

VÅRDPROGRAM
FÖR
BARN, UNGDOMAR OCH VUXNA
MED
ÄTSTÖRNINGAR

Författare

Mailen Lamminen leg psykolog, leg psykoterapeut

Huvudredaktör

Marianne Helgesson fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut

Barn- och ungdomspsykiatri
Östergötland

FÖRORD	4
FÖRKORTNINGAR	5
INLEDNING	6
PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG	6
ALLMÄN BESKRIVNING	7
DIAGNOSKRITERIER	8
<i>Diagnoskriterier enligt DSM-IV</i>	8
<i>Diagnoskriterier enligt ICD-10</i>	9
TEORIER FÖR UPPKOMST AV ÄTSTÖRNINGAR	10
FORSKNING	12
FÖREKOMST	12
HEREDITET	13
KOMORBIDITET	13
PROGNOS	14
<i>Anorexia nervosa</i>	14
<i>Bulimia nervosa</i>	15
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD	15
MEDICINSKT	15
<i>Medicinska komplikationer vid AN</i>	15
<i>Medicinska komplikationer vid BN</i>	17
EXISTENTIELL INNEBÖRD.....	18
INNEBÖRD FÖR FAMILJ OCH NÄRSTÄENDE	18
UTREDNING	19
ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER	19
INTERVJU VID MISSTANKE OM ÄTSTÖRNING.....	19
SOMATISK UNDERSÖKNING.....	20
PSYKIATRISK UNDERSÖKNING	21
UTREDNINGSVRKTYG	21
<i>Semistrukturerade intervjuer</i>	21
<i>Självskattningsformulär</i>	21
<i>Självregistrering</i>	22
<i>Skattningsskalor för kroppsbild/kroppsuppfattning</i>	22
<i>Övrigt</i>	22
BEHANDLING	23
PSYKOPEDAGOGISKA INSATSER OCH SJÄLVHJÄLP	23
NUTRITIONSBEHANDLING	24
<i>Anorexia nervosa</i>	24
<i>Bulimia nervosa</i>	25
<i>Pedagogiska hjälpmedel</i>	26
FARMAKOLOGISK BEHANDLING	26
<i>Anorexia nervosa</i>	26
<i>Bulimia nervosa</i>	27
SJUKGYMNASTISK BEHANDLING	27
PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLING.....	28
<i>Familjeterapi</i>	28
<i>Kognitiv beteendeterapi/Kognitiv psykoterapi</i>	29
<i>Psykodynamisk psykoterapi</i>	30
<i>Interpersonell psykoterapi</i>	30
<i>Konstnärliga terapier</i>	31
MEDICINSK ÖPPENVÅRD FÖR LÅNGTIDSSJUKA PATIENTER.....	31
PSYKIATRISK SLUTENVÅRD	31
DAGVÅRD	32
INDIKATIONER FÖR OMEDELBAR MEDICINSK SJUKHUSVÅRD.....	32
ÜTVÄRDERING AV BEHANDLING	32

PREVENTION	32
SAMARBETE/SAMVERKAN MED ANDRA	33
KOLLEGOR PÅ VIDEGÅRDEN ATT RÅDFRÅGA/DISKUTERA MED	33
INFORMATION TILL PATIENTER OCH ANHÖRIGA	33
PACIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR.....	33
LÄSTIPS	34
<i>Facklitteratur</i>	34
<i>Länkar</i>	34
<i>Skönlitteratur</i>	34
<i>Filmer</i>	34
FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSPROJEKT	35
PÅGÅENDE	35
ÖNSKVÄRDA FRAMTIDA PROJEKT	35
LITTERATURFÖRTECKNING	37
VÅRDPROGRAMMETS PROCESS	42
<i>Medarbetare i vårdprogrammet</i>	42
<i>Arbetsgång</i>	42
<i>Litteratursökning</i>	42
<i>Revidering</i>	42
<i>Kontaktperson</i>	42
BILAGA 1	43
VIDEGÅRDEN	43
<i>Rådgivning</i>	43
<i>Utredningsgång</i>	43
<i>Psykopedagogik</i>	44
<i>Mottagningssköterskans arbete</i>	44
<i>Dietistens arbete</i>	45
<i>Sjukgymnastens arbete</i>	45
<i>Psykoterapiformer</i>	46
<i>Slutenvård och dagverksamhet</i>	47
<i>Behandlingslägenhet</i>	47
BILAGA 2	49
DIAGRAM FÖR VIKTKURVA	49

Förord

Inom Östergötlands läns landsting pågår sedan mitten av 1990-talet ett medicinskt programarbete, vars övergripande syfte är att:

- skapa en mer likvärdig vård för östgötarna
- östgötarnas behov av hälso- och sjukvård skall styra tilldelningen av resurser och vara vägledande vid prioriteringar
- stärka medborgarnas/patienternas ställning och medverkan i vården
- vara en plattform för ökat engagemang hos förtroendevalda
- utveckla dialogen mellan politiker och medicinskt ansvariga
- öka samverkan mellan olika vårdgivare och skapa gemensamma riktlinjer för vård och behandling samt för hur man skall mäta resultat.

Det medicinska programmet för psykisk ohälsa sammanställdes 1996/1997. Under arbetets gång överenskom länets barnpsykiatriska cheföverläkare att tillvarata den kunskap som samlats inom programmets ram och vidareutveckla den i form av en serie länsövergripande vårdprogram rörande de centrala och diagnostiserbara tillstånd som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Vårdprogrammen skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och där sådan kunskap saknas, skall vårdprogrammen peka ut de obesvarade frågor som finns samt i möjligaste mån även strategier för hur dessa frågor skall kunna besvaras. För att underlätta användandet av de enskilda vårdprogrammen har en gemensam modell tagits fram så att man skall känna igen sig i programmet och hitta önskad information under välbekanta rubriker. Ambitionen har varit att vårdprogrammet i färdigt skick skall vara förankrat i verksamheten. Arbetet har återkommande rapporterats och diskuterats på seminarier så att framväxt av innehåll, behandlingsstrategier, utbildningsbehov, forskning etc. har kunnat värderas, kritiseras och bekräftas av medarbetarna inom verksamheten.

Föreliggande vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar har i vederbörlig ordning granskats av verksamheten och skall fortsättningsvis vara vägledande för vilken behandling vi på sikt strävar efter att kunna erbjuda dessa barn, ungdomar och vuxna inom psykiatrin Östergötland.

Östergötland i januari 2004

Enhetschef Anna-Maria Harder
Videgården, specialenhet för anorexi och bulimi
Universitetssjukhuset
Linköping

Cheföverläkare BUP
Gunilla Jarkman Björn
Universitetssjukhuset
Linköping

Verksamhetschef BUP
Rita Berggren
Vrinnevisjukhuset
Norrköping

Verksamhetschef BUP
Eva Wasteson
Lasarettet
Motala

Förkortningar

AN	Anorexia nervosa
APA	American Psychiatric Association
BAB	Bedömning av Anorexi-Bulimi
BAT	Body Attitude Test
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CBCL	Child Behavior Check List
ChEAT	Barnversion av EAT
DSM-IV edition	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
EAT	Eating Attitude Test
EDE	Eating Disorder Examination
EDI	Eating Disorder Inventory
EDI-C	Barnversion av EDI
FASS	Läkemedelsindustrins gemensamma läkemedelsförteckning
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision
IPT	Interpersonell psykoterapi
KBT	Kognitiv beteendeterapi
OCD	Obsessive Compulsive Disorder/Tvångssyndrom
SCL-90	Symptom Checklist
UNS	Utan närmare specifikation
VUP	Vuxenpsykiatri
YSR	Youth Self-Report

Inledning

Föreliggande vårdprogram avser ätstörningar diagnostiserade enligt DSM-IV¹ samt en beskrivning av diagnoserna enligt ICD-10². Vårdprogrammet är åldersövergripande, vilket är logiskt eftersom merparten av dem som drabbas av ätstörning är mellan 15-25 år. Det speglar också vårdens organisation. Ätstörningsenheten Videgården tar emot barn, ungdomar och vuxna för behandling och det behandlarnätverk som finns för Östergötlands och Jönköpings läns landsting har deltagare från såväl barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som vuxenpsykiatri (VUP). Det kan dock finnas en viss risk med ett så omfattande vårdprogram eftersom förhållandena kan vara mycket olika för en ung tonåring som fortfarande lever i sin ursprungsfamilj och en vuxen kvinna som kanske har egna barn. Ytterligare en begränsning i vårdprogrammet har att göra med könsfördelning. Ätstörningar drabbar främst flickor/kvinnor; andelen pojkar/män beräknas vara en på tio till en på tjugo av alla insjuknade. Det innebär att den forskning som finns i huvudsak baseras på flickor/kvinnor och att slutsatser och rekommendationer i vårdprogrammet härrör från kunskap och erfarenhet av ätstörningar hos flickor och kvinnor.

Vårdprogrammet belyser följande diagnoser: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) och Ätstörning UNS (utan närmare specifikation). Det följer den disposition som gäller för vårdprogram inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland. Under varje rubrik görs en allmän beskrivning och i förekommande fall följer därefter specifika beskrivningar för respektive diagnos. De inledande avsnitten är mer informativa och de följande innehåller rekommendationer för handläggning.

