

Ätstörningar¹

Anna-Maria af Sandeberg,
Stockholms centrum för ätstörningar, Stockholm
Olav Bengtsson, BUP, Stockholm

Inledning

Att äta är inte bara ett sätt att tillfredsställa kroppens behov av näring utan ätandet har också en viktig social, kulturell och relationsskapande betydelse. Dock är det sällan som vårt förhållande till mat är helt oproblematiskt. Alla föräldrar vet att barn kan ha mycket bestämda idéer om mat. Vägran att äta kan vara ett användbart och normalt sätt att protestera och uttrycka sin ilska. Även som vuxen är det vanligt att vi oroar oss för att vi har ätit för mycket eller fel sorts mat. Många räknar kalorier och hoppar på de senaste trenderna inom bantning och motion. För de flesta av oss medför vårt förhållande till mat sällan något hälsoproblem, men för vissa personer blir det ett så stort problem att den naturliga tillfredsställelsen av biologiska behov upphör, eller till och med upplevs som ångestfyllt.

Kroppsfixering och smalhetsideal sammankopplas med upplevelsen av framgång och moralisk styrka. Unga människor som söker sin identitet blir lätt offer för sådana föreställningar, som ofta förstärks av reklamen, och reagerar med en överdriven upptagenhet av kroppen och utseendet som ett sätt att förbättra en bräcklig självkänsla.

1. Under arbetet med kapitlet har det diagnostiska systemet DSM uppdaterats med DSM-5 i dess engelskspråkiga version. Vid slutförandet av detta kapitel föreligger ännu ingen svensk version av DSM-5, varför diagnostiska begrepp från DSM-IV har behållits.

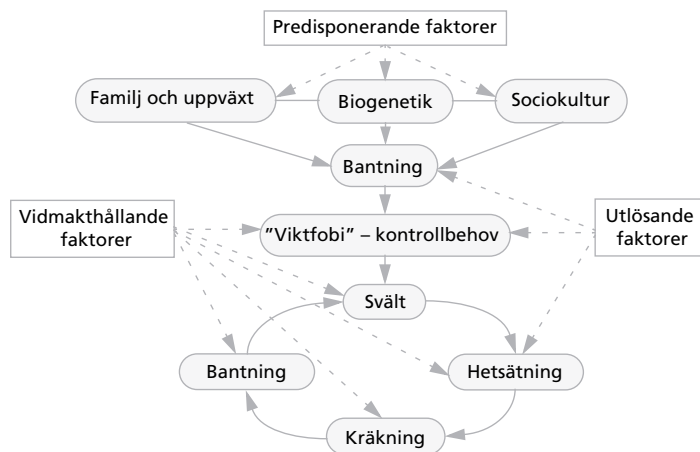
Bakgrund

Ätstörningar, dvs anorexia nervosa, finns beskrivet i medicinsk litteratur som enskilda fall från 1600-talet. På 1800-talet finns ett flertal fall beskrivna. Dock är det först efter kriget, dvs på 1950-talet, som ätstörningar blir allt vanligare. Anorexia nervosa ökar fram till 1980-talet men antalet har sedan dess varit relativt konstant.

Begreppet ätstörningar är en samlingsbeteckning för anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörningar UNS (atypiska ätstörningar och hetsättningsstörningar), vilka är psykiatriska diagnoser enligt klassifikationssystemet DSM-IV och ICD 10.

Anorexia och bulimia nervosa är vanliga tillstånd, som tar sig uttryck i ihållande störningar i ätbeteende eller i viktkontrollerande beteende och som påtagligt försämrar hälsa eller psykosocial funktion. För diagnos ska störningen inte vara sekundär till någon känd allmänmedicinsk sjukdom (t ex hypotalamisk tumör) eller någon annan psykisk störning (t ex ångestsyndrom eller depression).

Det kan upplevas som ytterst provocerande att unga friska och normalviktiga personer utsätter sina kroppar för livshotande svälttillstånd eller förstör sin ekonomi på mat som sedan kräks upp. Ätstörningar innebär även en mycket stor påfrestning för familjen och det sociala nätverket. Det är därför ofta nödvändigt att ta med hela familjen i behandlingsarbetet.



