaka. Den gynekologiska undersökningen kan i stället användas i tillfrisknings syfte. Patienten kommer på ett återbesök för provtagning och undersökning efter 3–6 månader. När patienten börjar gå upp i vikt ses ökade LH-, FSH- och östradiolnivåer. Vid den gynekologiska undersökningen kan man påvisa ökad fluor och friskare slemhinnor. Ultraljudsundersökning visar ett förtjockat endometrium, att folliklar vuxit i ovariet och att ovulation kan vara på gång.

Undersökningen kan motivera patienten att fortsätta sin väg att bli frisk och att få tillbaka menstruationen genom viktuppgång. P-piller är motiverade endast om kvinnan behöver preventivmedel. Hormonell terapi kan försena nödvändig viktuppgång och utveckling av ökad bentäthet.

Tandvård och oral hälsa

Patienter med ätstörningar får ofta problem med tänderna och kan få omfattande orala sjukdomar. Dessa medför ofta besvär av både estetisk och funktionell karaktär i form av olika symtom från munnen som exempelvis isningar och värk. Många ätstörningspatienter undviker kontakt med tandvården och söker hjälp först i ett stadium då tandhälsan redan orsakat både problem och oåterkalleliga skador. För att förhindra eller minska de orala skadorna är en tidig tandvårdskontakt grundläggande vid behandling av patienter med såväl anorexia nervosa och bulimia nervosa (Hellstrom, 1977; Ohrn m.fl., 1999; Ohrn och Angmar-Mansson, 2000). Tandvården har dessutom en unik möjlighet att tidigt upptäcka en ätstörning, då de orala skadorna många gånger är specifika (Johansson m.fl., 2009, 2012).

Den orala rehabiliteringen medför ofta avsevärda kostnader för patienten trots att tandvårdsförsäkringen, efter speciell prövning vid en dokumenterad ätstörning, erbjuder en viss utökad ekonomisk

ersättning (se faktaruta 5:9 om tandvårdsstöd). Utebliven tandvård kan i förlängningen innebära ytterligare problem med födointag/självbild såväl under som efter aktiv sjukdom. Långvarig och/eller recidiverande ätstörningssjukdom innebär en speciellt stor risk för den orala hälsan.

5:9 TANDVÅRDSSTÖD

Särskilt tandvårdsstöd avsett för förebyggande insatser beviljas via Försäkringskassan för vissa patientgrupper, där ingår patienter med frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa samt gastroesofageal reflexsjukdom.

Läkarintyg som stödjer diagnosen lämnas till patient/tandläkare, som kompletterar med kopia av patientjournalen från tandläkare. Administreras via Försäkringskassan. Beloppet är 1 200 kronor/år till förebyggande tandvårdsinsatser.

Tandvårdsstöd via landstinget omfattar uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård, tandvård som led i sjukdomsbehandling samt tandvårdshjälpmedel. Patienter med ätstörning kan i vissa fall omfattas av lagen om stöd och service (LSS) om man har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorg och antingen bor i särskilt boende eller får vård och omsorg i hemmet. Intyg utfärdas normalt av personalen på det särskilda boendet, hemtjänsten eller kommunens bistånds- eller LSS-handläggare eller av landstingets tandvårdsenhet efter uppvisande av intyg som visar omvårdsbehovet.

Tandvård som led i sjukdomsbehandling kräver remiss från läkare till tandvården. Kan exempelvis handla om odontologisk infektionssaner- ing inför större kirurgiskt ingrepp.

Tandvård till följd av en svår psykisk funktionsnedsättning, bedömning utförs av läkare som fyller i en särskild blankett, vilken skickas till tandvårdsenheten på landstinget. Beslut fattas av landstinget som i så fall skickar ett så kallat F-kort (står för funktionsnedsättning). Vid beviljat F-kort betalar patienten samma avgift som vid läkarbesök och besöket ingår i landstingets högkostnadsskydd.

Ätstörningspatienter påträffas inom såväl barn- som vuxentandvård. De behandlas inom både specialist- och allmäntandvård, där också sjukhustandvård ingår. Den specialiserade barntandvården följer ofta barn med speciella behov upp till 20 års ålder. Vuxna patienter med samsjuklighet av betydande art behandlas ofta inom sjukhustandvården. Debutåldern för anorexia nervosa är låg, vilket

innebär att patienten är speciellt känslig för orala påfrestningar. För patienter med långvariga ätstörningar ska möjliga behandlingsmål uppsättas tillsammans med patienten och en överenskommelse om lämplig behandlingsintensitet göras.

De orala komplikationerna vid anorexia nervosa och bulimia nervosa drabbar både slemhinna och tänder, se faktaruta 5:10. Avvikande kostvanor och ett eventuellt kräkningsbeteende medför en kraftigt ökad risk för skador i munnen, vilket förvärras av nedsatt salivsekretion och annorlunda salivsammansättning som följd av en ätstörning. Stor konsumtion av sura drycker och frukt ökar risken för erosionsskador på tänderna liksom speciella spol- och sköljmetoder av munhålan i samband med kräkning ofta åtföljda av en minutiös munhygien. Högt intag av kolhydrater i kombination med en lång konsumtionstid ökar risken för karies. Vid osteoporos drabbas även käkbenet. Patienter med ätstörningar drabbas också ofta av bettfysiologiska spänningstillstånd och huvudvärk (Johansson m.fl., 2010). Många gånger uppvisas dessutom tandvårdsrädsla som en ytterligare komplicerande faktor.

Kostråd kan behöva utarbetas i samarbete med tandvården.

5:10	
VANLIGA UNDERSÖKNINGSFYND VID KLINISK UNDERSÖKNING HOS TANDLÄKARE	
Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
muntorrhet	muntorrhet
förändrad salivsammansättning	förändrad salivsammansättning
torra läppar	
munvinkelragader	munvinkelragader
karies	karies
erosionsskador på tänderna	erosionsskador på tänderna
tandköttsinflammation	
bakteriebeläggningar	
	faryngit
traumatiska ulcerationer i slemhinna	traumatiska ulcerationer i slemhinna
munblåsor/aftösa lesioner	munblåsor/aftösa lesioner
	spottkörtelsvullnad/inflammation
bettfysiologiska besvär	bettfysiologiska besvär
huvudvärk	huvudvärk

Elitidrottare och ätstörning

Elitidrottare är drabbade av samma riskfaktorer som övriga befolkningen, men med tillägg av dels sportspecifika (till exempel krav på viktnedgång, tidig start av sportspecifik träning, skador), dels köns-specifika riskfaktorer (till exempel önskan om att få stora muskler och användning av anabola steroider). Förekomsten av ätstörningar och stört ätbeteende varierar i olika studier mellan 6–45 procent bland kvinnliga atleter och mellan 0–19 procent hos manliga atleter (Martinsen och Sundgot-Borgen, 2013; Bratland-Sanda och Sundgot-Borgen, 2013) och är den vanligaste psykiatriska diagnosen bland atleter (Glick m.fl., 2012). Bland vuxna kvinnor återfinns den högsta prevalensen i estetiska och individuella uthållighetsidrotter och hos män i viktclassberoende sporter som brottning och boxning (Schaal m.fl., 2011).

En anpassning kan behöva göras av behandlingen utifrån elitidrottarens situation (Glick m.fl., 2012). Behandlingen ska vara multidisciplinär och ska följa samma behandlingsrekommendationer som vid övriga ätstörningar, men man rekommenderar att om möjligt anpassa träningsvolym och typ av träning med hjälp av träningspecialist tillsammans med behandlingsteamet (Nattiv m.fl., 2007). Sportspecifika kriterier för tillfrisknande hos atleter som haft anorexia nervosa behöver utvecklas, till exempel då de har insjuknat vid ett högre BMI på grund av en större muskelmassa. Atleter kan också vara mer motiverade att tillfriskna utifrån möjligheten att fortsätta med sportverksamheter (Arthur-Cameselle och Quatromoni, 2014).

Prevention bör inriktas på att förhindra extrem bantning och att optimera energi- och näringsintag i förhållande till träningsmängden, speciellt under tillväxtåren. Man behöver också öka kunskaper hos tränare både vad gäller attityder och medvetenhet om vad som konkret behöver göras i olika situationer för att minimera risker för en negativ hälsoutveckling hos atleter inom viktberoende idrotter (Sundgot-Borgen m.fl., 2013) samt vidareutveckla screening och förebyggande arbete (Javed m.fl., 2013).