I anslutning till vårdprogramarbetet har i samarbete med personal från primärvård och skolsköterska sammanfattande och praktiska hjälpredor utarbetats för personal inom resp. område.^{3,4}

Psykiska problem i ett sammanhang

Barn är i hög grad beroende av den sociala miljö de lever i. För mindre barn utgör familjen den helt dominerande miljön. Med ökande ålder tillkommer barntillsyn och skola med lärare och annan personal som betydelsefulla vuxna och kamratgruppen får ökad betydelse. Men relationen till familjen intar en särställning på grund av såväl den speciella närheten mellan familjemedlemmarna som den tidsmässiga dominansen avseende både den tid man tillbringar tillsammans varje dag och relationens långa varaktighet, för de flesta hela livet.

För att kunna förstå och bedöma psykiska problem hos barn behövs fördjupade kunskaper och färdigheter ifråga om psykopatologin hos det växande barnet och hur dess kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd, föräldrarnas hälsa och sociala anpassning samt faktorer som hänför sig till nätverket/samhällssituationen. Det är av vikt att uppmärksamma inte bara belastande riskfaktorer utan även skyddande och hälsofräm-

jande faktorer. Kunskapsområdet innefattar alltså betydelsen av störningar i relationen mellan barn och föräldrar från tidigaste uppväxtår till längre fram i livet, reaktioner på svåra traumatiska kriser samt psykiska följder av biologiska och neurologiska faktorer.

Även vuxna människor är beroende av den sociala miljö de lever i, om än inte på samma genomgripande sätt som barn. Människans individuella utveckling är en ständigt fortskridande livslång process. Aktuella upplevelser återspeglar tidigare gjorda erfarenheter och färgar föreställningar om framtiden. Den sårbarhet och styrka en människa bär med sig påverkar både den livsmiljö hon väljer och hennes reaktioner på den miljön. Den genomslagskraft sårbarheten får är beroende av den stress individen utsätts för och den kompetens hon bär med sig i form av nedärvda eller inlärd skyddsfaktorer, liksom av de livsomständigheter hon lyckas skapa för sig.

Vad ovan sagts innebär rent konkret att diagnostik av psykiska problem måste bedrivas på åtminstone följande tre nivåer: (1) barnet/den vuxna som individ, (2) det familjesystem som individen lever i samt (3) individens/familjens samspel med den sociala närmiljön/nätverket. Likaså måste man vid behandling beakta behovet av insatser på de olika nivåerna.

Allmän beskrivning

Anorektiska tillstånd finns beskrivna redan i mycket tidig religiös litteratur där heliga människor förnekar sig "köttets lustar". Anorexia nervosa är känt inom medicinen sedan 1600-talet under olika namn och fick sitt nuvarande namn 1873, då Lasèque publicerade "De l'Anorexie Hysterique" i Paris och Gull presenterade egna fall under titeln "Anorexia Nervosa" vid Clinical Society of London.⁵ Även bulimi har beskrivits långt tillbaka i tiden. Ordet betyder oxhunger och har använts i beskrivningar av överätning ända sedan antiken. Hetsätning var ett välkänt fenomen inom den forna medicinska litteraturen och beskrevs även som hundhunger. Med hundhunger menade man oftast överätning följt av kräkning, medan oxhunger innebar överätning utan kräkning. I modern tid såg man tidigare bulimi som en komplikation till anorexi och tillståndet fick en fristående psykiatrisk diagnos, Bulimia nervosa, först 1979 då syndromet beskrevs av Russel.⁶

Ätstörningar innefattar diagnoserna Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) och Ätstörningar utan närmare specifikation (UNS). AN och BN är de mest extrema uttrycken för ett stort förhållande till mat och den egna kroppen. Detta visar sig i en extrem rädsla för att bli tjock och ansträngningar att begränsa matintaget alternativt göra sig av med det man ätit. Den som lider av bulimi förlorar ibland kontrollen och hetsäter, vräker i sig ofattbara mängder mat, som hon sedan ej kan behålla utan oftast kräks upp igen. Ätstörningar UNS karaktäriseras av likartade störningar som ovan nämnda, men samtliga diagnoskriterier för AN resp. BN är inte uppfyllda. Prepubertala flickor liksom pojkar/män kan ibland få diagnosen AN trots att inte alla kriterier är uppfyllda, eftersom symtomet amenorré ej är tillämpligt i dessa fall.

Utöver tillstånden ovan finns även följande prepubertala ätstörningar beskrivna i litteraturen:

- Food Avoidance Emotional Disorder, där undvikandet av mat är det centrala men kriterierna för AN ej är uppfyllda. Här är det också vanligt med andra symtom såsom ångest, skolvägran och depression.
- Selective Eating, där barnet endast äter ett mycket begränsat urval av olika rätter.
- Pervasive Refusal Syndrom, som är ett livshotande tillstånd då barnet totalvägrar att äta, dricka, prata eller delta i någon form av egen vård.^{1,7,8}

Som framgår av inledningen omfattar föreliggande vårdprogram inte dessa prepubertala ätstörningar.

Diagnoskriterier

Nedan följer först en uppställning över de diagnoser som omfattas av vårdprogrammet. Därefter återges diagnoskriterierna från DSM-IV resp. ICD-10.^{1,2,9}

Diagnos	DSM-IV	ICD-10
Anorexia nervosa	307.1	F50.0
Bulimia nervosa	307.51	F50.2
Ätstörning UNS	307.50	F50.9
Atypisk anorexia nervosa		F50.1
Atypisk bulimia nervosa		F50.3

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Anorexia nervosa [307.1; F50.0]

- A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller övre nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex vikt-nedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85% av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade).
- B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, dvs minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen.)

Specificera typ:

med enbart självvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelbundet hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang)

med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang)

Bulimia nervosa [307.51; F50.2]

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):
- (1) personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två 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. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
- C. Både hetsätande och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.
- D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
- E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Specificera typ:

med självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang

utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Ätstörning UNS [307.50; F50.9]

Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna, t ex följande:

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.
2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.
3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.
4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallad kräkning efter att ha ätit småkakor).
5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Hetsätningsstörning: Personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteenden som annars karakteriserar bulimia nervosa (föreslagna forskningskriterier finns i den amerikanska DSM-IV Manual sid 703-761)¹.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Ätstörningar

Perturbationes edendi [F50]

Ätbeteendestörning

Utesluter:

Anorexi UNS (R63.0)

Matvägran hos spädbarn och barn (F98.2)

Polyfagi (R63.2)

Svårigheter med och misskötsel av födointag (R63.3)

Anorexia nervosa [F50.0]

En störning som karakteriseras av avsiktlig viktnedgång, framkallad och vidmakthållen av patienten själv. Störningen uppträder oftast hos tonårsflickor och yngre vuxna kvinnor men även tonårspojkar och yngre vuxna män kan drabbas, liksom barn strax före puberteten och kvinnor fram till menopaus. Störningen är kopplad till en specifik psykopatologi, där förändrad kroppsuppfattning dominerar. Rädslan för fetma och övervikt blir en övervärdig idé och patienten strävar efter en låg kroppsvikt. Undernäring av varierande svårighetsgrad förekommer ofta, med sekundära endokrina och metaboliska rubbningar samt störda kroppsfunktioner. Symtomen innefattar inskränkt diet, excessiv fysisk aktivitet, självframkallade kräkningar och användning av avmagringsmedel, laxermedel och diuretika.

Utesluter:

Aptitförlust (R63.0)

Psykogen aptitförlust (F50.8)

Atypisk anorexia nervosa [F50.1]

Störningar som uppfyller några av kriterierna för anorexia nervosa men där den samlade kliniska bilden inte helt uppfyller vad som krävs för diagnos enligt F50.0. Exempelvis kan något av huvudsymtomen, såsom amenorré eller stark rädsla för fetma, saknas trots kraftig viktnedgång och viktreducerande beteende. Denna diagnos skall inte ställas vid närvaro av fysisk sjukdom som medför viktörlust.

Bulimia nervosa [F50.2]

Syndromet karakteriseras av återkommande hetsätningsepisoder samt överdriven upptagenhet med viktkontroll som leder till ett mönster av hetsätning som följs av kräkning eller bruk av laxantia. Denna störning delar många psykologiska faktorer med anorexia nervosa, bl a en överdriven oro för kroppens utseende och vikt. Upprepade kräkningar medför ofta elektrolytrubbningar och fysiska komplikationer. Det finns ofta, dock ej alltid, en anamnes på någon episod med anorexia nervosa månader eller år tidigare.

Bulimi UNS

Hyporexia nervosa

Atypisk bulimia nervosa [F50.3]

Här klassificeras ätstörningar som uppfyller några av kriterierna för bulimia nervosa men där den kliniska bilden som helhet inte ger fog för diagnosen. Exempelvis kan det förekomma episoder med hetsätning och överförbrukning av laxermedel utan signifikant viktörlust eller kan den typiska överdrivna oron för figuren och vikten saknas.

Ätstörning, ospecificerad [F50.9]

Teorier för uppkomst av ätstörningar

Orsakerna till ätstörningar är ofullständigt kända. Flertalet forskare och kliniker är överens om att tillstånden har en multifaktoriell bakgrund där biologiska, psykologiska och sociala/kulturella faktorer samverkar i olika grad. Man brukar skilja mellan predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer. (Se fig. 1 nedan!)