Figur 1. Ätstörningar – riskfaktorer och multifaktoriell orsaksmodell för ätstörningar

Förekomst och prognos

Anorexia och bulimia nervosa förekommer huvudsakligen (90%) hos tonårsflickor och unga kvinnor. Nyinsjuknandet i ätstörningar har under de senaste 25–30 åren varit relativt konstant. Hos flickor i åldern 14–24 år förekommer allvarlig anorexi hos 0,5% och allvarlig bulimi hos 2%. Om man också inkluderar andra former av ätstörningar (ätstörningar UNS) blir siffran betydligt högre. Vid varje tidpunkt rapporterar 10% av kvinnor i övre tonåren eller vuxen ålder symtom på någon form av ätstörning. Förekomsten av ätstörningar är ca 10 gånger vanligare bland vuxna kvinnor än bland vuxna män. Under de senaste åren har det rapporterats allt fler fall med debut av anorexi i yngre tonåren och bland barn så unga som 9 år (1). I denna yngre åldersgrupp är andelen pojkar betydligt högre (20–30%).

Ätstörningar är vanligare hos kvinnor som elitidrottare (2), se vidare Ätstörningar och idrott, s 1058. Ätstörningar är också vanligare bland kvinnliga diabetiker jämfört med åldersmatchade personer i befolkningen vilket sannolikt beror på den ökade fokuseringen på mat och särskild kosthållning (3).

Ätstörningar är tillstånd med utdraget och symtomatiskt varierande förlopp. Återfall hos förbättrade patienter, liksom över-

gångar mellan olika ätstörningsdiagnoser är vanligt. Att beskriva generellt utfall för ätstörningar är därför mycket svårt. Det beror dels på att metodologin har varierat mellan olika utfallsstudier, dels på att kriterierna för tillfrisknande skiljer sig avsevärt åt mellan olika studier. Från internationella studier brukar det anges att på 5–10 års sikt tillfrisknar 50–75% av patienterna. En svensk multicenterstudie visar på mer gynnsamma resultat (4), se Tabell 1.

Tabell 1. Anorexia nervosa hos flickor i adolescensen, utfall efter 2 års behandling

Mortalitet	0,5%
Frisk	72,0%
Förbättrad	10,0%
Oförändrad	11,5%
Försämrad	6,0%

Orsaker och riskfaktorer

Vid ätstörningar finns ofta många olika och samverkande faktorer av psykologisk, biologisk och kulturell natur. Man bör skilja på predisponerande, utlösande och upprätthållande faktorer, se Figur 1.

Till predisponerande faktorer hör genetisk sårbarhet samt vissa personlighetsdrag som perfektionism och tvångsmässighet. Dessa personlighetsdrag är starkt knutna

till diagnosen anorexia nervosa, medan impulsiva personlighetsdrag i högre utsträckning är knutna till diagnosen bulimia nervosa (5). En negativ självbild och få nära vänner är riskfaktorer för både anorexi och bulimi.

Utlösande faktorer kan vara stressande och traumatiska livshändelser, t ex dödsfall, separationer i familjen och övergrepp.

Vidmakthållande faktorer är svälttillståndet och kräkningsbeteendet i sig, som via vissa hormoner, t ex endorfiner och kortisol, kan ge en känsla av välbefinnande. Långvariga anorektiska tillstånd ger också en sjukdomsidentitet som i sig kan vara svår att bryta.

Dödsorsaker

Anorexia nervosa är associerad med en signifikant förhöjd mortalitetsrisk jämfört med jämnåriga kvinnor i den allmänna populationen. För bulimia nervosa finns det däremot ingen evidens för förhöjd mortalitet. Den genomsnittliga dödligheten i anorexi har angetts till 6–9 gånger högre än i motsvarande åldersgrupp i normalbefolkningen (6). Dödsfallen orsakas enligt en studie till 54% av somatiska komplikationer, 27% av suicid och 19% av andra okända orsaker (siffrorna är osäkra pga varierande obduktionspraxis) (7).

De vanligaste somatiska dödsorsakerna är hjärtrytmrubbningar, akut hjärtsvikt, hjärtinfarkt, pneumoni och hypoglykemi. I sällsynta fall kan dödsfall orsakas av s k refeedingsyndrom (se s 1061). Behandling av anorexia nervosa, som beror på att långvarig svält försvagat hjärtmuskulaturen. Kräkningar och missbruk av laxermedel medverkar till hypokalemiutveckling. Hypokalemi, hypoglykemi, hypofosfatemi och syra-basbalansrubbningar är de viktigaste markörerna till ett fatalt förlopp.