5:11 Kvalitetsindikatorer och kvalitetsmått att använda vid behandling av ätstörningar:

- Andel nya patienter som har en skriftlig vårdplan registrerad i journal inom 3 månader (eller annan rimlig tidsperiod) från första besök.
- Andel patienter (från 16 år) (diagnos bulimia nervosa eller hetsättningsstörning, för båda diagnoserna gäller såväl utan som med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet) som erhållit a) kognitiv beteendeterapi (KBT), b) interpersonell psykoterapi (IPT) och c) antidepressiv medicinering vid behandlingsavslut.
- Andel minderåriga patienter som erhållit familjebaserad behandling (FBT) vid behandlingsavslut.
- Andel patienter som vid behandlingsavslut är a) i full remission, b) diagnosfria, c) i remission och d) oförändrade eller försämrade.
- Andel patienter som uppnått kliniskt signifikant förbättring i självskattade ätstörningsvariabler vid behandlingsavslut.
- Andel patienter som blivit av med en initial signifikant undervikt (köns- och åldersjusterade gränser) vid behandlingsavslut.

6. Samsjuklighet

Samsjukligheten vid ätstörningar är hög, främst avseende depression och ångesttillstånd. Ofta kan dessa tillstånd hänga ihop med ätstörningen, men väl så ofta är det egna tillstånd som behöver specifik behandling. Vid behandling av ätstörningar behöver man kontinuerligt bedöma eventuell samsjuklighet och avgöra vilket tillstånd som är det primära att behandla. Samsjuklighet bör behandlas på vanligt sätt, men man måste vara uppmärksam på att det ätstörda beteendet negativt påverkar svaret på behandlingen av samsjuklighet.

Samsjuklighet vid anorexia nervosa

Livstidsprevalensen för samsjuklighet vid anorexia nervosa har rapporterats från 55 procent hos patienter behandlade i tonåren upp till 96 procent hos en grupp vuxna patienter (Godart m.fl., 2007; Milos m.fl., 2003; Swanson m.fl., 2011).

Depression. Depressiva symtom är vanligt som effekt av svält och behandlas bäst med näring. Medicinering med SSRI-preparat är ofta inte meningsfullt när patienten är i svält. När patienten börjar komma ur svälten kan det vara meningsfullt att behandla de depressiva symtomen med antidepressiv medicin, det är då också lättare att bedöma om det rör sig om en depressivitet som beror på anorexin eller om det är en samsjuklighet.

Ångesttillstånd. Alla typer av ångesttillstånd kan förekomma vid anorexia nervosa, vanligast är social fobi, generaliserat ångesttillstånd och tvångssyndrom. Ångest och tvångsmässigt tänkande kan vara en effekt av svälten och kan försvinna när man går upp i vikt. Ångest som hänger ihop anorexisjukdomen kan även öka vid viktuppgång, då rädslan för att bli tjock intensifieras. När svälten börjat klinga av är

det lättare att avgöra om patienten har en ångeststörning som samsjuklighet, vilken bör behandlas. En behandling med fokus primärt på ångesttillståndet är inte meningsfullt när patienten är i svält.

Neuropsykiatriska tillstånd. Det pågår en del forskning i dag om ett eventuellt släktskap mellan autism och anorexia nervosa, då man visat ökad förekomst av autistiska drag vid anorexia nervosa (Baron Cohen m.fl., 2013). Utöver att det förekommer drag av autism vid anorexia nervosa finns det även en samsjuklighet med autismspektrumstörning (Nielsen m.fl., 2015). Autismspektrumstörning ställer andra krav på behandlingen. Behandlingen måste ta hänsyn till dessa svårigheter och integrera behandlingsprinciper från neuropsykiatri. Det kan innebära mer struktur och förutsägbarhet i behandlingen, enklare språk, funktionella regler i stället för sokratiske frågestil. Det är en svårighet att identifiera dessa patienter när svälten är som mest uttalad, då det rör sig om symtom som till del går in i varandra. Den psykosociala utvecklingen före sjukdomsdebuten är viktig att bedöma.

Missbruk. När missbruk förekommer är det en komplicerande faktor i behandlingen. Anorexia nervosa med självsvält har lägre nivåer av droganvändning än friska kontroller medan anorexia nervosa med hetsätning/självrening har högre nivåer av missbruk (Calero-Elvira m.fl., 2009). Missbruk är vanligare vid långdragen ätstörning och är då ofta svårbehandlad. Inte sällan ökar ätstörningssymtomen då man behandlar missbruket, och tvärtom. Det krävs i allmänhet ett nära samarbete mellan missbruksenheter och ätstörningsenheter för att kunna hjälpa dessa patienter.

Personlighetsstörningar. Dessa komplicerar ätstörningsbehandlingen då patientens motivation kan växla ännu mer uttalat än vad som beror på ätstörningen. Dessa patienter riskerar att gå från behandlare till behandlare. Patienter med personlighetsstörningar och ätstörningar behöver oftast ett individuellt stöd i kombination med konkret matstöd. Kognitiv och dialektisk beteendeterapi har visat sig fungera för patienter med ätstörning, personlighetsstörning och självskadebeteenden (Federici m.fl., 2012).

Diabetes mellitus. Patienter med ätstörningar och diabetes typ I är oftast svårbehandlade och kräver ett nära samarbete mellan endokrinologer och ätstörningsspecialister. På grund av ökad risk för tidiga diabeteskomplikationer är det viktigt att man följer upp patienten med täta besök och kontroller.

Samsjuklighet vid bulimia nervosa

Samsjuklighet vid bulimia nervosa är möjligt att bedöma initialt i behandlingen och därför kan behandling av eventuell samsjuklighet påbörjas tidigare än vid anorexia nervosa.

Depression. Det kan bli nödvändigt att behandla de depressiva symtomen med antidepressiv medicin, vilket även har effekt på de bulimiska symtomen. I vissa fall är depression det primära problemet och patienten kan då i samband med det få ett sekundärt stort ätbeteende, oftast i form av överätning eller dålig aptit. Fokus för behandlingen ska då vara patientens depression såväl farmako- som psykoterapeutiskt.

Ångestsyndrom och tvångssyndrom. Ångest- och tvångssymtom är vanligt vid ätstörning, vilka försvinner när man behandlar ätstörningen. När en ångeststörning eller OCD är det primära tillståndet blir ätstörningsbehandlingen i allmänhet ett komplement till övrig behandling. En sådan kompletterande behandling bör inrikta sig på matstöd och att etablera regelbundna matrutiner.

Adhd. Patienter med bulimia nervosa har gemensamma kliniska drag med adhd och dessutom är adhd-symtom vanliga hos patienter med bulimi. Patienter med bulimia nervosa har impulsiva beteenden med kontrollförlust, som vid hetsätning och självrensning. 40 procent av patienter med bulimia nervosa har också bristande impulskontroll inom andra områden än de som har med mat att göra. Frekvensen av adhd hos patienter med bulimia nervosa är inte väl studerat. Det är en svårighet att identifiera dessa patienter när ätstörningen är som mest uttalad, då det rör sig om symtom som till del går in i varandra. Patienter som har både adhd och bulimia nervosa har ofta mer uttalade symtom av ätstörningen och har god nytta av behandling som fokuserar på adhd-tillståndet (Seitz m.fl., 2013).

Missbruk. Jämfört med anorexia nervosa är missbruk betydligt vanligare vid bulimia nervosa. Som vid anorexia nervosa är det vanligare vid långdragen ätstörning och därmed ofta mer svårbehandlat. 31 procent av kvinnor med bulimia nervosa har en historia av alkoholmissbruk och 13 procent har en historia av alkoholberoende (Calero-Elvira m.fl., 2009).

7. Etiska svårigheter i ätstörningsvården

Vården är full av svåra etiska frågeställningar som rör liv och död, autonomi och medbestämmande. Även psykiatrin innehåller sådana svåra etiska dilemman som kanske i första hand berör människors fria vilja och integritet och de tvång i vården som vi ibland nödgas ta till. Det är inte alltid lätt att veta vad som är rätt i det enskilda fallet. Det är dock sällan vi tar upp eller medvetandegör oss om dessa problem. Psykiatrin har dessutom en barlast och en historia av ett gammaldags paternalistiskt förhållningssätt till patienterna. På de flesta håll har man gjort sig av med dessa gamla ”förmyndarattityder” och ersatt dem med en modern psykiatrisk vård där samtycke, medbestämmande och delaktighet i vårdplaner gäller.

En svensk studie (Pelto-Piri m.fl., 2013) där läkare och vårdpersonal på 7 vuxenpsykiatriska kliniker och 6 barn- och ungdomspsykiatriska kliniker fick skatta vardagliga händelser i en ”etisk dagbok” under en vecka visade dock att det tar tid att ändra gamla mönster. Skattningarna grupperades i tre kategorier: paternalism, autonomi och medbestämmande. Resultatet visade att merparten av de etiska bedömningarna kunde hänföras till paternalism, en viss del till autonomi och endast några enstaka händelser till gruppen medbestämmande. Det finns således all anledning att vara vaksam då gamla paternalistiska tankegångar dyker upp här och där. Ätstörningsvården och patienter med ätstörningar utgör inget undantag. Inte minst eftersom symtomet att inte äta kan upplevas som ytterst provocerande för vården.

Vem är sjuk?