Bantning eller kraftig viktnedgång av annan orsak ses ofta som **utlösande** faktor. Bantning är mycket vanligt i tonåren men endast ett fåtal av de bantande utvecklar en ätstörning. Möjliga **bakomliggande** faktorer kan man finna i den premorbida personligheten, kognitiva och emotionella brister, psykologiska och fysiska trauman, ärftlighet, neuroendokrina och metaboliska störningar, familjestruktur och hemmiljö. Dagens rådande mycket smala skönhetsideal i kombination med den

rikliga tillgången på snabb, energirik mat anses också vara av betydelse vid utvecklingen av ätstörningar. Bland **vidmakthållande** faktorer finner man psykologiska och fysiologiska effekter av svält samt omgivningens reaktioner.^{10,11}

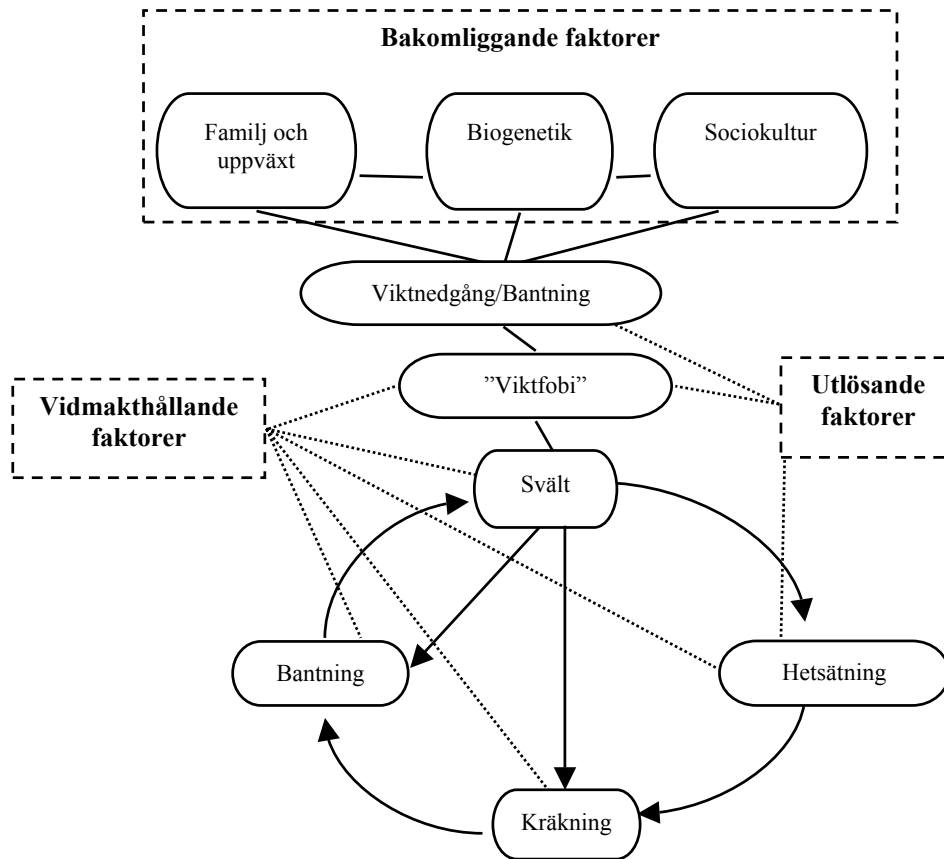


Fig 1. Samverkande faktorer vid ätstörning¹²

Heldragna linjer indikerar hur man kan tänka sig att olika faktorer hänger ihop. De streckade linjerna visar var/hur utlösanden respektive vidmakthållande faktorer kan inverka på ätstörningens utveckling.

Ett exempel

En person kan ha en ärftlig belastning för anorexi. Tidiga livserfarenheter, exempelvis i form av ambivalenta känslor till föräldrar eller erfarenhet av mobbning, bidrar till en negativ självkänsla. Samtidigt lever vi i en kultur som starkt betonar det smala skönhetsidealet, där en skör person kan kompensera sin negativa självkänsla genom att försöka motsvara kulturens skönhetsideal och därigenom börja banta för att duga. Bantningen leder i sin tur till svälteffekter i form av näringsbrist och olika fysiologiska förändringar som t.ex. ökad rastlöshet och minskad metabolism. Den minskade metabolismen leder bl.a. till att maten stannar längre i magen och man känner sig mätt och tjock, vilket leder till ytterligare bantningsansträngningar. Likaså anpassar sig kroppen till det minskade matintaget och man måste minska ytterligare på energiintaget för att fortsätta gå ned i vikt. Därmed är man inne i negativa cirklar där det ena förstärker det andra.

Forskning

Trots en ganska omfattande forskning inom ätstörningsområdet finns stora kunskapsluckor. Forskning pågår inom många områden såsom deskriptiv klinisk/epidemiologisk forskning, orsaksinriktad forskning, behandlingsforskning och preventionsforskning.¹³

Förekomst

Prevalenstalen för olika ätstörningar varierar mellan olika studier. Dessa är ofta utförda i högriskpopulationer, t.ex. bland gymnasieflickor. Uppskattningsvis kan man räkna med en prevalens för AN hos unga kvinnor (15-20 år) på 0,2-0,4%. Den mest refererade studien i Sverige, utförd av Råstam och Gillberg¹⁴, visar på en ackumulerad prevalens på ca 1% för flickor i 17-årsåldern och på ca 0,1% för pojkar i motsvarande ålder. Prevalensen för AN är ej känd i yngre åldrar (<15 år), andelen pojkar förefaller dock vara högre i de yngre åldersgrupperna.^{15,16} I en svensk populationsstudie har Ghaderi funnit en livstidsprevalens av AN hos kvinnor i åldersgruppen 18-30 år på 0,9%.¹⁷ Götestam har i en populationsstudie i Norge funnit en livstidsprevalens för AN hos kvinnor på 0.32%. För män var motsvarande siffra 0.05%.¹⁸

Prevalensen för BN beräknas till 1-2% i den allmänna populationen.¹⁵ I de yngre åldersgrupperna är förekomsten högre. Ghaderi fann i sin studie en livstidsprevalens på 2,9% och en punktprevalens på 1,7% i åldersgruppen 18-30 år.¹⁷ Götestam fann i sin norska studie en livstidsprevalens hos kvinnor på 3.7% och en punktprevalens på 1,1%. Motsvarande siffror för män var 0.5% resp. 0,2%.¹⁸

Studier av Ätstörningar UNS är svårbedömda då kriterierna för en sådan diagnos delvis inte är definierade i diagnossystemen. Flertalet rapporterade studier kan betraktas som studier av attityder och beteenden som pekar i riktning mot ätstörningar. Mycket talar för att ätstörningar UNS är åtminstone 3-4 gånger så vanligt som AN och BN. Siffrorna är dock osäkra, då gränsdragningen mot det normala är oklar. Hetsättningsstörning, där personen hetsäter men inte kompenserar genom att på olika sätt göra sig av med maten, finns med som en provisorisk diagnos inom gruppen Ätstörningar UNS i DSM-IV och uppvisar en prevalens på 2%. Hetsättningsstörning är vanligt förekommande bland kraftigt överviktiga personer, där man räknar med en prevalens på ca 30%. Bland män är hetsättningsstörning vanligare än andra ätstörningar. Nästan hälften av dem som har hetsättningsstörning är män.¹⁵ Ghaderi fann i sin studie en livstidsprevalens för Ätstörning UNS (inkl. hetsättningsstörning) hos kvinnor i åldersgruppen 18-30 år på 3,5% och en punktprevalens på 0,9%¹⁷, medan Götestam i Norge fann en livstidsprevalens på 6,2% och en punktprevalens på 2,8% hos kvinnor i åldersgruppen 18-59 år.¹⁹

Utifrån befolkningsunderlaget i länet och Götestams siffror skulle det för Östergötlands del betyda att ca 5 400 personer har någon form av ätstörning, varav ca 400 lider av AN och 1000 av BN. Eventuellt överskattar Götestam den faktiska prevalensen och siffrorna bör därför tolkas med försiktighet.²⁰

Ätstörningar är mer vanligt förekommande i grupper där låg vikt ökar förutsättningarna för att uppnå bra resultat eller där en slank kropp är viktig t.ex. bland

elitidrottare, dansare och fotomodeller. Sundgot-Borgen har fokuserat på ”idrottsanorexi” (Ätstörning UNS). Vid en jämförelse mellan en grupp norska elitidrottare i åldern 12-25 år och en kontrollgrupp av icke-idrottande flickor fann hon förekomst av ätstörning hos 18% i den idrottande gruppen jämfört med 5% i kontrollgruppen.²¹

Även om ätstörningar hos tonårspojkar och män är mycket ovanliga, får man ej glömma bort att de trots allt förekommer och att det kan finnas så väl likheter som olikheter mellan könen både vad gäller uppkomstmekanismer och faktorer att ta hänsyn till vid behandling. Hetsättningsstörning kan förbli oupptäckt hos män, då en överätande man ej tilldrar sig samma uppmärksamhet som en överätande kvinna. Önskan att gå ned i vikt tenderar att vara mer vanlig i vissa subgrupper både bland kvinnor och män. Det är t.ex. 7-10 gånger så vanligt med ätstörningar bland manliga brottare än i befolkningen i övrigt.²²

Det finns ett allmänt intryck av att ätstörningar har ökat under senare år. När det gäller AN finns det inget forskningsstöd för att så skulle vara fallet. Däremot har, sett ur ett längre perspektiv, antalet registrerade fall i vården ökat beroende på att man oftare söker hjälp. Beträffande BN däremot finns det forskning som tyder på att en viss ökning har skett.¹⁵