Bradykardi inträder relativt tidigt i sjukdomsförloppet vid anorexia nervosa pga minskad produktion av adrenalin och noradrenalin. Enbart måttlig bradykardi (med en puls på ca 50 slag/minut) ger ingen ökad risk för hjärtrytmrubbningar. Vid mer uttalade svälttillstånd får man ofta en hjärtfrekvens under 40 slag/minut. Om en sådan person plötsligt (från en dag till en annan) får en relativ takykardi, dvs en puls på

60–70 slag/minut kan detta vara ett allvarligt tecken på begynnande hjärtsvikt.

Några välgjorda studier (bl a den s k Göteborgsstudien) har rapporterat få eller inga dödsfall, varför man har spekulerat i om vården blivit bättre på att förebygga och ta hand om potentiellt livshotande tillstånd vid anorexi (8).

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa börjar oftast med en önskan om att gå ned i vikt och med en viljemässig bantning. Inte sällan startar symptomen i samband med någon stressande händelse. Den anorektiska personen har en uttalad skräck för att gå upp i vikt och känner sig ständigt tjock trots betydande undervikt. Tillståndet börjar oftast smygande med minskande portioner och reduktion av fett i maten ("fettfobi"). Det är vanligt att personen övergår till vegetarisk kost. Efter hand går all tid och energi åt till tankar på mat, vikt och kroppsutseendet. Kropps- och viktfixeringen förvärras ofta med sjunkande vikt. Till symtombilden hör också ibland ett tvångsmässigt överdrivet motionerande.

Då varje måltid är förknippad med en stark ångest och skräck för att gå upp i vikt blir självkänslan direkt kopplad till hur man lyckas kontrollera sitt ätande och vikt. Om man kan avstå från mat trots en betydande hunger, känner man sig nöjd och självkänslan ökar.

Efter hand utvecklas symtombilden så att personen blir alltmer självupptagen, tvångsmässig och socialt isolerad. Hon/han blir lättirriterad om något stör de tvångsmässiga rutinerna. Man undviker ofta gemensamma måltider i familjen eller skolan genom att uppge att man redan har ätit. Däremot uppehåller man 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, se Faktaruta 1, s 1057. Kontrollera tandstatus hos patienter med anorexi. Svälttillståndet påverkar salivsammansättningen, med ökad risk för karies, gingivit och tandlossningsproblem. Om patienten kräks ökar risken för syraangrepp och skador på tandemaljen.

Anorexia nervosa

Somatiska symtom

- Avmagring (BMI < 17,5 för vuxna krävs för diagnosen anorexia nervosa)
- Kalla händer och fötter
- Perifer cyanos
- Bradykardi
- Hypotension
- Hypotermi
- Lanugobehåring
- Perifera ödem
- Försenad längdtillväxt
- Försenad pubertetsutveckling
- Tand- och tandköttsskador

Fynd vid somatisk utredning

- Anemi
- Leukopeni
- Trombocytopeni
- Granulocytopeni
- Hypoglykemi
- Elektrolytrubbningar
- EKG-förändringar (ST-sänkningar, avflackad T-våg, förlängd QT-intervall)
- Tyreoideapåverkan
- Leverpåverkan (förhöjda värden av ALAT)
- Låga värden av LH och FSH (vid amenorré)
- Osteopeni/osteoporos

Psykiska symtom

- Ångest
- Hyperaktivitet
- Irritabilitet
- Tvångsmässighet
- Depression och självmordstankar
- Låg självkänsla
- Social isolering

Somatiska differentialdiagnoser

- Hypertyreos
- Diabetes mellitus
- Binjurebarksinsufficiens (Addisons sjukdom)
- Hypofysinsufficiens
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- Celiaki
- Hjärntumör

tid. Hetsätningen väcker intensiv ångest, vilket gör att man omedelbart måste göra sig av med maten. Det vanligaste sättet är att provocera kräkning, men användning av laxermedel, lavemang och diuretika är också vanliga kompensatoriska metoder. Intensivt och tvångsmässigt motionerande hör också ofta till symtombilden.

Hetsätningsepisoderna kan efterföljas av någon eller några dagar med normalt eller restriktivt ätande. En del patienter hetsäter och kräks emellertid en eller flera gånger varje dag tills de är fullständigt utmattade.

Den bulimiska patienten upplever oftast ett stort misslyckande över att inte kunna ta kontroll över maten. Känslor av äckel, skam, ångest och maktlöshet är vanliga. Självbilden är ofta negativ och det är vanligt med samtidig förekomst av depression.