Vid de flesta somatiska sjukdomstillstånd upplever patienten att något är fel och uppsöker sjukvården för att få hjälp. Vid vissa psykiatriska tillstånd är det inte helt självklart att personen i fråga upplever ett behov av att söka hjälp. Det gäller framför allt vid vissa psykoser och maniska tillstånd men också vid utveckling av anorexia nervosa. Många tonåringar som kommer till sjukvården med kraftig avmagring gör det därför att föräldrarna eller någon annan vuxen har ansett att det är nödvändigt medan de själva inte alls tycker att de behöver någon hjälp. Om man då till exempel föreslår inläggning på vårdavdelning kan man säga att man åsidosätter personens autonomi. Det kan tyckas ganska okomplicerat och enkelt då man har att göra med barn eller tonåringar där det finns en ansvarig vårdnadshavare. Inte desto mindre kan det bli ett svårt etiskt problem om man inte kan skapa en förtroendefull relation också till barnet/tonåringen.

Hur blir det när man har att göra med äldre tonåringar eller unga vuxna personer som inte vill ha hjälp. Får man vara hur mager som helst utan att samhället (vården) griper in? Ja, blir nog svaret, till en viss gräns måste autonomin gälla alla dem som helt klart har en anorektisk vikt men vill bli betraktade som friska och smala, såvida inte magerheten blir livshotande. Då blir magerheten en allvarlig psykisk sjukdom där ställningstagande till tvångsvård (LPT) måste övervägas.

När det gäller ätstörningar är mörkertalet stort. De flesta patienter med någon form av ätstörningsproblematik söker aldrig vård. Det finns studier som visar att enbart cirka 30 procent av dem som skulle kunna diagnostiseras med en anorexia nervosa söker hjälp under sin livstid och vid bulimia nervosa är det endast cirka 10 procent. Det innebär att vården endast kommer i kontakt med ett fåtal som skulle kunna diagnostiseras med en ätstörning.

De vi träffar är främst barn och tonåringar, vilkas föräldrar eller vårdnadshavare vill ha hjälp för sitt barn, vuxna personer som själva söker hjälp eller personer som är så livshotande sjuka (anorektiskt avmagrade) att de inte kan ta ett eget ställningstagande. Här går de formella gränserna. Men är det lika enkelt ur ett etiskt perspektiv? Vi vet att den kognitiva förmågan och förmågan att fatta beslut påverkas av svält långt innan personen är livshotande mager, alltså på-

verkad av psykisk sjukdom som personen själv inte tycker att hon har (Cavedini m.fl., 2004). Har vi då inte ansvar som närstående, arbetsgivare, vänner eller sjukvård att försöka övertala och motivera personen att söka hjälp? Ja ofta, men kanske inte alltid.

Om vi tar ett exempel: Karin är en lång och mager 27-årig kvinna, som har klarat sina akademiska studier och nu arbetar på ett företag som ekonom. Hon har varit lång och mager i hela sitt liv och har ett BMI som varierar mellan 16 och 17. Hon tycker inte själv att hon har något behov av sjukvård, hon trivs med sitt liv och sin vikt. Här kan vi inte se något etiskt tvingande i att försöka övertala denna person att söka sjukvård. Men när hon några år senare upptäcker att hon är infertil, har oregelbundna menstruationer och under långa perioder ingen menstruation alls, då hamnar vi i en annan situation. Det blir då viktigt att upplysa henne om att hennes fertilitet kan ha att göra med hennes anorektiska vikt och att det finns hjälp att få om hon själv vill ta ansvar och genomföra en förändring. Det är dock fortfarande hennes egen vilja och autonomi som styr.

Behandling av patienter med anorexia nervosa med och utan tvång

Att behandla svårt sjuka patienter med anorexi i heldygnsvård innebär alltid etiska svårigheter oavsett om det sker med eller utan tvång (Charland, 2013). Vårdpersonalen kommer att hamna i kläm mellan en önskan att kunna tillmötesgå patientens autonomi och vilja och den professionella kunskapen att det är livsviktigt att patienten följer behandlingen och får i sig tillräckligt med näring. Det innebär en ständig balansgång mellan att försöka få patientens förtroende samtidigt som man föreslår behandlingsinslag eller restriktioner som går emot patientens vilja.

En situation som uppstår emellanåt med patienter på vårdavdelningen är olyckliga kampsituationer om näringsintag, kräkningar och fysisk aktivitet. Det blir lätt en ”katt och råttalek” som blir destruktiv för alla parter. I sådana skeden kan det vara svårt för behandlingspersonalen att inte hamna i etiska dilemman. Frustration och ilska från personalens sida ökar risken för impulsiva och oetiska beslut, vilka lätt får karaktären av straffande paternalism. Det kan då vara svårt att komma tillbaka till en förtroendefull relation.

I en avhandling har Karin Engström (Engström, 2008) under-

sökt ungdomars erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Hon har intervjuat 21 unga människor mellan 14–18 år, varav 10 vårdades på tvång och 11 frivilligt. Resultatet av undersökningen visade att ungdomarna oftast inte var medvetna om ifall de vårdades på tvång eller frivilligt. Det verkade inte heller vara det viktigaste för hur de upplevde vården. Det som hade betydelse var upplevelsen av delaktighet och att de blev bemötta som individer med möjlighet att kunna uttrycka sin mening. För att möjliggöra detta krävdes goda mellanmänskliga möten som karakteriserades av ärlighet, rättframhet och upplevelser av att inte bli lurad.

Dagens ätstörningsbehandling har genomgått stora förändringar, liksom psykiatri i övrigt. Autonomi och medbestämmande är viktiga ledstjärnor, även om en del gamla tankesätt lever kvar. Tidigare synsätt, där föräldrarna sågs som orsak till ätstörningsproblemen, har helt ändrats så att man i dag ser föräldrarna som en avgörande del av lösningen till hur barnet ska komma ur problemen. Man måste då också vidga autonomibegreppet så att det även omfattar föräldrarna. Föräldrarnas upplevelse av medbestämmande, autonomi och integritet blir helt avgörande i den fortsatta behandlingen. Flera studier och kliniska beskrivningar poängterar vikten av goda och förtroendefulla relationer mellan behandlarna och familjen för att föräldrarna och barnet ska kunna uppleva att de verkligen är delaktiga.

Enligt Silber (Silber, 2011) är inte det centrala för patienter som behandlas med tvång (LPT) om de har möjligheter att samtycka eller vägra en behandling (till exempel sondning) utan hur det görs, det vill säga om det finns en förtroendefull relation som patienten/föräldern kan lita på. En person som visar respekt för patienten som individ även när friheten är beskuren. Avgörande för om patient och anhöriga i efterförloppet upplever behandling med tvång som nödvändig är om de upplevt indikationerna som relevanta (Elzakers m.fl., 2014).

Många patienter sa efteråt att tvångsvård ”självklart” var rätt att genomföra, eftersom ingen ska tillåtas att dö av konsekvenserna av anorexia nervosa. Andra var däremot starkt emot tvångsvården, då det inte förelegat en livshotande situation.

Etiska dilemman vid vård av långtidssjuka patienter med anorexia nervosa

Vi är många inom psykiatrisk vård som har träffat patienter med svåra ätstörningstillstånd, oftast personer med lågviktig anorexi som varit sjuka sedan tonåren och nu är 35–40 år eller ännu äldre. Många av dessa patienter har varit i ett antal olika behandlingar under årens lopp. Förutom upprepade inläggningar i heldygnsvård har man ofta prövat olika typer av dagvårdsbehandlingar eller skickat patienten till behandlingshem. Ibland förbättras patienter tillfälligt under vårdtiden, men ofta händer ingenting eller patienten avslutar behandlingen i förtid. Dessa patienter tar upp en stor del av tillgängliga resurser som finns av ätstörningsbehandling och innebär dessutom mycket huvudbry och energi för läkare och behandlare – ”man vill ju så gärna tro att det ska fungera denna gång”.

Är det etiskt försvarbart att fortsätta att behandla dessa patienter? Det innebär ju att andra patienter som man skulle kunna hjälpa får vänta onödigt länge. Finns det en borte gräns där vi kan säga: ”Nu har vi prövat allt som står tillbuds, vi kan inte göra mer.” Om man efter en noggrann genomgång av patientens sjukhistoria kan konstatera att behandlingarna inte har varit meningsfulla, inte lett till någon varaktig förändring och dessutom trängt undan patienter som skulle kunna hjälpas, då är det inte etiskt försvarbart att fortsätta. Ska man då bara lämna dessa patienter att tyna bort och dö i sin ätstörning? Nej, det är inte heller etiskt försvarbart. Modern sjukvård måste kunna erbjuda även dessa patienter palliativ ätstörningsvård. Hur skulle då palliativ vård för dessa patienter kunna se ut? En lämplig insats kan vara glesa men regelbundna kontroller av vikt och laboratorieprover hos allmänläkare och när vikten blir för låg några vårddygn på medicinklinik eller ätstörningsavdelning för att avhjälpa den akuta situationen.