Hereditet

Studier visar att det är vanligare med ätstörningar bland biologiska släktingar till personer med AN och BN än i den allmänna populationen. Studier av enäggs- resp. tvåäggstvillingar visar på att det är vanligare med ätstörningar bland enäggs- resp. tvåäggstvillingar. Dock har tvillingstudierna på senare tid kritiserats för metodologiska brister. Man har också funnit att det är vanligare med depression hos släktingar till ätstörda personer och att det finns en ökad risk för missbruk hos släktingar till personer med BN och AN med hetsätning. Det råder fortfarande oklarhet om på vilket sätt genetiska faktorer bidrar till förekomsten av ätstörningar.^{23,24}

Komorbidity

Förekomsten av komorbidity vid ätstörning är komplicerad och satt under debatt. Studier, där man undersöker komorbidity, är till övervägande delen genomförda på patienter som sökt hjälp och bygger därför inte på ett representativt urval, vilket gör att data måste tolkas med stor försiktighet.¹⁶ I många fall kan de psykiska komplikationerna förklaras av svälttillståndet respektive känslomässiga reaktioner på upplevelsen av förlorad kontroll över ätandet och försvinner när ätandet normaliserats. I andra fall, där ätstörningen fungerat som en upplevd problemlösningstrategi, kan det normaliserade ätandet leda till ökad depressivitet och ångest. Komorbidity vid ätstörning komplicerar behandlingen.

Enligt American Psychiatric Association (APA)¹⁶ är affektiva störningar, ångestsyndrom, missbruk och personlighetsstörningar vanligare vid ätstörningar än i befolkningen som helhet. 50-70% av ätstörningspatienterna uppfyller diagnoskriterierna för **depression/dystymi**. Ca 25% av patienterna med AN lider samtidigt av **tvång** (OCD). Tvång är också vanligt vid BN. Bland övriga ångestdiagnoser är

social fobi vanlig både vid AN och BN. Bland patienter med BN uppfyller ca 30-37% diagnoskriterierna för **missbruk**. Förekomst av missbruk är ca 12-18% vid AN, speciellt i subgruppen med hetsätning och rening. **Personlighetsstörningar** finns hos 42-75% av patienter med ätstörningar. Vid BN är kluster B (antisocial, borderline, histrionisk eller narcissistisk personlighetsstörning) och kluster C (fobisk, osjälvständig eller tvångsmässig personlighetsstörning) vanligast, särskilt borderline och fobisk personlighetsstörning. Vid AN är kluster C vanligast, speciellt fobisk och tvångsmässig personlighetsstörning. **Sexuella övergrepp** har rapporterats hos 20-50% av patienter med ätstörning och anses vanligare vid BN än AN. Patienter med ätstörning, som varit utsatta för sexuella övergrepp, förefaller ha en högre grad av psykiatrisk komorbiditet än andra ätstörda patienter.¹⁶ I Göteborgsstudien, där man undersökte alla 15-åringar i kommunen, fann man **em-patistörning** hos 30% av ungdomarna i anorexigruppen jämfört 4% i gruppen utan anorexi. Det rörde sig dock sällan om empatistörning av så allvarlig grad att man kunnat misstänka autism i barndomen. Författarna understryker att det endast är en minoritet av alla flickor med AN som också har en allvarlig empatistörning och att det är vanligare att pojkar med AN har en avvikande personlighet, inte sällan med drag av Aspergers syndrom.²⁵

Prognos

Anorexia nervosa

Det är svårt att fastställa i vilken utsträckning patienter med AN blir helt återställda. Personer som ej längre uppfyller kriterierna för en ätstörningsdiagnos kan fortfarande ha betydande problem med kroppsuppfattning, stort ätbeteende och andra psykiatriska svårigheter. I en sammanställning av ett stort antal uppföljningsstudier inom slutenvård uppvisade ungefär 44% av patienterna ett bra utfall (normal vikt, menstruation), ca 24% uppvisade ett dåligt resultat, ca 28% var förbättrade och ca 5% hade dött. Två tredjedelar av patienterna fortsatte att ha en överdriven vikt- och matfixering och ca 40% hade bulimiska symtom. I en 10-15-årsuppföljning av sjukhusvårdade ungdomar uppfyllde 76% kriterierna för tillfrisknande. För dem som tillfrisknat tog det 4,5-6,5 år att uppnå kriterierna beroende på hur man definierat tillfrisknande.^{16,26}

I en svensk prospektiv 10-årsuppföljning av ett representativt urval av personer med AN hade 27% fortfarande en signifikant ätstörning (6% AN), medan 73% ej längre uppfyllde kriterierna för någon ätstörning. Men endast 39% jämfört med 90% i kontrollgruppen var helt fria från störda beteenden och attityder med avseende på mat och kroppsförhållanden. 50% i anorexigruppen utvecklade bulimi. En undergrupp av personer med AN (16%) och ihållande problem med social interaktion och tvångsmässighet från barndom till tidig vuxen ålder tenderade att ha en mycket dålig prognos. Dock hade i den svenska studien ingen person dött under uppföljningsperioden.²⁷

Sämre prognos associeras med lägre minsta vikt, förekomst av kräkningar, utebliven effekt av tidigare behandling och relationsproblem i familjen före sjukdomsdebuten. Generellt har ungdomar bättre prognos än vuxna och yngre ungdomar har bättre prognos än äldre ungdomar vid debut i ungdomsåren. Däremot innebär sjukdomsdebut i barndomen (yngre än 14 år) sämre prognos.^{16,28}

Dödligheten i AN är ökad men växlar mellan olika studier från 0-20%. I en meta-analys av 42 undersökningar fann man en genomsnittlig dödlighet över en tioårsperiod på 5,6% hos patienter med AN. Vanligaste dödsorsaken (54%) var följder av somatiska komplikationer medan 27% var till följd av suicid och 19% av annan eller okänd anledning.²⁹

Bulimia nervosa

Föga är känt om långtidsprognosen för individer med obehandlad BN. 1-2 årsuppföljningar i den allmänna populationen visar en låg grad av förbättring, med ca 20-30% symtomreduktion. Den totala korttidseffekten av psykosocial behandling eller medicin är 50-70%, med en återfallsfrekvens inom 6 mån-6 år på 30-50% hos framgångsrikt behandlade patienter. Det finns data som tyder på att en långsam förbättring kan fortsätta när uppföljningstiden förlängts till 10-15 år. Patienter, som är välfungerande och har mindre allvarliga symtom vid behandlingsstarten och därför oftast behandlas inom öppenvården, har en bättre prognos än patienter som fungerar sämre och vars åtstörning kräver behandling i slutenvård. Dödligheten associerad med BN är oklar men kan vara högre än i den allmänna populationen.^{16,30,31}

Tillståndets innebörd

Medicinskt

Medicinska komplikationer vid AN

Endokrina/menstruella/reproduktiva komplikationer

Ett av kardinalsymtomen vid AN är amenorré vilket anses kopplat till svältens effekter på könshormonutsöndringen med prepubertala sekretoriska nivåer av gulkroppshormonet LH och follikelstimulerande hormonet FSH som följd. Hos prepubertala flickor kan detta också vara förenat med oförmåga till normal bröstutveckling men eliminerar ej förmågan till reproduktion. Vid ingången graviditet är risken ökad för missfall, förtidsbörd och ökad prenatal dödlighet.

Thyroideafunktionen påverkas såtillvida att konverteringen av tyroxin (T4) till trijodotyronin (T3) undertrycks pga. av svälten med följd att T3-värdena blir låga. T4-värdena kvarstår dock i allmänhet på normala nivåer, vilket även gäller det tyroideastimulerande hormonet (TSH). Förhöjda värden av tillväxthormon och cortisol föreligger också.^{32,33,34}

Skelettkomplikationer

Benskörhet och hämmad längdtillväxt tillhör de mer allvarliga och i vissa fall irreversibla konsekvenserna av AN.^{32,33,34}

Gastrointestinala komplikationer

Fördröjd mag- och tarmtömning leder till förstoppning, uppsvälldhet och buksmärtor. Akuta buksmärtor kan också orsakas av ventrikeldilatation med perfora-

tion och blödning. Dessa tillstånd har rapporterats såväl vid för snabb uppfödning som efter okontrollerad överätning. Även ulcus med eller utan blödning förekommer. Okontrollerade kräkningar orsakade av akut inflammation i bukspottkörteln kan misstolkas som framkallade kräkningar. Både svält och användandet av laxermedel kan leda till förstoppning. Långvarigt användande av laxermedel kan orsaka irreversibla skador på tjocktarmsinnervationen med åtföljande försämrad eller upphörd tarmperistaltik och tömningsförmåga.^{32,34,35}

Kardiovaskulära komplikationer

Perifera manifestationer av AN inkluderar bradykardi, lågt blodtryck och perifer cyanos med blåroda och kalla händer och fötter. EKG hos patienter med AN visar ibland vågformsstörningar som kan vara tecken på elektrolyt- och/eller hemodynamiska störningar. Dessa förändringar kan åtföljas av arytmirisk. Morfologiska förändringar inkluderar muskelatrofi och minskad muskelmassa med förändring av hjärtkammарvolymen och mitralvalsprolaps. Risk för hjärtsvikt föreligger vid alltför snabb och kraftfull återuppfödning.^{32,33,34,35}