Kroppsliga symtom vid bulimia nervosa blir oftast inte lika dramatiska och svårartade som vid anorexi eftersom patienten i allmänhet är normalviktig, se Faktaruta 3, s 1058.

Det finns ett flertal differentialdiagnostiska tillstånd som i sin debut kan ge symtom i form av ätproblem och viktninskning, se Faktaruta 2.

Bulimia nervosa

Personer med bulimi har på samma sätt som personer med anorexi, en patologisk fixering vid mat, vikt och kroppsutseende. Rädslan för att gå upp i vikt styr också deras liv och självkänsla. Till skillnad från anorektikern, som har total kontroll över matintaget, så brister kontrollen med jämna mellanrum hos bulimikern. Hon/han vräker då i sig stora mängder mat på kort

Ätstörning UNS

Ätstörning UNS omfattar den största gruppen av patienter med ätstörningar. En person med denna diagnos har vissa anorektiska eller bulimiska symtom, men uppfyller inte alla kriterier för någon av de specifika ätstörningarna.

Till denna grupp hör också patienter med hetsätningssstörning ("binge eating disorder"). Ätstörning UNS beskrivs ofta som en lindrigare form av ätstörning, men den kan kliniskt vara nog så svårbehandlad, framför allt då ätstörningssymtomen är kombinerade med psykiska symtom som ångest, nedstämdhet och självdestruktivitet.

Bulimia nervosa**Somatiska symtom**

- Esofagit
- Tandemaljskador
- Parotishypertrofi
- Buksmärtor

Fynd vid somatisk utredning

- Förhöjt S-amylas
- Hypokalemi
- Hypokloremi
- Hypokalcemi
- Metabolisk alkalos

Psykiska symtom

- Ångest
- Depression och självmordstankar
- Självd destruktivitet
- Låg självkänsla
- Missbruk

Hetsättningsstörning innebär att personen återkommande vräker i sig stora mängder mat på kort tid, på samma sätt som den bulimiska patienten. Det förekommer dock inget kompensatoriskt beteende, som kräkningar, användande av laxermedel eller motionerande. Det betyder att dessa personer med tiden får en betydande övervikt, ofta med sekundära obesitaskomplikationer som hypertoni och diabetes. Behandlingen bör därför riktas både mot ätstörningen och övervikten.

Psykiatrisk samsjuklighet vid ätstörningar

Det finns en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet vid ätstörningar. Hos barn och ungdomar < 18 år är samsjukligheten ca 45% medan det hos vuxna personer finns en samsjuklighet på 65–75%. De vanligaste samtidiga diagnoserna vid ätstörning oavsett ålder är ångest och depression, som finns hos 30–40%. Personlighetsstörningar och missbruk är vanliga samsjuklighetsdiagnoser hos vuxna patienter med bulimia nervosa. Tvångssyndrom är vanligare hos patienter med anorexi än vid bulimi. Vad gäller samsjuklighet med neuropsykiatriska diagnoser är relativt lite publicerat, men en studie från USA visar att flickor med ADHD löpte 3,6 gånger större risk att få en

ätstörning än en kontrollgrupp (9). ADHD är vanligare vid bulimiska symtom medan Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd är vanligare hos patienter med anorexia nervosa (10).

Ätstörningar och diabetes

Ätstörningar, inkluderande både anorexi och bulimi, är vanligare hos diabetiker under förpuberteten och puberteten jämfört med icke-diabetiker i samma åldersgrupp. Vissa undersökningar har visat på en förekomst på 14–17% i åldersgruppen 11–19 år (11). Hos diabetiker med ätstörningar är det vanligt med dålig kontroll av blodsockernivåer vilket leder till ökad risk för diabeteskomplikationer (12). Studier har visat att 86% av unga flickor som har en svår form av ätstörning utvecklar en diabetesretinopati redan 5 år efter sjukdomsdebuten jämfört med 24% hos dem som har ett normalt ätbeteende (13).

”Insulin purging”, dvs viktreduktion genom undersubstitution av insulin är vanligt bland typ 1-diabetiker. Genom undersubstitution av insulin minskar aptiten och socker förloras genom urinen, vilket medför en viktminskning. Dessa patienter påverkar sin blodsockerreglering på ett negativt sätt och har en betydligt ökad risk för senkomplikationer, framför allt neuropati och retinopati.