Då anorexia nervosa är en oförutsägbar sjukdom kan man aldrig veta om något ändrar sig som gör att patienten kan ta emot behandling på ett meningsfullt sätt. Det händer ju att även ”kroniskt sjuka” patienter blir friska efter många år med ätstörning. Ja, det är riktigt och därför är det viktigt att ge utrymme för diskussion och att lyssna på dessa patienter när de vill påtala att det har skett en sådan förändring att de nu kan ta emot behandling.

Se även avsnittet ”Behandling av svår och långvarig anorexia nervosa”.

8. Kvalitetsregister

Riksät

Nationella kvalitetsregister är goda källor till information om åtgärder och utfall i vården och fungerar som underlag både för vårdens eget förbättringsarbete och för jämförelser mellan vårdgivare. Det är viktigt för såväl patienter och anhöriga som beslutsfattare och utförare av vården att veta om den vård som erbjuds är av god kvalitet.

Det nationella kvalitetsregistret för ätstörningsbehandling heter Riksät och är det äldsta av de psykiatriska kvalitetsregistren. Registreringen påbörjades redan 1999 och sker sedan 2003 online. Syftena med Riksät formuleras så här:

1. Att dokumentera:
 - Kliniskt väsentlig information för att kunna beskriva och subgruppera patienterna.
 - Kliniskt viktiga nyckeltal, till exempel vänte- och behandlingstider.
 - Typ av behandlingsinsatser för att bland annat kunna fastställa efterlevnad av kliniska riktlinjer.
 - Utfall av behandlingen, såväl behandlar- som patientskattad.
 - Patienternas upplevelser av och tillfredsställelse med behandlingen.
2. Att bidra till att skapa ett för verksamheten relevant och användbart underlag för kvalitetssäkring, kliniskt förbättringsarbete och verksamhetsstyrning.
3. Att longitudinellt följa den svenska ätstörningsvården med avseende på förändringar i till exempel behandlingsincidens, typ och omfattning av behandlingsinsatser, behandlingsutfall och behandlingstillfredsställelse.

Under cirka 10 år (2005–2015) kunde rapportering till Riksät ske antingen direkt via registrets egen online-applikation eller via det regionala kvalitetssäkringsverktyget Stepwise. Både i registrering-
en och i de resultat man fått ut har man kunnat tillvarata de positiva erfarenheterna från arbetet med Stepwise. Riksät innehåller nu psykometriskt utprovade bedömningsstöd i form av en halvstrukturerad intervju, kliniska skattningar och, som viktigt komplement, självskattningsformulär som täcker liknande variabler. Kliniskt relevant information skapas därmed i samband med registreringen. Denna sammanställs automatiskt, inklusive förändring över tid vid uppföljning, och kan ges tillbaka till patienten.

Efter flytten till den nya tekniska plattformen har Riksät också nya och förbättrade möjligheter att erbjuda registrerande enheter sammanställningar och återkoppling av de uppgifter som registrerats. Man kan som användare följa utvecklingen av sin egen enhets registreringar och jämföra resultaten med motsvarande siffror från det egna landstinget och med riksgenomsnittet.

Sedan ett antal år tillbaka nyregistreras årligen mellan 1 500 och 2 000 patienter i Riksät. Tack vare denna stabila och omfattande ökning är informationen från årsrapporter och andra sammanställningar numera användbara och meningsfulla (se www.psykiatriregister.se).

Stepwise

Stepwise är en databas som framför allt specialiserade ätstörningsenheter har rapporterat till. Stepwise innehåller ett antal psykometriskt utprovade bedömningsstöd i form av halvstrukturerade intervjuer och kliniska skattningar samt självskattningsformulär. Stepwise byggdes runt kvalitetsregistret Riksät och registrering i Stepwise har fram till våren 2015 inneburit automatisk inklusion i Riksät.

Stepwise, som togs i drift våren 2005, utformades vid "Kunskapscentrum för ätstörningar" (KÄTS) som ett kvalitetssäkrings-system för Stockholm. Redan från start har enheter utanför Stockholm anslutit sig. Vid utgången av 2013 innehöll databasen drygt 10 700 patienter. Stepwise är därmed, vad gäller kombinationen av mängden data om varje patient och databasens storlek, en världsunik ätstörningsdatabas.

Riksät har sedermera, utifrån erfarenheterna från Stepwise, byggts om till att också innehålla strukturerad bedömning. Mer information om Stepwise finns på KÄTS hemsida (se ”Användbara länkar”).

Det nya Riksät kommer att innehålla en del av det som fanns i Stepwise. Det är i dag oklart om Stepwise kommer att finnas kvar i sin ursprungliga form efter 2016.

8:1 Möjliga kvalitetsindikatorer att använda vid registrering i kvalitetsregister:

- Täckningsgrad för nyregistreringar, det vill säga andel nyregistrerade patienter innevarande år av det totala antalet nya patienter på enheten föregående år.
- Täckningsgrad för uppföljning/avslut, det vill säga andel nyregistrerade patienter föregående år som har en uppföljnings-/avslutsregistrering innevarande år.

9. Implementering

De kliniska riktlinjerna bygger på bästa tillgängliga kunskap och därmed i så hög grad som möjligt på behandlingsmetoder som är utvärderade i välgjorda vetenskapliga studier. Välgjorda vetenskapliga studier, så kallade RCT-studier, kan upplevas som gjorda under förutsättningar som inte är direkt tillämpbara i den vanliga kliniska praktiken, som till exempel att det har skett en selektion av patienter och en selektion av duktiga terapeuter. Men det är ändå mycket som talar för att resultaten i dessa studier är tillämpbara i vanlig klinisk praxis (Accurso m.fl., 2015).

Även när resultaten i dessa studier är tillämpbara i vanlig klinisk praxis innebär det att en del av de patienter som vi träffar inte kommer att ha nytta av den rekommenderade metoden. Detta beror på att behandlingsstudier sällan visar att en behandlingsmetod har effekt för mer än mellan 50–70 procent av patienterna, men metoden rekommenderas då den ger ett bättre resultat än placebo eller än den metod som den jämfördes med.

Det är viktigt att utgå från den metod som rekommenderas, men att i varje enskilt fall ha en beredskap att erbjuda andra behandlingar.

Nedan följer några aspekter på vad man ska ta hänsyn till när man använder sig av dessa riktlinjer i arbetet med patienterna.

Personcentrerat välgrundat beslutsfattande

Säkra och empiriskt välunderbyggda behandlingsalternativ, vilka är baserade på tillgänglig forskning och expertkonsensus är vad dessa riktlinjer bygger på och ska vara utgångspunkt när man diskuterar behandlingsalternativ med patienten och hennes/hans familj. Detta

för att de ska, där så är möjligt, kunna fatta ett välgrundat beslut om vilken behandling de ska acceptera.

Barn och ungdomar är mer delaktiga i beslutet ju äldre de är, men övergripande gäller att deras föräldrar eller juridiska förmyndare har att avgöra om hur vården ska se ut.

Involvera familj och närstående

Om det inte finns kontraindikationer eller om patienten är emot det bör familj eller andra betydande närstående engageras som partner i bedömning och behandlingsprocess. Med tanke på den avsevärda börda för anhöriga som en ätstörningssjukdom innebär är det viktigt att familjen erbjuds lämpligt stöd och information.

För patienter som är under 18 år ska familjen alltid aktivt medverka.

Mesta möjliga samtycke, medbestämmande och delaktighet

Behandling bör erbjudas med mesta möjliga samtycke, medbestämmande och delaktighet som lämpar sig för den enskildes behov och önskemål. Många människor med ätstörningar är svåra att engagera i behandling, eftersom de är ambivalenta och rädda att ge upp sitt ätstörningsbeteende eller så förnekar de sjukdomen och allvaret i symtomen.

Att erbjuda alternativ i behandlingen och att ge patienten en möjlighet till kontroll över vad som ska hända kan innebära att man kan få en bättre terapeutisk allians.

Tvärvetenskapligt team

Patienten bör få tillgång till den kombinerade medicinska, näringsmässiga och psykologiska insats som krävs för att ge de bästa möjligheterna till tillfrisknande. Önskvärt är att hela teamet har specialistkompetens i form av kunskap, färdighet och erfarenhet inom området ätstörningar och att alla finns på samma plats eller är lätt-tillgängliga för patienten och hennes/hans familjer.

Även om teammedlemmar ska ha olika perspektiv är ett enat förhållningsätt i hur behandlingen ges avgörande.

Vård på rätt nivå och sammanhållen vårdkedja

De olika behandlingsnivåerna öppenvård, intensiv öppenvård med måltidstöd, dagvård samt slutenvårdsbehandling bör finnas tillgängliga för alla patienter.