Hematologiska komplikationer

Milda former av anemi såväl som leukopeni och trombocytopeni är vanliga hos personer med AN. Trots en reduktion av vissa parametrar i immunförsvaret ser man inte någon ökad infektionsbenägenhet.^{32,34}

Njur- och metaboliska komplikationer

Elektrolytstatus är vanligen normalt men från och till ses framför allt hypokalemi, men även andra laboratorieparametrar som natrium, calcium och magnesium kan visa låga värden. Uttorkning är inte ovanligt vid AN, särskilt vid samtidig förekomst av kräkningar och missbruk av laxermedel och vätskeutdrivande medel, vilket i sin tur leder till en störd elektrolyt- och syra-basbalans. Kronisk uttorkning och hypokalemi kan orsaka irreversibla tubulära skador på njurarna, och njurarnas koncentrationsförmåga kan nedsättas pga. minskad känslighet för antidiuretiskt hormon (ADH).^{32,34}

Patienter som efter långvarig svält får parenteral nutrition riskerar att akut utveckla hypofosfatemi med åtföljande s.k. ”Refeeding syndrome”, som kan ta sig uttryck i hjärtsvikt och benödem, muskelsvaghet, kramper och koma.^{32,35}

Dermatologiska komplikationer

Gulaktig hud, orsakad av ökad karotinhalt i blodet, hudtorrhet, lanugobehåring och, hos patienter som kräks med hjälp av fingrarna, kallusbildningar på handens ovansida.³²

Neurologiska komplikationer

AN associeras med både centrala och perifera neurologiska funktionsstörningar. Man har också funnit förstoring av hjärnans ventrikelsystem, ”pseudoatrofi”, vilket tolkas som ett uttryck för svälten. Ospecifika EEG-förändringar har också rapporterats. Neuromuskulära störningar kan yttra sig som neuropati med generell muskelsvaghet men även som uttryck för en reell förlust av muskelmassa.^{32,34}

Dödlighet

Dödligheten uppskattas till 0-21% i olika studier. De vanligaste dödsorsakerna är svält och självmord. Ju längre uppföljningstiderna är desto högre blir dödligheten.^{16,35,36}

Medicinska komplikationer vid BN

Störningar i vätske- och elektrolytbalansen

Bulimiska beteenden såsom kräkningar och användandet av laxermedel och/eller urindrivande medel kan leda till uttorkning och störd elektrolyt- och syra-basbalans med åtföljande hypovolemi, metabolisk alkalos, hypokalemi och hypokloremi (pseudoBartters syndrom).^{32,34,35}

Tandskador

Det föreligger risk för bortfrätning av emaljen pga. kräkningar. Patienterna bör uppmanas att skölja munnen, gärna med någon alkalisk lösning, istället för att borsta tänderna efter kräkningar då tandborstningen förvärrar skadorna.^{32,34}

Gastrointestinala komplikationer

Spottkörtelhypertrofi, speciellt av öronspottkörteln, är vanligt förekommande. Hypertrofin har satts i samband med högt kolhydratintag eller med vätske- och elektrolytstörningar. BN har associerats med kronisk pankreatit. Skador på matsmältningskanalen, alltifrån relativt lindriga esofageala besvär till svår esofagit och esofagusperforation finns beskrivet, det sistnämnda är dock sällsynt men med hög dödlighet. Ventrikeldilatation med risk för ventrikelruptur med hög dödlighet har också beskrivits hos flera patienter med BN. Missbruk av laxermedel leder ofta paradoxalt nog till förstoppning på grund av en försämrad tarmfunktion, vilket i sällsynta fall kan leda till s.k. ”katartisk kolon” med bl.a. förlust av tarmperistaltiken, vilket medför förlångsammad tarmpassage och glesare tarmtömning med kronisk förstoppning som följd.^{32,34,35}

Kardiovaskulära komplikationer

Kardiomyopati och andra former av myopationer har rapporterats efter intag av kräkmedel innehållande emetin. Idiopatisk ödem kan förekomma och tillskrivs missbruk av antingen laxermedel eller diuretika. Ortostatiska reaktioner och symptomgivande lågt blodtryck ses i anslutning till påtaglig uttorkning.^{32,34}

Dermatologiska effekter

Torr hy, relaterad till uttorkning. Kallusbildning på handloven som följd av att fingrarna skaver mot framtänderna vid mekanisk stimulering av kräkreflexen.³²

Neurologiska tecken

Ospecifika fynd på EEG finns rapporterade men dessa förändringar tycks vara sekundära till vätskeförändringar. Det förefaller ej finnas något speciellt samband mellan BN och epilepsi.³⁷

Endokrina/metaboliska komplikationer

Flertalet patienter fortsätter att menstruera, om än oregelbundet. Många uppvisar låga östriol- och progesteronnivåer. Hos några utvecklas hypoglycemi antingen

efter fasta eller som svar på hetsätning och kräkepisoder. Några genomgående patologiska mönster på hormonprofilerna i övrigt ses i allmänhet inte hos patienter med BN.³²

Njurkomplikationer

Njurkomplikationer är sällsynta. Det finns risk för hypokalemisk nefropati hos patienter som har hypokalemi och samtidig långvarig uttorkning.³⁴

Existentiell innebörd

Att utveckla en ätstörning innebär för den drabbade individen en tilltagande inskränkning på många områden. Världen krymper både fysiskt, mentalt och socialt. Tillvaron övergår i en kamp om att äta eller inte äta. Tänkanet fokuseras alltmer på mat, vikt och motion. Personen drar sig undan vännerna och blir alltmer isolerad. Med ökad trötthet och svårigheter att koncentrera sig får hon allt svårare att klara skola/arbete. Hon känner sig misslyckad och självkänslan sjunker. Psykiatriska symtom i form av ångest och depressivitet är vanliga. När omgivningen börjat uppmärksamma sjukdomen blir tillvaron ytterligare belastad med svåra yttre konflikter kring födointag, motion och andra kompensatoriska beteenden. Den drabbade individen ljuger ofta i dessa frågor, vilket förstärker skam- och skuldkänslor och känsla av värdelöshet. Hetsätningsproblematik med intag av stora mängder föda kan även leda till ekonomiska problem. Snatterier för att finansiera hetsätningen kan leda till att individen kommer i klammeri med rättsväsendet. Medan den negativa cirkeln av hetsätning och kräkningar hos personer med BN undergräver självkänslan, kan en framgångsrik självsvält hos individer med AN ge en tillfällig känsla av kontroll och av att lyckas.³⁸

Innebörd för familj och närstående

Ofta dröjer det innan ätstörningen blir uppenbar för familj och närstående. Eventuell avmagring sker gradvis och personer med ätstörning är duktiga på att dölja sina symtom. En individ med AN är oftast ej motiverad för behandling eftersom hon själv inte upplever att hon erkänner några problem och därför inte kan förstå eller acceptera behovet av behandling. Personer med bulimiska besvär är som regel mer motiverade att komma till behandling men kan ha lika svårt som anorektiker att sluta banta/svälta. Anhöriga kan uppleva betydande svårigheter och frustration, när de försöker hjälpa till att normalisera ätandet och förhindra eventuella kompensatoriska beteenden hos den sjuka. Det är vanligt med skuldkänslor hos föräldrar. Man grubblar över varför just ens eget barn drabbats och vad man har gjort för fel. Familjens liv kan komma att helt organiseras kring den ätstörda och hennes ätande. Som anhörig pendlar man ofta mellan stark oro för den sjuka och ilska över att hon inte kan ta sig samman och äta normalt. Syskon kan på olika sätt komma i kläm och känna sig åsidosatta. För ätstörda vuxna kvinnor, som kanske har man/sambo och egna barn, påverkas relationerna på likartat sätt. Dessutom finns där en ökad risk/oro för att även de egna barnen skall utveckla en ätstörning.³⁸

Utredning

Allmänna rekommendationer

I utredningen bör såväl medicinska som psykologiska och sociala aspekter bedömas. Både vid AN och BN är sjukdomshistorien och symtomen oftast så karaktäristiska att tveksamhet om diagnosen sällan föreligger. En bred somatisk utredning är dock motiverad för att inte missa sjukdomar som t.ex. hypothyreos, Mb Addison, malignitet, tyst celiaki och diabetes. EKG behövs som komplement i diagnostik av arytmier och elektrolytstörningar.

Målen för utredningen kan delas in i två huvudkategorier: 1) En specifik bedömning av psykopatologin och beteendemönster som är karaktäristiska för diagnosen såsom symtom av hetsätning, extrema viktkontrollbeteenden och stereotypa attityder beträffande vikt och kroppsform. 2) Bedömning av psykopatologi som inte enbart är specifik vid ätstörningar men ändå har klinisk relevans vid behandlingen såsom låg självkänsla, perfektionism, rädsla för vuxenlivet, låg impulskontroll och reaktioner på ev. sexuella övergrepp. Man bör även uppmärksamma mer generella karaktäristika såsom depressivitet, ångest och bristande socialt fungerande som viktiga aspekter av psykopatologin.