Ätstörningar och idrott

Ätstörningssymtom är vanligt hos elitidrottande flickor. Risken att utveckla ätstörningar är störst i estetiska grenar och individuellt presterande idrottsgrenar, där hård träning och låg vikt är betydelsefull för att uppnå goda idrottsresultat. Sådana grenar är orientering, längdskidåkning, ballett, gymnastik och konståkning. Många unga idrottande flickor får inte i sig tillräckligt med näring i förhållande till den hårda träningen.

Ett vanligt första symtom på den negativa energibalansen är menstruationsbortfall. ”Idrottsanorexi” anses i allmänhet vara en lättare form av ätstörning än den klassiska anorexin, framför allt för att viktfo-

och den störda kroppsuppfattningen är mindre framträdande eller saknas. Ibland övergår emellertid "idrottsanorexin" till en klassisk anorexia nervosa.

Behandling av ätstörningar

Evidensläget

Den vetenskapliga evidensen avseende behandling av ätstörningar är mycket blandad. För anorexia nervosa är evidensläget svagt, medan det för bulimia nervosa och hetsättningsstörning är bättre och bitvis mycket bra. För ätstörning UNS är den vetenskapliga evidensen obefintlig. SBU har sammanfattat två systematiska översikter från Cochrane Collaboration som har sammanställt det vetenskapliga underlaget för psykoterapeutisk behandling av barn och vuxna med anorexia nervosa (14).

Den enda behandling som har något så när stöd vid anorexia nervosa är familjeterapi för ungdomar, men inte för vuxna. Det finns också preliminär evidens för att KBT (kognitiv beteendeterapi) kan minska återfallsrisken hos vuxna patienter med anorexi när viktrestitution är uppnådd. Att behandla anorexipatienter med enbart medicinering saknar stöd i befintlig evidens. Det finns ingen medicinering med visad effekt på de centrala medicinska eller psykologiska anorexisymtomen.

För bulimia nervosa finns tre behandlingar med bra stöd i befintlig evidens (15–18). Dessa är KBT, IPT (interpersonell psykoterapi) och farmakologisk behandling. Medicinering med SSRI (fluoxetin) har kortsiktiga effekter på centrala beteendemässiga och psykologiska bulimisyntom. KBT, individuellt eller i grupp, har liknande effekter på såväl kort som lång sikt. IPT har också stöd i befintlig evidens och är lika effektiv som KBT, men kräver längre tid för att uppnå samma resultat. Förutom detta finns preliminär evidens för att olika former av självhjälp kan vara effektivt, likaså guidad självhjälp på Internet.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i England publicerade 2004 kliniska riktlinjer för behandling av ätstörningar. Bakom dessa riktlinjer står en grupp forskare och kliniker som på ett mycket noggrant sätt gått igenom befintlig

forskning. De har sammanfattat sina rekommendationer i ett antal punkter som även ligger bakom aktuella svenska rekommendationer (19).

Allmänna behandlingsprinciper

Att upptäcka ätstörningar

Tidig upptäckt och snabbt insatt behandling är en av de viktigaste faktorerna för god prognos. Om nyckelpersoner upptäcker och diagnostiserar ätstörningstillstånd i ett tidigt skede, innan ätstörningen har blivit en fastlåst del av identiteten, finns det en god möjlighet att bryta ett annars ofta långdraget förlopp. Det är därför viktigt att man inom skolhälsovården, primärvården och ungdomsmottagningarna är uppmärksam på tidiga tecken på utveckling av ätstörning.

Tidiga tecken

- Vill äta "nyttigt" (inga kakor eller bullar).
- Slutar äta godis (trots att övriga familjen äter lördagsgodis).
- Vill övergå till vegetarisk kost.
- Utesluter fett i maten.
- Motionerar mer och oftare än tidigare.
- Hoppas över skolmaten/middagen med motiveringen "är mätt" eller "har redan ätit".
- Symtom på trötthet, huvudvärk, förstopning och frusenhet.
- Viktnedgång eller utebliven förväntad viktuppgång vid fortsatt längdtillväxt.

Ortorexi

Ortorexi är ett begrepp som är vanligt förekommande och som närmast kan betraktas som ett livsstilsfenomen. Ordet kommer av grekiskans "ortos", rak/riktig och "orexos", aptit. En person som själv benämner sig som ortorektisk är oftast överdrivet fixerad vid att äta rätt och hälsosamt (ofta i kombination med överdriven motion och träning) och tillhör givetvis en riskgrupp för att utveckla ätstörning. Men ortorexi är inget sjukdomsbegrepp och ingår inte i ätstörningsdiagnoserna.