Eftersom många patienter inte kommer att komma till en specialiserad ätstörningsenhet bör specialistenheter ha god kontakt med allmänpsykiatriska kliniker för att underlätta tillgången till och smidiga övergångar i vården mellan olika enheter.

En dimensionell inställning till diagnos och behandling

Det är avgörande att kunna beskriva kärnsymtomen av ätstörningen på ett för patient och anhöriga begripligt sätt för att ge dem möjlighet att kunna bestämma vilken behandling som lämpar sig bäst.

Det finns en påtaglig variation av individers symtom både inom och mellan de olika diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning samt andra ätstörningar. Ett alltför strikt förhållningssätt till diagnos bör därför undvikas då det kan försvåra dialogen med patienten.

Referenser

Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C. & Le Grange, D. (2015). From efficacy to effectiveness: comparing outcomes for youth with anorexia nervosa treated in research trials versus clinical care. *Behav Res Ther*, 65, 36–41.

Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A. & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1279–1286.

Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., Kasper, S. & Disorders, W. T. F. O. E. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*, 12(6), 400–443.

Al-Adawi, S. B. B., Bryant-Waugh, R. (2013). Revision of ICD – status update on feeding and eating disorders. *Adv Eat Disord*, 1(1), 10–20.

Algars, M., Alanko, K., Santtila, P. & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: a qualitative study. *Eat Disord*, 20(4), 300–311.

Allison, K. C. & Tarves, E. P. (2011). Treatment of night eating syndrome. *Psychiatr Clin North Am*, 34(4), 785–796.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724–731.

Arthur-Cameselle, J. N. & Quatromoni, P. A. (2014). Eating disorders in collegiate female athletes: factors that assist recovery. *Eat Disord*, 22(1), 50–61.

Baron-Cohen, S., Jaffa, T., Davies, S., Auyeung, B., Allison, C. & Wheelwright, S. (2013). Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? *Mol Autism*, 4(1), 24.

Bergstrom, I., Crisby, M., Engstrom, A. M., Holcke, M., Fored, M., Kruse, P. J. & Sandeberg, A. M. (2012). Ge inte patienter med anorexia nervosa östrogen eller p-piller i benbevarande syfte [Do not give patients with anorexia nervosa estrogen or birth control pills in bone preserving purpose]. *Läkartidningen*, 109(34–35), 1482–1483.

Beumont, P. J., Arthur, B., Russell, J. D. & Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord*, 15(1), 21–36.

Bratland-Sanda, S. & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci*, 13(5), 499–508.

Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Ro, O., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (2010). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: an exploratory study

of excessive and non-excessive exercisers. *Int J Eat Disord*, 43(3), 266–273.

Brauhardt, A., de Zwaan, M. & Hilbert, A. (2014). The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord*, 47(6), 565–584.

Brown, T. A. & Keel, P. K. (2012). Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Subst Abuse*, 6, 33–61.

Bruch, Hilde. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.

Bryant-Waugh, R. (2013). Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example. *Int J Eat Disord*, 46(5), 420–423.

Bulik, C. M. (2014). The challenges of treating anorexia nervosa. *Lancet*, 383(9912), 105–106.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 305–312.

Bulik, C. M., Von Holle, A., Siega-Riz, A. M., Torgersen, L., Lie, K. K., Hamer, R. M. & Reichborn-Kjennerud, T. (2009). Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*, 42(1), 9–18.

Bulik, C. M., Baucom, D. H., Kirby, J. S. & Pisetsky, E. (2011). Uniting couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa (UCAN). *Int J Eat Disord*, 44(1), 19–28.

Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., Lopez, C., Fernandez-Aranda, F. & Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 17(4), 243–259.

Cardwell, M. S. (2013). Eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 68(4), 312–323.

Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 50.

Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C. M. & Joyce, P. R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*, 44(7), 647–654.

Cavedini, P., Bassi, T., Ubbiali, A., Casolari, A., Giordani, S., Zorzi, C. & Bellodi, L. (2004). Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Res*, 127(3), 259–266.

Charland, L. C. (2013). Ethical and conceptual issues in eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 562–565.

Coker, E. L., Mitchell-Wong, L. A. & Abraham, S. F. (2013). Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(12), 1407–1413.

Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and me-

ta-analysis. *Int J Eat Disord*, 46(1), 3-11.

Crowther, J. H., Armey, M., Luce, K. H., Dalton, G. R. & Leahey, T. (2008). The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. *Int J Eat Disord*, 41(6), 491-497.

Danielsen, M. & Ro, O. (2012). Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome. *Eat Disord*, 20(4), 261-275.

DRF:s Referensgrupp för ätstörningar (2007). Nutritionsbehandling vid ätstörningar. Riktlinjer för dietister DRF.

Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J. & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*, 21(4), 340-344.

Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Therapy*, 27, 104-131.

Eisler, I. (2013). *Multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: results of a multi-centre treatment trial*. The 13th General Meeting of the European Council on Eating Disorders (ECED), Oslo, Norway, september 2013.

Elzakkers, I. F., Danner, U. N., Hoek, H. W., Schmidt, U. & van Elburg, A. A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: a review. *Int J Eat Disord*, 47(8), 845-852.

Engström, K. (2008). *Delaktighet under tvång: om ungdomars erfarenheter i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård*. Avhandling, Örebro universitet.

Fairburn, C. (red.) (2008). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A. & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 50(6), 419-428.

Federici, A., Wisniewski, L. & Ben-Porath, D. (2012). Description of an Intensive Dialectical Behavior Therapy Program for Multidiagnostic Clients with Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*, 90(3), 9.

Feldman, M. B. & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Int J Eat Disord*, 40(3), 218-226.

Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Jr, Taylor, C. B. & Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(6), 574-579.

Fisher, C. A., Hetrick, S. E. & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004780.

Furstrand, A., Byrne, S., Watson, La Puma, M., Allen, K. & Byrne, S. (2014). Enhanced Cognitive Behavior Therapy: a single treatment for all eating disorders. *J Couns Dev*, 90(3), 11.

Gauvin, L., Steiger, H. & Brodeur, J. M. (2009). Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: contribu-

tions toward a population health perspective. *Int J Eat Disord*, 42(2), 158–165.

Glick, I. D., Stillman, M. A., Reardon, C. L. & Ritvo, E. C. (2012). Managing psychiatric issues in elite athletes. *J Clin Psychiatry*, 73(5), 640–644.

Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P. & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders: critical review of the literature. *J Affect Disord*, 97(1–3), 37–49.

Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C. & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191, 427–435.

Gowers, S. G., Clark, A. F., Roberts, C., Byford, S., Barrett, B., Griffiths, A. & Roots, P. (2010). A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability – the TOUCAN trial. *Health Technol Assess*, 14(15), 1–98.

Gull, W. (1874) Anorexia nervosa. *Transactions of the Clinical Society of London*. 7:22–28.

Hagman, J., Gralla, J., Sigel, E., Ellert, S., Dodge, M., Gardner, R. & Wamboldt, M. Z. (2011). A double-blind, placebo-controlled study of Risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(9), 915–924.

Hartmann, A., Weber, S., Herpertz, S., Zeeck, A. & German Treatment Guideline Group for Anorexia, N. (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom*, 80(4), 216–226.

Hay, P., Bacaltchuk, J., Stefano, S. & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000562.

Hay, P. J. & Claudino, A. M. (2012). Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15(2), 209–222.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L. & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(11), 977–1008.

Hellstrom, I. (1977). Oral complications in anorexia nervosa. *Scand J Dent Res*, 85(1), 71–86.

Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., Zeeck, A. & German College for Psychosomatic, M. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int*, 108(40), 678–685.

Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R. & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*, 200(3), 232–237.

Hurst, K., Read, S. & Wallis, A. (2012). Anorexia nervosa in adolescence and Maudsley-based treatment. *J Couns Dev*, 90, 339–245.

Isomaa, R., Isomaa, A. L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R. & Bjorkqvist,

K. (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two-step 3-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev*, 17(3), 199–207.

Javed, A., Tebben, P. J., Fischer, P. R. & Lteif, A. N. (2013). Female athlete triad and its components: toward improved screening and management. *Mayo Clin Proc*, 88(9), 996–1009.

Johansson, A. K., Nohlert, E., Johansson, A., Norring, C. & Tegelberg, A. (2009). Dentists and eating disorders – knowledge, attitudes, management and experience. *Swed Dent J*, 33(1), 1–9.

Johansson, A. K., Johansson, A., Unell, L., Norring, C. & Carlsson, G. E. (2010). Eating disorders and signs and symptoms of temporomandibular disorders: a matched case-control study. *Swed Dent J*, 34, 139–147.

Johansson, A. K., Norring, C., Unell, L. & Johansson, A. (2012). Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci*, 120(1), 61–68.

Kass, A. E., Kolko, R. P. & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 549–555.

Keel, P. K. (2007). Purging disorder: subthreshold variant or full-threshold eating disorder? *Int J Eat Disord*, 40 Suppl, 89–94.