Intervju vid misstanke om ätstörning

- A Problemanamnes och tidigare behandling
- Hur länge tycker Du att Du haft problem med maten?
 - Hur började det?
 - Händes det något särskilt i Ditt liv i anslutning till att problemen började?
 - Har Du fått någon behandling för detta tidigare?
- B Ätbeteende
- Vad åt du (i detalj) igår? Till frukost (antal mackor, typ av bröd, smör, pålägg), lunch (innehåll och mängder), middag (innehåll och mängder) och mellanmål (innehåll och mängder)?
 - Är det så Du brukar äta?
 - Har du ändrat något i kosten under de senaste åren?
 - Undviker Du vissa födoämnen, t.ex. smör, sås, grädde, kött, godis?
 - Har du svårt att äta vissa mål och i så fall vilka?
 - Småäter Du mellan målen?
 - Kan Du äta spontana måltider, t.ex. om du är med kompisar på stan och de vill fika?
 - Känner Du Dig rastlös, orolig eller panikslagen i samband med måltider?
 - Dricker Du mycket vatten?
 - Äter Du vid vissa tillfällen vad Du själv och andra skulle tycka vara för mycket utan att kunna kontrollera det?
 - Beskriv vad och hur mycket Du äter vid ett sådant tillfälle!
 - När och var brukar dessa tillfällen äga rum?
 - Hur brukar de avslutas; kräkningar, motion eller annat?
- C Vikt och viktkontroll
- Hur mycket vägde Du innan du fick problem med maten?

- Högsta vikt efter debut? När?
- Lägsta vikt efter debut? När?
- Gör Du något för att behålla Din nuvarande vikt eller för att gå ner i vikt?
- Bantar eller fastar Du?
- Kräks Du och i så fall hur ofta?
- Hur ofta och intensivt motionerar/tränar Du?
- Gör Du något annat för att kontrollera Din vikt?

D Attityder till vikt och kroppsform

- Är Du nöjd med Din vikt idag eller vill Du förändra den?
- Känslomässig resp. förnuftsmässig idealvikt?
- Väger Du Dig ofta?
- Hur skulle Du reagera om Du skulle gå upp ca 2 kg i vikt?
- Hur ofta tänker Du på hur Din kropp ser ut?
- Vad är Du mest resp. minst nöjd med hos Din kropp?

E Fysiska symtom

- Regelbunden mens? Amenorré hur länge? P-piller/hormonbehandling?
- Trötthet?
- Sömnsvårigheter?
- Yrsel?
- Magont, uppblåsthet, förstoppning?
- Håravfall?
- Svullnader på ben?
- Frusenhet?
- Svullna spottkörtlar?

Somatisk undersökning

- Vikt, längd och BMI (Body Mass Index: vikt i kg/längd i meter i kvadrat)
- Spottkörtlar
- Tandstatus
- Cor: Puls och blodtryck
- Hud: Perifer kyla, turgor, förlust av underhudfett, ödem, rivmärken, ärr på knogar, tecken på självdestruktivitet
- Håravfall, lanugobehåring
- Buk
- Muskler: Kan exempelvis patienten resa sig från nigsittande?

Laboratorieprover

EKG, HB, EVF, LPK, TPK, SR, P-Na, k, Ca, Fosfat, Mg, Urea, Alb, Ferritin, S-zink, S-ASAT, ALAT, LD, S-TSH, T3, T4, B-folat, S-kobalamin. Celiakiutredningspaket (gliadin och endomysie IgA + S-Ig A) + U-glc sticka.

I allmänhet är laboratorievärden bedrägligt normala i det längsta vid svält och viktnedgång eftersom ”compartments” minskar med näringsämnen i kroppen. Skulle man - i teorin - vara normalviktig med samma absoluta mängder i blodet vore det många brister.

Psykiatrisk undersökning

- Depression?
- Suicidrisk?
- Ångest?
- Tvångssymtom?
- Andra problem?

Den diagnostiska bedömningen vid ätstörningar bör ej skilja sig från bedömning av annan psykiatrisk problematik, dvs. utförlig anamnes, bedömning av psykiskt status, komorbiditet, bedömning av familjevariabler, bedömning av resurser på individ-, familje- och övrig nätverksnivå samt inhämtande av information från t.ex. skola och andra vårdinrättningar.

Utredningsverktyg

Den kliniska intervjun är den primära metoden för att samla information om ätstörningar. Utöver den kliniska intervjun finns strukturerade och halvstrukturerade intervjuer samt självskattningsinstrument.

Semistrukturerade intervjuer

Det finns ett antal standardiserade semistrukturerade intervjuer för bedömning av ätstörningar.

The Eating Disorder Examination (EDE)

EDE är det intervjuformulär som är mest validerat och har använts vid forskning i stor utsträckning. Svaren är organiserade i fyra delskalor: begränsningar av ätandet, bekymmer över ätandet, bekymmer över form och bekymmer över vikt.³⁹

Bedömning av anorexi-bulimi (BAB)

BAB är en liknande semistrukturerad intervju som utvecklades för att användas i två svenska multicenterstudier, vilka pågick under åren 1996 – 2001.⁴⁰ Intervjuformuläret har senare reviderats för att förbättra de psykometriska egenskaperna.⁴¹

Självskattningsformulär

Det finns ett antal självskattningsformulär inom området. De två mest använda både kliniskt och i forskning beskrivs nedan.

The Eating Attitude Test (EAT)

EAT är ett vitt använt självskattningsformulär som finns översatt till svenska. Faktoranalys av originalets 40 påståenden har resulterat i en kortare version med 26 påståenden som avser mäta globala ätstörningssymtom. EAT har goda psykometriska egenskaper och är känsligt för behandlingseffekter. Instrumentet anger gränsvärden för ätstörning/icke-ätstörning.^{42,43}

ChEAT är en språklig anpassning av den kortare versionen för barn. I Sverige har den använts för åldrarna 7-16 år.⁴⁴

The Eating Disorder Inventory (EDI)

EDI, som finns översatt till svenska, är ett standardiserat instrument med bredare fokus. Resultaten redovisas i form av en psykologisk profil som kan vara kliniskt användbar. I likhet med EAT har EDI goda psykometriska egenskaper och är känsligt för behandlingseffekter. EDI omfattar tre delskalor: viktfoxi, bulimiska symtom och missnöje med kroppen. Dessa delskalor kopplas till attityder och beteenden beträffande ätande, vikt och form. Därutöver ingår ytterligare fem delskalor som avser att mäta mer generella psykologiska karaktärsdrag relevanta vid ätstörningar: rädsla för vuxenlivet, störd interoceptiv medvetenhet, interpersonell misstro, perfektionism och låg självkänsla.^{45,46} EDI-II tillför tre nya delskalor till originalinstrumentet nämligen asketism, impulsreglering och social osäkerhet.⁴⁷

EDI finns också i en barnversion, EDI-C. I svenska forskningsstudier har den använts för åldrarna 10-16 år.⁴⁴

Självregistrering

Självregistrering innebär att patienten själv för dagbok över matintag, extrema viktkontrollbeteenden, tankar och känslor. Sådana självregistreringar är värdefulla verktyg och ger förmodligen mer korrekt information om symtomen än retrospektiva rapporter eller generaliseringar av beteenden. Det kan dock vara svårt att motivera vissa patienter att utföra registreringarna.

Skattningsskalor för kroppsbild/kroppsuppfattning

Kroppsbildsskattning

Kroppsbildsskattning består av en serie schematiskt ritade figurer i olika storlekar från mycket smal till överviktig, numrerade från 1-9. Försökspersonerna får ange hur de tror sig se ut (kognitiv bild), hur de känner sig (affektiv bild) resp. hur de vill se ut (idealbild).⁴⁸

Body Attitude Test (BAT)

BAT är ett självvarsformulär för kvinnor med 20 frågor graderade på en 6-gradig skala. Den belgiska versionen är väl testad avseende validitet och reliabilitet.⁴⁹ Skalan är översatt till svenska och delvis testad.⁵⁰

Övrigt

Man kan också vara hjälpt av att använda semistrukturerade intervjuer och självskattningsformulär som avser att bedöma generell psykopatologi och ev. komorbiditet i form av depression, ångest, drogmissbruk och personlighetsstörningar. Nedan beskrivs några exempel.

Child Behavioral Check List (CBCL)

CBCL är ett självskattningsformulär med 118 frågor, vilket ifylles av föräldrar och används för bedömning av internaliserande och externaliserande störningar. Det är standardiserat för svenska barn i åldern 6-16 år.⁵¹

Youth Self-Report (YSR)

YSR är en självskattningsskala med 119 frågor för ungdomar mellan 11 och 18 år. Frågorna är desamma som i CBCL men här är det ungdomen själv som svarar.⁵²

Symptom Check List (SCL-90)

SCL-90 utvecklades för att mäta nio olika dimensioner av psykopatologi och ger en profil över eventuell psykiatrisk problematik utöver ätstörning.⁵³ Svenska data finns för normalpopulationer från 18 år och uppåt.⁵⁴ SCL-63 är en förkortad version som har använts inom SUFSA-projektet (se sid. 35).

DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q)

DIP-Q är ett självsvarsformulär med 140 ja/nej frågor, vilka ansluter till de psykiatriska diagnossystemen DSM-IV och ICD-10. DIP-Q kompletterar och kan till viss del ersätta en ofta mycket tidskrävande intervju.⁵⁵

Behandling

Behandlingen kan se olika ut för olika patienter avseende såväl längd som innehåll. Ibland räcker det med en avgränsad insats medan det i andra fall behövs flera års kontakt. Olika typer av behandling kan pågå parallellt eller följa på varandra och på så sätt komplettera varandra. Det är dock inte säkert att alla beskrivna behandlingsformer alltid finns tillgängliga.