Behandling

Vid lindriga ätstörningar kan stödjande samtal hos skolsköterska/distriktssköterska eller skolläkare/distriktsläkare vara tillräckligt. Även vuxna patienter kan behöva stöd och hjälp av sin partner för att ta sig igenom ätstörningen. Det är därför mycket värt om också patientens sambo/make/maka blir informerad om situationen och vilket stöd patienten kan komma att behöva.

Det är mycket vunnet om man tidigt kan få patienten motiverad till behandling och fortsatt samarbete. Detta är emellertid inte alltid så lätt då framför allt yngre patienter ofta förnekar sitt sjukdomstillstånd. Även något äldre patienter kan vara påtagligt ambivalenta och omotiverade till förändring. Man måste komma ihåg att ätstörningssymtomen ofta har blivit en livsstrategi och fungerar som ett kontrollsystem för att upprätthålla balans i självbilden. Att bygga en förtroendefull relation med patienten är själva grunden för fortsatt förändringsarbete. Patientens ambivalens och rädsla för förändring kan finnas med under mycket lång tid och kräver ofta ett ständigt pågående motivationsarbete. Som behandlare ska man försöka att förmedla hopp, men också tydligt sätta gränser när utvecklingen går åt fel håll.

Barn och ungdomar ska alltid behandlas tillsammans med sina föräldrar. Det är viktigt att se föräldrarna som en resurs och inte som ett hinder. I familjer som har barn med anorexi har matsituationerna ofta blivit kaotiska och känslomässigt laddade. Föräldrarna har inte sällan tappat sin föräldraauktoritet och sitt självförtroende då barnet har tagit över kontrollen av köket och matsituationen. För att lyckas i behandlingen blir det därför lika nödvändigt att stötta och hjälpa föräldrarna som att stötta och hjälpa den anorektiska patienten. Ibland sker det i gemensamma samtal, ibland i separata samtal. Barn och yngre tonåringar bör initialt inte själva ta ansvar för maten.

Behandlaren och föräldrarna beslutar om matinnehåll, mängd och matordning samt viktökningstakt. Målsättningen är en återgång till normala måltider vad gäller innehåll och mängd. När viktökningen är tillfredsställande och symtomen i övrigt har

Akuta/relativa indikationer för intagning på slutenvårdsavdelning vid anorexia nervosa

- Låg puls < 40 slag/minut
- Låg kroppstemperatur < 35,5–36 °C
- Elektrolyter i obalans
- Total dryck-/matvägran
- Förlängd QT-tid
- Eller risk för att några av ovanstående fynd/symtom kommer att inträffa inom något dygn om svälten fortgår

minskat kan ansvaret gradvis överlämnas till barnet. Äldre tonåringar kan ofta ta ett större eget ansvar direkt. I början av behandlingen kan patienten behöva komma till mottagningen 2 gånger/vecka för stöd, uppföljning och medicinska kontroller (puls, blodtryck och vikt). Detta kan mycket väl genomföras av en sjuksköterska. Viktkontroller bör endast ske på mottagningen och inte i hemmet då det finns en risk för ett tvångsmässigt överdrivet kontrollerande av vikten.

Om man inte når resultat inom några veckor bör man remittera patienten vidare till specialist inom BUP/vuxenpsykiatri eller specialiserad ätstörningsklinik. Patienter som rasat i vikt under kort tid och som dessutom kräks bör remitteras direkt till specialist inom ätstörningsområdet. Vid lågt BMI eller snabb viktnedgång kombinerat med låg puls och låg temperatur bör man överväga inläggning för nutritionsbehandling, se Faktaruta 4.

På många större orter finns specialiserade ätstörningsverksamheter eller ätstörningsteam. Inom dessa verksamheter bör det finnas utrymme för kvalificerad diagnostik och utredning av patientens somatiska och psykiatriska tillstånd och ett brett utbud av behandlingsmetoder, som tar hänsyn till olika aspekter av ätstörningen, se Terapirekommendationerna, s 1061 och s 1062.

Tvångsvård (LPT) kan ibland bli nödvändig att tillämpa om patientens liv är i fara och hon/han motsätter sig vård eller om patienten är självmordsbenägen.