Keel, P. K. & Gravener, J. A. (2008). Sociocultural influences on eating disorders. I: Wonderlich, S., Mitchell, J. E., de Zwaan, M. & Steiger, H. (red.) (2008). *Annual Review of Eating Disorders: Part 2–2008*, s. 43–57. Oxford: Radcliffe Publishing.

Keel, P. K. & Striegel-Moore, R. H. (2009). The validity and clinical utility of purging disorder. *Int J Eat Disord*, 42(8), 706–719.

Keel, P. K., Haedt, A. & Edler, C. (2005). Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord*, 38(3), 191–199.

Keel, P. K., Heatherton, T. F., Dorer, D. J., Joiner, T. E. & Zalta, A. K. (2006). Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med*, 36(1), 119–127.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A. & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*, 164(8), 1259–1265.

Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A. & Hoek, H. W. (2008). Epidemiology of eating disorders: an update. I: S. Wonderlich, Mitchell, J. E., de Zwaan, M. & Steiger, H. (red.) (2008). *Annual Review of Eating Disorders: Part 2–2008*, s. 56–68. Oxford: Radcliffe Publishing.

Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C. & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord*, 46(4), 355–368.

Kohn, M. R., Madden, S. & Clarke, S. D. (2011). Refeeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition. *Curr Opin Pediatr*, 23(4), 390–394.

Koubaa, S., Hallstrom, T., Lindholm, C. & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol*, 105(2), 255–260.

Koubaa, S., Hallstrom, T., Hagenas, L. & Hirschberg, A. L. (2013). Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study. *BJOG*, 120(11), 1413–1422.

Larranaga, A., Docet, M. F. & Garcia-Mayor, R. V. (2012). High prevalence of eating disorders not otherwise specified in Northwestern Spain: population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(10), 1669–1673.

Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J. & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 64(9), 1049–1056.

Le Grange, D., Doyle, P. M., Swanson, S. A., Ludwig, K., Glunz, C. & Kreipe, R. E. (2012). Calculation of expected body weight in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 129(2), e438–446.

Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T. & Gissler, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46(8), 826–833.

Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa*. Second edition. A Family-based approach. New York: Guilford Press.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10), 1025–1032.

Lose, A., Davies, C., Renwick, B., Kenyon, M., Treasure, J., Schmidt, U. & Group, M. T. (2014). Process evaluation of the maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa trial. Part II: Patient experiences of two psychological therapies for treatment of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 22(2), 131–139.

Machado, P. P., Machado, B. C., Goncalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*, 40(3), 212–217.

Martinsen, M. & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sports Exerc*, 45(6), 1188–1197.

McIntosh, V. V., Jordan, J., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Bulik, C. M. & Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39(8), 625–632.

McIntosh, V. V., Carter, F. A., Bulik, C. M., Frampton, C. M. & Joyce, P. R. (2011). Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychol Med*, 41(5), 1061–1071.

Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D. & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(7), 800-807.

Micali, N., dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaf, J., Jaddoe, V., Hofman, A. & Tiemeier, H. (2014a). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG*, 121(4), 408-416.

Micali, N., Stahl, D., Treasure, J. & Simonoff, E. (2014b). Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(2), 124-134.

Milos, G. F., Spindler, A. M., Buddeberg, C. & Cramer, A. (2003). Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychother Psychosom*, 72(5), 276-285.

Morton, R. (1694). *Phthisiologia: or a Treatise of Consumptions*. Sam. Smith and Benj Walford, Prince's of arms. London: S:t Pauls Churchyard.

Muise, A. M., Stein, D. G. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health*, 33(6), 427-435.

Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A. & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 40(2), 102-113.

Murray, S. B., Boon, E. & Touyz, S. W. (2013). Diverging eating psychopathology in transgendered eating disorder patients: a report of two cases. *Eat Disord*, 21(1), 70-74.

Nasser, M. (2009). Psychiatric disorders: eating disorders across cultures. *Psychiatry Res*, 8(9), 4.

Nattiv, A., Loucks, A. B., Manore, M. M., Sanborn, C. F., Sundgot-Borgen, J., Warren, M. P. & American College of Sports. (2007). American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc*, 39(10), 1867-1882.

Ng, L. W., Ng, D. P. & Wong, W. P. (2013). Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy*, 99(1), 1-11.

Nielsen, S., Anckarsater, H., Gillberg, C., Gillberg, C., Rastam, M. & Wentz, E. (2015). Effects of autism spectrum disorders on outcome in teenage-onset anorexia nervosa evaluated by the Morgan-Russell outcome assessment schedule: a controlled community-based study. *Mol Autism*, 6, 14.

Nilsson, K. & Hägglöf, B. (2005). Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in Northern Sweden. *Eur Eat Dis Rev*, 13, 89-100.

Nordbo, R. H., Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Skarderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2008). Expanding the concept of motivation to change: the con-

tent of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 41(7), 635–642.

Norman, M. (2015) Ny svensk standard ger värden för blodtryck hos barn. *Läkartidningen*, 13.

Ohrn, R. & Angmar-Mansson, B. (2000). Oral status of 35 subjects with eating disorders – a 1-year study. *Eur J Oral Sci*, 108(4), 275–280.

Ohrn, R., Enzell, K. & Angmar-Mansson, B. (1999). Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci*, 107(3), 157–163.

Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L. & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 194(1), 10–17.

Papadopoulos, F. C., Karamanis, G., Brandt, L., Ekblom, A. & Ekselius, L. (2013). Childbearing and mortality among women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 46(2), 164–170.

Pelto-Piri, V., Engstrom, K. & Engstrom, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Med Ethics*, 14, 49.

Pike, K. M., Hoek, H. W. & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 27(6), 436–442.

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 171(1), 109–116.

Presnell, K., Bearman, S. K. & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *Int J Eat Disord*, 36(4), 389–401.

Probst, M., Pieters, G. & Vanderlinden, J. (2008). Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *Int J Eat Disord*, 41(7), 657–665.

Ramklint, M., Jeansson, M., Holmgren, S. & Ghaderi, A. (2012). Guided self-help as the first step for bulimic symptoms: implementation of a stepped-care model within specialized psychiatry. *Int J Eat Disord*, 45(1), 70–78.

Reijonen, J. H., Pratt, H. D., Patel, D. P. & Greydanus, D. E. (2003). Eating disorders in the adolescent population: an overview. *J Adolesc Research*, 18, 209–222.

Runfola, C. D., Allison, K. C., Hardy, K. K., Lock, J. & Peebles, R. (2014). Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *J Adolesc Health*, 55(1), 41–448.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9, 429–448.

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M. & Toussaint, J. F. (2011). Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One*, 6(5), e19007.

Schlegel, S., Hafner, D., Hartmann, A., Fuchs, R. & Zeeck A. (2012). Ambulante Sporttherapie für Patientinnen mit Essstörungen: Ein Pilotprojekt. *Psychoter Psych Med*, 62, 456-462.

Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I. & Eisler, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*, 164(4), 591-598.

Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., Sternheim, L., Startup, H., McIntosh, V. & Treasure, J. (2012). Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 201(5), 392-399.

Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One*, 8(5), e63891.

Silber, T. J. (2011). Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: ethical considerations. *Adolesc Med State Art Rev*, 22(2), 283-288.

Skrzypek, S., Wehmeier, P. M. & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10(4), 215-221.

Smink, F. R., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14(4), 406-414.

Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J. & Micali, N. (2014). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev*, 36(1), 49-56.

Steinglass, J. E., Kaplan, S. C., Liu, Y., Wang, Y. & Walsh, B. T. (2014). The (lack of) effect of Alprazolam on eating behavior in anorexia nervosa: a preliminary report. *Int J Eat Disord*, 47(8), 901-904.

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.

Steinhausen, H. C. & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1331-1341.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C. & DeAntonio, M. (2006). Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*, 39(7), 570-575.

Stunkard, A. J., Grace, W. J. & Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*, 19(1), 78-86.

Sundgot-Borgen, J., Meyer, N. L., Lohman, T. G., Ackland, T. R., Mughan, R. J., Stewart, A. D. & Muller, W. (2013). How to minimise the health

risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC Medical Commission. *Br J Sports Med*, 47(16), 1012–1022.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 714–723.

Tasca, G. A., Maxwell, H., Bone, M., Trinneer, A., Balfour, L. & Bissada, H. (2012). Purging disorder: psychopathology and treatment outcomes. *Int J Eat Disord*, 45(1), 36–42.

Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S. & Crosby, R. D. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 43(12), 2501–2511.

Treasure, J. & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry*, 199(1), 5–7.

Treasure, J., Smith, G. & Crane, A. (2007). Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: the New Maudsley Method. London; New York: Routledge.

Waldman, A., Loomes, R., Mountford, V. A. & Tchanturia, K. (2013). Attitudinal and perceptual factors in body image distortion: an exploratory study in patients with anorexia nervosa. *J Eat Disord*, 1, 17.