Psykopedagogiska insatser och självhjälp

Forskningen har visat att ca 25-45% av patienterna med bulimi eller hetsättningsstörning blir klart förbättrade av psykopedagogiska insatser. Dessa bör innehålla undervisning om hur kroppen fungerar, vikten av att äta regelbundet, träning i att planera sina måltider och utveckling av strategier för att hantera hetsätning.⁵⁶

En del patienter har god hjälp av självhjälpmanualer. Det finns flera sådana att tillgå. På svenska finns ”Sluta svälta” och ”Sluta hetsäta” av Heléne Glant samt ”Att övervinna hetsätning” av Christopher Fairburn.^{57,58,59} Dessa kan användas av individen på egen hand eller finnas med som underlag vid behandling individuellt eller i grupp.

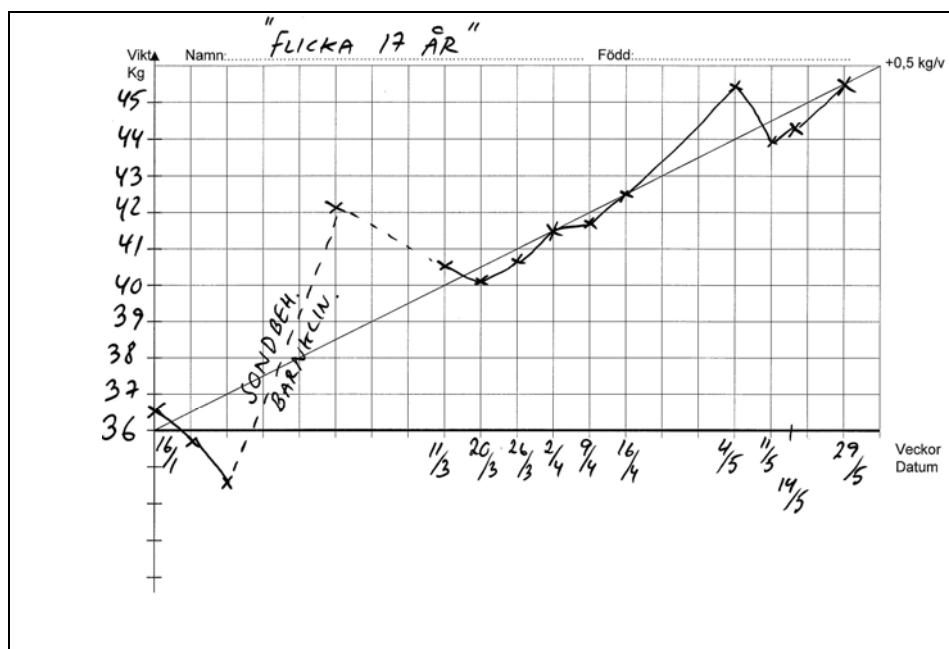
När ett barn drabbas av ätstörning förändras familjesystemet. Anhöriga är därför en grupp som kan behöva stöd och vägledning på flera sätt. ”Matkampen - om ätstörning i familjen” är en bok avsedd som hjälp till anhöriga.⁶⁰

Nutritionsbehandling

Anorexia nervosa

Målet med nutritionsbehandling för underviktiga personer är att normalisera vikt och ätbeteende, att lära sig att känna hunger/mättnad samt att korrigera biologiska och psykologiska komplikationer till följd av felaktigt näringsintag. En hälsosam målvikt är den vikt då menstruation och ägglossning kommer igång. BMI (se sid. 20) är ett vanligt mått för att uppskatta normalvikt. Ett normalt BMI för kvinnor i åldern 19-24 år ligger i intervallet 19-24.⁶¹ För prepubertala flickor är en hälsosam målvikt den vikt då den normala fysiska och sexuella utvecklingen kommer igång. Normalt BMI är lägre för barn och varierar med åldern, varför det är viktigt att använda en BMI-skala speciellt avsedd för barn. Den pediatrika längd- och vikt-kurvan är ett bra hjälpmedel för att uppskatta vilken vikt och längd den enskilda patienten kan förväntas uppnå.

En alltför snabb näringstillförsel kan vara farlig och leda till belastning på hjärta och cirkulation, vilket kan öka risken för hjärtarytmier, hjärtsvikt och kramper/koma. Risken är störst vid enteral eller parenteral nutrition. En viktuppgång på 1-1,5 kg/vecka inom ett slutenvårdprogram är möjlig utan att patientens fysiska säkerhet äventyras. Ängestnivån ökar dock vid viktuppgång hos flertalet patienter och om takten är för snabb, är risken stor att samarbetsviljan minskar. Försiktig uppnutriering är därför nödvändig för att minska negativa psykiska effekter av viktökningen. En viktuppgång på **0,5-1 kg/vecka** är därför mer realistisk inom slutenvård. Ofta är detta en lämplig målsättning även i öppenvård. Ett bra pedagogiskt hjälpmedel vid nutritionsbehandling är ett enkelt diagram med aktuell vikt på y-axeln och tid på x-axeln. V.g. se exemplet nedan!



Man drar en hjälplinje som motsvarar en viktökning på 0,5 kg/vecka och fyller sedan i aktuell vikt och datum vecka för vecka. Patient och personal kan då enkelt jämföra trenden i viktökningen jämfört med ett snitt på 0,5 kg/vecka. Detta enkla

hjälpmedel passar både växande ungdomar och vuxna. Diagrammet återfinns i bilaga 2, sid 49.

En lämplig början är ett energiintag på 30-40 kcal/kg kroppsvikt och dag. Intaget kan behöva höjas till 70-100kcal/kg kroppsvikt och dag för vissa patienter under viktuppgångsfasen. Målsättningen bör vara att lära patienterna att äta normala måltider. Energiförbehovet därutöver bör ges som ”medicin” i form av olika näringsdrycker. Ett sekundärt syfte med näringsdryckerna är att fylla på förråden av vitaminer och mineraler. Näringsintaget i vidmakthållandefasen bör vara 40-60 kcal/kg och dag. Det finns uppgifter om att viktnormaliserade patienter med AN ofta behöver 200-400 kcal mer än kontroller matchade efter kön, ålder, vikt och längd. Dietisten kan hjälpa patienten att välja sina egna måltider och bistå med en strukturerad måltidsplanering som är näringsmässigt adekvat. På Videgården finns det utarbetade förslag på vad man bör äta under en dag. Dessa går att använda vid behandling av alla typer av ätstörning. Fysisk aktivitet skall anpassas till vikt och födointag. Efter slutenvård behövs ofta långvarig kostrådgivning för att få en stabilisering av vikten, få tillbaka menstruationen och normalisera tankar/vanor relaterade till mat.

I vissa fall kan det bli nödvändigt för personal att ta över ansvaret och ge livsuppehållande vård. Enteral nutrition är då att föredra framför parenteral nutrition. Det kan upplevas som positivt av en del patienter som inte kan äta själva men är villiga att överlåta ansvaret för näringsintaget. Omvårdnadsbehovet är stort för att minimera negativa psykologiska effekter. Total parenteral nutrition är nödvändig endast i mycket sällsynta och livshotande fall.¹⁶ Ett PM om enteral nutrition vid ätstörning finns utarbetat av dietister i Östergötland läns landsting i samarbete med ätstörningsenheten Videgården. (Kontaktperson: Cecelia Eriksson, cecelia.eriksson@lio.se)

Bulimia nervosa

Eftersom flertalet patienter med BN är normalviktiga, är målet för nutritionsbehandling sällan viktuppgång. Patienter med BN behöver, liksom patienter med AN, återuppta ett normalt och avslappnat ätande, undvika restriktivt ätande och lära sig att acceptera sin naturliga vikt. Patienten förstår sällan att det kaotiska ätandet med alternerande hetsätning och kompensatoriska beteenden ofta är ett resultat av alltför restriktivt ätande. Behandlare bör stötta och uppmuntra patienten att ej fokusera på viktfobin utan istället lära sig att acceptera sin normalvikt. Denna uppnås genom att man äter hälsofrämjande mat och har en sund aktivitetsnivå. Patienter med BN har ofta många rädslor och felaktiga uppfattningar vad gäller mat och viktkontroll. Dessa bör identifieras och korrigeras.^{16,62}

Kostrådgivningsprogram utarbetat för BN kan innehålla flera moment. Först behöver patienten få kunskap om vad som är bra mat, näringsbehov, samband mellan hetsätning och bantning samt lära sig att äta regelbundet. I nästa steg tränar patienten att handla mat, lär sig förstå innehållsförteckningar och bedöma bantningsprogram. En annan uppgift kan vara att äta på restaurang tillsammans med behandlare. Ytterligare ett steg är att våga äta tidigare ”förbjudna” saker som t.ex.

snabbmat, godis och kakor. I ett amerikanskt exempel på ett sådant program arbetar dietist och patient tillsammans i 14 veckor.⁶³

Pedagogiska hjälpmedel

Matdagbok är ett användbart hjälpmedel både för att få en överblick av hur patienten faktiskt äter och som utgångspunkt för att fastställa mål för individuella förändringar. I dagboken bör patienten kunna anteckna när, var, vad och varför hon ätit, ev. kompensation samt tankar och känslor i samband med måltiden.

För att illustrera normala matmängder liksom födointagets fördelning över dagen finns tydliga bilder i svenska diabetesförbundets broschyrer "Bra mat för alla" och "Bra mat för barn".^{64,65} Livsmedelsverkets "Matmallen" gör det möjligt för patienten att genom bilder visa hur mycket hon har ätit.⁶⁶ Ytterligare ett hjälpmedel är det datorbaserade näringsberäkningsprogrammet "Dietist för Windows".⁶⁷ Matlistor utifrån olika energibehov och konkreta recept kan också vara av värde.