Patienter med ätstörningar kan behöva många års uppföljning (2–3 gånger/år) även efter att den aktiva behandlingen har av-

Terapirekommendationer – Behandling av anorexia nervosa

- Konkret stöd för att bryta svälten och normalisera ätbeteendet (t ex användande av matdagbok)
- Medicinska kontroller och eventuell korrigering av medicinska komplikationer (hypokalemi)
- Överväg användning av näringsdryck vid otillräckligt näringsintag
- Familjeterapi vid behandling av yngre patienter
- Psykologisk samtalsbehandling i öppenvård
- Behandla komorbiditet t ex tvångssyndrom, depression och ångest
- Vid substitutionsbehandling vid vitamin- och mineralbrist ges multivitaminpreparat och B-vitaminer, se kapitlet Vitaminer, mineraler och spårämnen, avsnittet Behandling, s 227

slutats. Risken för återfall under de 2 första åren efter avslutad behandling är relativt stor framför allt vid nya kriser i livet.

Behandling av anorexia nervosa

Det viktigaste första steget i behandlingen är att bryta svälten och normalisera ätmönstret. Ofta behövs ett konkret stöd i matsituationen och att behandlaren tillsammans med patienten utarbetar mål och delmål för viktuppgång och matintag. Användandet av matdagböcker kan utgöra ett stöd. Under denna fas i behandlingen är det viktigt med en noggrann medicinsk kontroll och eventuell korrigering av allvarliga somatiska komplikationer (t ex låga kaliumvärden).

Om matintaget är otillräckligt kan man behöva komplettera med tillägg av näringsdrycker. Man får dock se upp så att inte patienten byter ut mat mot näringsdryck. Vid allvarliga svälttillstånd och otillräckligt födointag kan sondnäring bli nödvändig. Man bör vara ytterst försiktig med intravenös näringstillförsel pga risken att överbelasta hjärta och cirkulation.

Risken för ett s k refeedingsyndrom ökar vid alltför snabb näringspåfyllnad då patienter med allvarliga svälttillstånd ofta har elektrolytrubbningar (hypofosfatemi) och minskad hjärtpacitet och därmed riskerar att utveckla hjärtsvikt, ödem och koma. Näringsstillförseln måste därför vara reducerad till ca 20–30 kcal/kg kroppsvikt/dygn under de 2 första veckorna hos gravt avmagrade patienter.

Psykoterapeutisk behandling vid anorexi kan ofta inte påbörjas förrän den akuta svältsituationen är under kontroll. Familjeterapi är den terapiform som har bäst effekt vid behandling av yngre patienter med anorexi som fortfarande bor hemma. Individualterapi bör vara orienterad till ”här-och-nu-

situationen” i början, med fokus på att förbättra patientens självkänsla och relationer.

Farmakologisk behandling har inte i några studier visat effekt på själva sjukdomen anorexi.

Vid samtidig förekomst av depression och tvångssyndrom kan behandling med SSRI vara indicerad. Ångest och sömnsvårigheter är vanliga symtom hos patienter med åtstörningar. Om dessa symtom blir svåra kan det vara indicerat att ge anxiolytika och sömnmedicin under en begränsad tid. Man bör dock komma ihåg att värdet av psykofarmakologisk behandling kan vara begränsad vid svår katabol fas av anorexisjukdomen.

Vitamin- och mineralbristen kan bli uttalad hos patienter med anorexia nervosa. Brist på B₁₂ och folsyra är vanligt – efter en längre tids sjukdom – och dessa kan behöva substitueras liksom även kalk. Vid frekventa kräkningar kan en uttalad hypokalemi behöva åtgärdas med tillskott av kalium. Vid svåra och långdragna svälttillstånd kan man behöva kontrollera patientens syrabasstatus.

Vid långvarigt menstruationsbortfall (> 1 år) ökar risken för osteoporos. Östrogensubstitution har dock inte visat någon positiv effekt på bentätheten. Näringstillförsel och viktuppgång är den viktigaste åtgärden för att minska risken för framtida men av osteoporos.