Watson, H. J. & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med*, 43(12), 2477–2500.

Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillberg, C. & Rastam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry*, 194(2), 168–174.

Wikland, K. A., Luo, Z. C., Niklasson, A. & Karlberg, J. (2002). Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. *Acta Paediatr*, 91(7), 739–754.

Wilson, G. T. & Zandberg, L. J. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: effectiveness and scalability. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 343–357.

Zipfel, S., Wild, B., Gross, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H. & Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9912), 127–137.

Centrala internationella riktlinjer

AED Medical Care Standards Task Force (2012). Eating disorders: critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders: <http://aedweb.org/web/downloads/Guide-English.pdf>

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, 2004 and CG9. Eating disorders review recommendation, July 2011: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG9>

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P. & Zerbe, K. J. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. APA: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P. & Zerbe, K. J. (2012). Guideline watch (August 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. APA: http://www.valueoptions.com/providers/Handbook/treatment/Eating_Disorders_Guideline_Watch.pdf

Förslag på böcker för vidareläsning

Agras, W. S. (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford: Oxford University Press.

Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Åtstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur & Kultur.

Edlund, K. & Ghaderi, A. (2008). *Kognitiv beteendeterapi vid hetsättningsstörning och övervikt*. Lund: Studentlitteratur.

Fairburn, C. (red.) (2008). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. (2002). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, andra upplagan. New York: Guilford Press.

Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (2013). *Eating disorders in childhood and adolescence*, fjärde upplagan. London: Routledge.

Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa. Second edition. A Family-based approach*. New York: Guilford Press.

Mehler, P. & Andersen, A. (2010). *Eating disorders: a guide to medical care and complications*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Treasure, J., Smith, G. & Crane, A. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: the New Maudsley Method*. London, New York: Routledge.

Förslag på självhjälsböcker:

Fairburn, C. (2011). *Att övervinna hetsätning*. Lund: Studentlitteratur.

Ghaderi, A. & Parling, T. (2007). *Från självsvalt till ett fullvärdigt liv*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ghaderi, A. & Parling, T. (2009). *Lev med din kropp: om acceptans och självkänsla*. Stockholm: Natur & Kultur.

Moum, S. & Van Der Ster, G. (2009). *På väg*. Linköping: Randi förlag.

Van Der Ster, G. (2009). *Mattillåtet: praktisk vägledning för dig som har en ätstörning*. Linköping: Randi förlag.

Användbara länkar

Länkar till avsnittet "Kost och nutritionsbehandling":

Nordic Nutrition Recommendations (2012): <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>

Tallriksmodellen: <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad-och-matvanor/tallriksmodellen/>

Matcirkeln: [http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad-och-matvanor/matcirkeln/#Kött, fisk och ägg](http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad-och-matvanor/matcirkeln/#Kött,fisk_och_ägg)

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS): <http://www.atstorning.se/>
Kunskapscentrum för ätstörningar tillhör Centrum för psykiatriforskning Stockholm (CPF). Deras uppdrag är vård- och metodutveckling, forskning och kunskaps spridning. Hemsidan innehåller information om ätstörningar och dessas behandling.

Frisk & Fri: <http://www.friskfri.se/> Patient och anhörigförening. Deras syfte och verksamhet bygger på att sprida information och genomföra aktiviteter för att stödja personer med ätstörningar och deras närstående, arbeta förebyggande inom området och påverka för bättre vård.

Svenska Anorexi- Bulimi Sällskapet (SABS): [http://www.sabs.nu/_Svenska Anorexi och Bulimisällskapet](http://www.sabs.nu/_Svenska_Anorexi_och_Bulimisällskapet) är en sammanslutning för kliniker och forskare. SABS bildades 1993 och har som målsättning att utveckla och systematisera kunskaperna om behandlingsmetoderna för sjukdomarna anorexia nervosa och bulimia nervosa samt näraliggande tillstånd. Inom målramen ingår också att förbättra behandlingsmetoderna. SABS ordnar årligen medlemsmöten med föreläsningar, seminarier och workshops.

Nordiska sällskapet för ätstörningar (Nordic Eating Disorder Society, NEDS): <http://www.neds.nu/> Sällskapetets uppgift är att göra kunskap om sjukdomarna tillgänglig. NEDS ska vara ett forum för nya kontakter och utbyte av erfarenheter mellan människor som på olika sätt arbetar professionellt med ätstörningar i Norden. NEDS arrangerar vartannat år en kongress i ett nordiskt land.

Matdagbok

Exempel på en mall för vad som kan ingå i en matdagbok. Patienten informeras om att man ska föra in i matdagboken i direkt anslutning till att man ätit.

Veckodag	Vad åt du?	Var åt du?
Frukost kl		
Mellanmål kl		
Lunch kl		
Mellanmål kl		
Middag kl		
Mellanmål kl		

Var du ensam?	Var det lagom/ mycket/lite?	Känslor under måltiden.	Kompenserade du efteråt (kräktes/ motionerade eller liknande)?

Ätstörningar och födorelaterade syndrom

Anorexia nervosa

F50.0

- A. Otillräckligt energiintag i förhållande till behoven vilket medför en signifikant låg kroppsvikt med beaktande av ålder, kön, tillväxtkurva och kroppslig hälsa. Med signifikant låg kroppsvikt avses en vikt som understiger lägsta normalnivå, eller, för barn och ungdomar, understiger den lägsta normalt förväntade kroppsvikten.
- B. Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots att personen är klart underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten.

Specificera form:

Med självsvält: Under de senaste 3 månaderna har personen inte haft några upprepade episoder med hetsätning eller självrensning (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang). Den här specifikationen avser en klinisk bild som utmärks av att viktminskning främst åstadkoms genom diet, fasta och/eller överdriven motion.

Med hetsätning/självrensning: Under de senaste 3 månaderna har personen haft upprepade episoder med hetsätning eller självrensning (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Specificera om:

I partiell remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har kriterium A (låg kroppsvikt) inte längre varit uppfyllt. Däremot är antingen kriterium B (in-

tensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett beteende som förhindrar viktökning) eller kriterium C (störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form) fortfarande uppfyllt.

I fullständig remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har inga kriterier längre varit uppfyllda.

Specificera aktuell svårighetsgrad:

Svårighetsgraderingen utgår inledningsvis, för vuxna, från body mass index (BMI) (se nedan) eller, för barn och ungdomar, från BMI percentilen. Intervallen nedan härrör från WHO:s kategorier för undervikt hos vuxna; för barn och ungdomar ska motsvarande BMI percentiler användas. Svårighetsgraderingen kan, om det finns skäl till det, ökas för att återspegla förekomst av allvarliga kliniska symtom, graden av funktionsnedsättning samt behovet av medicinsk tillsyn.

Lindrig: BMI ≥ 17 kg/m²

Medelsvår: BMI 16-16.99 kg/m²

Svår: BMI 15-15.99 kg/m²

Mycket svår: BMI < 15 kg/m²

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Bulimia nervosa

F50.2

- A. Upprepade episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av både kriterium (1) och (2):
1. Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom 2 timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
 2. Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).

- B. Upprepade olämpliga kompensatoriska beteenden för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar; missbruk av laxermedel, diuretika eller andra läkemedel; fasta; eller överdriven motion.
- C. Både hetsätningen och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer i genomsnitt minst en gång i veckan under 3 månader.
- D. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
- E. Symtomen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Specificera om:

I partiell remission: Samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Några, dock inte alla, kriterier har under en sammanhängande tidsperiod fortfarande varit uppfyllda.

I fullständig remission: Samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har inga kriterier längre varit uppfyllda.

Specificera aktuell svårighetsgrad:

Svårighetsgraderingen utgår inledningsvis från frekvensen av olämpliga kompensatoriska beteenden. Svårighetsgraderingen kan, om det finns skäl till det, ökas för att återspegla förekomsten av andra symtom samt graden av funktionsnedsättning.

Lindrig: I genomsnitt 1-3 episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden per vecka.

Medelsvår: I genomsnitt 4-7 episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden per vecka.

Svår: I genomsnitt 8-13 episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden per vecka.

Mycket svår: I genomsnitt 14 eller fler episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden per vecka.

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Hetsätningsstörning

F50.8

- A. Upprepade episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av både kriterium (1) och (2):
 - 1. Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom 2 timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
 - 2. Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).
- B. Under hetsätningsepisoderna föreligger minst tre av följande:
 - 1. Äter mycket fortare än normalt.
 - 2. Äter så mycket att det uppstår en obehaglig mättnadskänsla.
 - 3. Äter stora mängder mat utan att känna sig fysiskt hungrig.
 - 4. Äter i ensamhet på grund av skamkänslor för att äta så mycket.
 - 5. Äcklas över sig själv, känner sig deprimerad eller har starka skuldskänslor efteråt.
- C. Hetsätningen medför ett påtagligt lidande.
- D. Hetsätningen förekommer i genomsnitt minst en gång i veckan under 3 månader.
- E. Hetsätningen är inte förknippad med upprepade olämpliga kompensatoriska beteenden som vid bulimia nervosa och förekommer inte enbart i anslutning till bulimia nervosa eller anorexia nervosa.