Behandling av bulimi

Den första målsättningen med behandlingen är att hjälpa patienten att få stopp på hetsningen och kräkningarna och eventuellt andra kompensatoriska beteenden (laxermedelsmissbruk, överdrivet motionerande etc). Strukturerade vårdplaner med mål och delmål och användandet av matdagböcker kan underlätta behandlingen

Terapirekommendationer – Behandling av bulimia nervosa

- Konkret stöd för att normalisera ätbeteendet och bryta hetsätning och kräkningar (t ex användande av matdagbok)
- Använd självhjälsmanualer
- Korrigera medicinska komplikationer (hypokalemi)
- Familjeterapi vid behandling av yngre patienter
- Individuell terapi eller gruppterapi med KBT eller IPT med fokus på att förbättra patientens självkänsla och relationer
- Behandla komorbiditet
- Kontroll av tandstatus – remittera till tandläkare
- Farmakologisk behandling – Symtomlindring vid bulimi: Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI; fluoxetin). Initialt rekommenderas 60 mg/dag, dvs högre dos än vid normal depressionsbehandling.

under denna fas. Användandet av självhjälsmanualer kan fungera bra för en del patienter. Idag finns flera böcker på svenska med konkreta självhjälsinstruktioner steg för steg. Det är ofta självhjälp som utgår från samma principer som tillämpas inom kognitiv beteendeterapi (20).

Bulimiska patienter med frekventa kräkningar bör uppmanas att uppsöka tandläkare för att motverka erosionsskador.

Psykoterapeutisk behandling vid bulimi har visat väldokumenterat goda resultat och bör alltid erbjudas som en basbehandling (15–17). Det är framför allt kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi som givit positiva effekter – dock är tillgången på interpersonell terapi ännu begränsad i Sverige. KBT i gruppterapi är en effektiv behandlingsform vid bulimi och kan rekommenderas.

Farmakologisk behandling vid bulimi kan erbjudas som ett komplement till övrig behandling. Det är framför allt SSRI-preparat (fluoxetin) som har god effekt på hetsätningssymtomen (18). Studier och klinisk erfarenhet har visat att biverkningarna är få. Behandlingen bör pågå minst 6 månader – därefter nedtrappning under noggrann uppföljning.

Samtidig förekomst av ångest och depression kan också behöva behandlas farmakologiskt, se kapitlet Ångest och oro, avsnittet Behandling av oro och ångest, s 1027, respektive Förstämmningssyndrom, avsnittet Behandling under Depression hos unga vuxna, s 1049.

Patientföreningar

För patientföreningar se Faktaruta 5.

Patientföreningar och information om anorexia och bulimia nervosa

- Riksföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt, Inedalsgatan 5, 112 33 Stockholm
www.abkontakt.se
- Kunskapscentrum för Åtstörningar (KÄTS), Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, Z8:02 171 76 Stockholm
www.atstorning.se

Referenser

1. Nielsen GB, Lausch B, Thomsen PH. Three cases of severe early-onset of eating disorder: Are they cases of anorexia nervosa? *Psychopathology*. 1997;30:49–52.
2. Johnson C, Power PS, Dick R: Athletes and eating disorders: National Collegiate Athletic Association study. *Int J Eat Disord*. 1999;26:179–88.
3. Colton PA, Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Rodin GM. Natural history and predictors of disturbed eating behaviour in girls with type 1 diabetes. *Diabet Med*. 2007;24:424–9.
4. Thurfjell B, Eliasson M, Swenne I, von Knorring A-L, Engström I. Perceptions of gender ideals predict outcome of eating disorders in adolescent girls. *Eat Disord*. 2006;14:287–304.
5. Godt K. Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16:94–9.
6. Rosling A, Sparén P, Norring C, von Knorring A-L. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in specialist unit 1974–2000. *Int J Eat Disord*. 2011;44:304–10.

7. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord*. 2010; 43:387–392.
8. Wentz E, Gillberg IC, Gillberg C, Råstam M. Tenyear follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Physical health and neurodevelopment. *Dev Med Child Neurol*. 2000;42:328–33.
9. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Surman CB, Johnson JL, Zeitlin S. Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five year prospective study. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28:302–7.
10. Wentz E, Lacey JH, Waller G, Råstam M, Turk J, Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients: A pilot study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:431–7.
11. Colton P, Olmsted M, Daneman D, Rydall A, Rodin G. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care*. 2004;27:1654–9.
12. Peveler RC, Bryden KS, Neil HA, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB, Turner HM. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28:84–8.
13. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1997;336:1849–54.
14. Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa. SBU kommenterar publicerad 2011-10-18. www.sbu.se
15. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD, et al. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry*. 1992;149:82–7.
16. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009;166:311–9.
17. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40:321–36.
18. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:139–47.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Clinical Practice Guideline Number CG9. London: National Institute for Clinical Excellence 2004; 60–61 (www.nice.org.uk).
20. Fairburn C. Att övervinna hetsätning, ett nytt vetenskapligt behandlingsprogram. Cura bok-förlag och utbildning AB, 2003. ISBN 9789189091337.