Specificera om:

I partiell remission: Samtliga kriterier för hetsätningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har emellertid hetsätningsepisoder förekommit i genomsnitt mer sällan än en gång i veckan.

I fullständig remission: Samtliga kriterier för hetsätningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har inga kriterier längre varit uppfyllda.

Specificera aktuell svårighetsgrad:

Svårighetsgraderingen utgår inledningsvis från frekvensen av hetsätningsepisoder. Svårighetsgraderingen kan, om det finns skäl till det, ökas för att återspegla förekomsten av andra symtom samt graden av funktionsnedsättning.

Lindrig: 1-3 hetsätningsepisoder per vecka.

Medelsvår: 4-7 hetsätningsepisoder per vecka.

Svår: 8-13 hetsätningsepisoder per vecka.

Mycket svår: 14 eller fler hetsätningsepisoder per vecka.

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

F50.8

Den här kategorin används när den kliniska bilden präglas av symtom på en ätstörning och födorelaterade syndrom som orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, men där kriterierna inte är helt uppfyllda för någon av de specificerade diagnoserna inom gruppen ätstörningar och födorelaterade syndrom.

Kategorin andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom kan användas vid tillfällen då klinikern väljer att beskriva de specifika skälen till att den kliniska bilden inte motsvarar kriterierna för någon specifik diagnos inom gruppen ätstörningar och födorelaterade syndrom. Då anges ”annan specificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom” åtföljt av det specifika skälet (t ex ”bulimia nervosa med låg frekvens”).

Här följer exempel på när den här kategorin kan användas:

1. **Atypisk anorexia nervosa:** Samtliga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda med undantag för att personens kroppsvikt ligger inom eller över normalintervallet trots signifikant viktnedgång.
2. **Bulimia nervosa (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet):** Samtliga kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda med undantag för

att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena i genomsnitt inträffar mer sällan än en gång per vecka och/eller under kortare tidsperiod än 3 månader.

3. **Hetsätningsstörning (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet):** Samtliga kriterier för hetsätningsstörning är uppfyllda med undantag för att hetsätandet i genomsnitt inträffar mer sällan än en gång per vecka och/eller under kortare tidsperiod än 3 månader.
4. **Självrening:** Självrening vid upprepade tillfällen i syfte att påverka kroppsvikt eller form (t ex självframkallade kräkningar; missbruk av laxermedel, diuretika eller andra läkemedel) men utan episoder av hetsätning.
5. **Nattligt ätande:** Upprepade episoder av nattligt ätande, vilket visar sig i form av att personen äter efter att ha vaknat upp under natten eller i form av måttlöst ätande efter kvällsmålet. Personen är medveten om och kommer ihåg episoderna av nattligt ätande. Det nattliga ätandet förklaras inte bättre med yttre påverkan såsom förändringar i sömn-vakenhetscykeln eller med lokala sociala normer. Det nattliga ätandet orsakar signifikant lidande och/eller funktionsnedsättning. Störningen i ätmönstret förklaras inte bättre med hetsätningsstörning eller någon annan form av psykisk ohälsa, inkluderat substansbruk, och kan inte tillskrivas något annat medicinskt tillstånd eller effekter av något läkemedel.

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Undvikande/restriktiv ätstörning

F50.8

- A. En form av ätstörning (t ex bristande intresse för mat eller för att äta mat; undvikande som grundas på matens sensoriska karaktäristika; upptagenhet av negativa konsekvenser av att äta) som visar sig som en ihållande oförmåga att i tillräcklig grad tillgodose kroppens behov av näringsämnen och energitillförsel. Störningen är förenad med ett (eller fler) av följande:
1. Signifikant viktnedgång (eller, hos barn, utebliven förväntad viktökning eller avstannad tillväxt).
 2. Signifikant näringsbrist.
 3. Personen är beroende av parenteral nutrition eller oralt närings-tillskott.
 4. Påtagligt negativ inverkan på psykosocial funktionsförmåga.
- B. Störningen förklaras inte bättre med bristande tillgång på mat eller med någon kulturellt sanktionerad sedvänja.
- C. Ätstörningen förekommer inte uteslutande i samband med anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Inget talar för att det föreligger en störd kroppsuppfattning med avseende på vikt eller form.
- D. Ätstörningen kan inte tillskrivas något samtidigt förekommande medicinskt tillstånd och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa. Om ätstörningen förekommer i samband med något annat psykiatriskt eller medicinskt tillstånd, så överstiger svårighetsgraden av ätstörningen i så hög grad det som vanligen förknippas med tillståndet ifråga att särskild klinisk fokusering är motiverad.

Specificera om:

I remission: Kriterierna för undvikande/restriktiv ätstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har inga kriterier längre varit uppfyllda.

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Pica

F98.3/F50.8

- A. Personen har vid upprepade tillfällen under minst 1 månads tid ätit materia som saknar näringsinnehåll och är otjänlig som mänsklig föda.
- B. Det avvikande ätbeteendet är inadekvat för personens utvecklingsnivå.
- C. Det avvikande ätbeteendet är inte kulturellt eller socialt sanktionerat.
- D. Om det avvikande ätbeteendet förekommer i samband med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex intellektuell funktionsnedsättning, autism, schizofreni) eller något annat medicinskt tillstånd (inkluderat graviditet), ska det bedömas vara tillräckligt svårartat för att motivera särskild klinisk fokusering.

Kodningsanvisning: Den här diagnosen kodas enligt ICD-10-SE med **F98.3** för barn och med **F50.8** för vuxna.

Specificera om:

I remission: Kriterierna för pica har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har inga kriterier längre varit uppfyllda.

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Idisslande

F98.2

- A. Under minst 1 månads tid stöts maten vid upprepade tillfällen upp. Sen kan individen tugga om maten, svälja ned den igen eller spotta ut den.
- B. Det avvikande beteendet kan inte tillskrivas något gastrointestinalt eller annat medicinskt tillstånd (t ex gastroesofagal reflux, pylorusstenos).
- C. Störningen förekommer inte uteslutande i samband med anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller undvikande/restriktiv ätstörning.

- D. Om symtomen förekommer i samband med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex intellektuell funktionsnedsättning eller annan utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse), ska de bedömas vara tillräckligt svårartade för att motivera särskild klinisk fokusering.

Specificera om:

I remission: Kriterierna för idisslande har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod har inga kriterier längre varit uppfyllda.

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom

F50.9

Den här kategorin används när den kliniska bilden präglas av symtom på en ätstörning och födorelaterade syndrom som orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, men där kriterierna inte är helt uppfyllda för någon av de specificerade diagnoserna inom gruppen ätstörningar och födorelaterade syndrom.

Kategorin ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom kan användas vid tillfällen då klinikern väljer att inte beskriva de specifika skälen till att den kliniska bilden inte motsvarar kriterierna för någon specifik diagnos inom gruppen ätstörningar och födorelaterade syndrom. I den här kategorin inkluderas kliniska tillstånd där informationen är otillräcklig för att ställa en mer specifik diagnos (t ex vid besök på akutmottagning).

(Källa: Mini-D-5; Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press, Stockholm 2014. Svensk ensamrätt. Publicerat med tillstånd av förlaget, eftertryck medges ej. © American Psychiatric Publishing 2013.)

Ätstörningar är vanligt förekommande tillstånd, framför allt bland yngre vuxna. Inte sällan leder dessa tillstånd till ett stort lidande hos de drabbade och deras närstående. Ätstörningar kan också medföra allvarliga somatiska och psykiatriska komplikationer.

Dessa kliniska riktlinjer för utredning och behandling av ätstörningar är en uppdatering och omarbetning av de riktlinjer som publicerades 2005. Det har tillkommit nya diagnoser sedan de förra riktlinjerna och kriterierna beskrivs utifrån DSM-5. Nytt i denna nya upplaga är en bilaga med diagnostiska kriterier enligt DSM-5.

Syftet med riktlinjerna är att:

- Medverka till att en större andel personer med ätstörning än för närvarande erbjuds adekvat evidensbaserad behandling.
- Medverka till att patienter med ätstörning får ett professionellt bemötande och behandlas med den respekt som deras svåra lidande motiverar.

Boken är i första hand skriven för kliniskt verksamma yrkesutövare inom barn- och vuxenpsykiatri, men är även lämplig för kliniker inom andra vårdgrenar. Såväl klinikledningar och utvecklingsansvariga som anhöriga och patienter kan ha utbyte av att läsa boken.

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan 1996 utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden. *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling* är den sextonde skriften i serien Svensk Psykiatri.



gothiafortbildning.se