Farmakologisk behandling

Anorexia nervosa

Något vetenskapligt stöd för psykofarmakologisk behandling av AN finns inte. Ingen medicinering har hitintills visat effekter avseende viktuppgång eller förändrad inställning till egen kropp eller vikt. Psykofarmaka skall således ej användas som enda eller huvudsakliga behandlingen vid AN, däremot kan det finnas andra skäl att överväga farmakologisk behandling.

Behov av farmaka bedöms bäst i samband med viktökning, när psykologiska effekter av svälten inte gör sig så kraftigt gällande. Antidepressiv behandling har inte visat sig särskilt effektiv när patienten är underviktig. Men en sådan behandling bör övervägas hos viktnormaliserade patienter, då det visat sig att den minskar risken för återfall eller för att behandla komorbida tillstånd som depression och tvång. Kliniska rapporter talar för att underviktiga depressiva patienter får mer biverkningar och en mindre positiv respons på antidepressiva medel än normalviktiga depressiva patienter.

Trots att det ej finns några studier som stöd, blir det allt vanligare att man använder låga doser av nyare neuroleptika tillsammans med SSRI-preparat eller andra nyare antidepressiva medel för att behandla extremt tvångsmässiga patienter med AN. Man kan också ge lugnande medel i anslutning till måltider för att minska ångesten inför matsituationen. Fluoxetin har visat sig ge minskad aptit och leda till viktnedgång hos normal- och överviktiga patienter, men denna effekt har ej rapporterats hos patienter med AN behandlade med lägre doser. Däremot har citalopram associerats med ytterligare viktnedgång hos patienter med AN.

Fastän östrogenbehandling i andra sammanhang används för att minska kalciumförlusten och därmed minska risken för benskörhet hos patienter med kronisk amenorré anses behandlingens effekt på patienter med AN vara marginell. Därför

bör man, innan man sätter in östrogen, försöka hjälpa patienten att återfå normal menstruation genom viktökning.⁶⁸

Bulimia nervosa

Antidepressiv medicinering har visat sig effektiv vid behandling oavsett om patienten är deprimerad eller inte. Man uppnår ca 50-75% reduktion av hetsätning och kräkning vid användandet av olika antidepressiva medel. I dagsläget är det bara fluoxetin som har hetsätning som indikation för behandling i FASS.⁶⁹ Ofta kan man behöva pröva flera olika antidepressiva medel innan optimal effekt uppnås. Dosen för flertalet antidepressiva medel är densamma som vid depression, även om fluoxetin förefaller vara effektivare i högre doser (t.ex. 60-80 mg). Det finns få studier av antidepressiva medel i vidmakthållande fasen. Tillgängliga data tyder dock på en relativt hög återfallsfrekvens under pågående behandling och möjligen en ännu högre vid utsättandet av medicinen. Huruvida detta är ett uttryck för låg ”compliance” och/eller för kort behandlingstid är svårt att uttala sig om, då data från farmakologisk serumkoncentrationsbestämningar över tid i allmänhet inte föreligger. I frånvaro av data inom dessa områden rekommenderar flertalet kliniker att man fortsätter med den antidepressiva behandlingen i minst 6 månader och troligen i ett år för flertalet patienter med BN.⁶⁸

Sjukgymnastisk behandling

Kroppsbild och kroppsuppfattning är viktiga begrepp inom sjukgymnastiken. Med kroppsbild menas här den inre bild vi skapar av hur vår kropp ser ut; dess storlek, form och figur.⁷⁰ Bilden beror dels på perceptionsförmågan, i detta fall förmågan att se, dels på vad vi tycker om det vi ser. Begreppet kroppsuppfattning har en vidare innebörd där kroppsbilden är en delaspekt. Här ingår perception och tolkning av utifrån kommande information om kroppen (visuella och taktila upplevelser), interoceptiv medvetenhet (perception och tolkning av inre signaler om kroppsliga behov och känslor), subjektiv erfarenhet av hur kroppen fungerar samt personligt tyckande om den egna kroppen.⁷¹

Fixering vid vikt och utseende är ett av huvudsymtomen vid både AN och BN och inte sällan avspeglas det i en störd kroppsbild. Förändringar av den störda kroppsbilden är en viktig prediktor för behandlingsresultat och ev. återfall.⁷² Man kan finna olika ingångsvägar till en störd kroppsuppfattning, dels internaliserar barnet faktiska erfarenheter och interaktioner med viktiga vuxna med avseende på kroppsuppfattning (t.ex. sexuella övergrepp eller en mamma som själv är fixerad vid sin kropp) dels kan man projicera ett inre obehag till kroppen, och att förändra kroppen spelar då en viktig roll i självregleringen.⁷³ Det finns många mekanismer som vidmakthåller utseendefixeringen. Patienten upprepar för sig själv negativa och förvrängda omdömen om sig själv till den grad att de blir automatiska och ”sanna”. Undvikandebeteenden hindrar patienten från att vänja sig vid hur hon ser ut.⁷⁴

Förhållandevis litet forskning har gjorts rörande behandling av kroppsuppfattning.⁷² Det finns dock kroppsorierade terapier beskrivna, som fokuserar på

olika aspekter av kroppsuppfattning såsom perception, attityder och beteende. Flera terapeutiska tekniker kan ingå:

- avspänning och andningsövningar
- massage med syfte både att nå avspänning och att få en tydligare upplevelse av kroppen
- rollspel i grupp för att bli medveten om kroppsspråk
- dans, rytm- och rörelseövningar främst i syfte att känna rörelseglädje
- fysisk träning och sportaktiviteter under kontrollerade former
- sensorisk medvetandeträning, olika övningar med fokus på vad som händer/känns i kroppen
- konkreta perceptionsövningar för att konfronteras med kroppsbilden.⁷¹

I den sjukgymnastiska behandlingen kan alla ovanstående moment ingå inkl. samtal om upplevelser av övningarna samt pedagogiska samtal kring kroppsbyggnad och funktion.⁷⁵

Psyko-terapeutisk behandling

Antalet tillgängliga psyko-terapeutiska alternativ vid behandling av ätstörningar har ökat markant under den senaste tioårsperioden. Trenden vid behandling av ätstörningar har varit att företräda en speciell psyko-terapeutisk skola samtidigt som det finns en rörelse inom det generella psyko-terapeutiska fältet mot en integrering av olika psyko-terapeutiska metoder.⁷⁶

Familjeterapi

Familjeterapi för nyinsjuknade yngre anorexi-patienter har dokumenterad effekt. Russell och medarbetare samt Dare och Eisler har beträffande AN visat, att för patienter under 18 år som haft sjukdomen kortare tid än tre år är familjeterapi mer effektivt än individualterapi med avseende på viktuppgång, symtomförbättring, familjerelationer och social anpassning.⁷⁷

Behandlingen kan beskrivas i tre steg. I det första steget skall svälten hävas och föräldrarna återta sitt ansvar för matsituationen. Detta är ett tungt arbete och det krävs ofta att en av eller båda föräldrarna sjukskrivs för att kunna vara hemma med sitt barn. Föräldrarna behöver i det här skedet också bearbeta den skuld som de kan känna för barnets sjukdom och få hjälp att återfå tron på sin förmåga att fungera som ansvarstagande föräldrar till sitt hjälplösa barn. I andra steget, då svälten inte längre utgör det överhängande problemet, kan man mer fokusera på den psykosociala funktionen. Nya relationsmönster behöver utvecklas. Eftersom sjukdomen har lett patienten och ofta hela familjen in i social isolering, behöver de ta tillbaka sina positioner i det friska livet. Denna fas är ofta den längsta. Det tredje steget börjar när patienten kan återta åldersadekvat beteende. Det är en ny-orienteringsfas där familjen hittar nya funktionella mönster såväl inom som utanför familjen. Behandlingen avslutas inte abrupt utan glesas ut successivt. Inte sällan ersätts familjekontakten med olika individuella behandlingsformer.

Patienter med bulimi är ofta äldre och har varit sjuka under längre tid än de med anorexi. Familjeterapin kan se olika ut beroende på om patienten bor hemma, har

flyttat hemifrån eller har flyttat hem igen pga. sin sjukdom. Om patienten är en vuxen kvinna med egen familj krävs en annan typ av familjearbete än vid behandling med ursprungsfamiljen. Familjeterapin handlar om att klargöra kommunikationsmönster, arbeta med skuld känslor samt stödja familjen att etablera regelbundna måltider och att reducera kränkningar och användning av avföringsmedel. Strävan är att patienterna själva tar över ansvaret för matsituationen och hittar en balans i livet.

Kognitiv beteendeterapi/Kognitiv psykoterapi

I Sverige refererar vi ofta både till kognitiv beteendeterapi (KBT) och kognitiv psykoterapi (KPT). Internationellt finns även benämningen kognitiv terapi. Terapiformerna har många gemensamma drag, men också en del särdrag. I den internationella litteraturen kring ätstörningar hänvisas huvudsakligen till kognitiv beteendeterapi, varför den benämningen fortsättningsvis används i texten.

KBT är en strukturerad, aktiv och probleminriktad metod som tillämpats i mer än tjugo år vid behandling av ätstörda patienter. Vid bulimi/hetsättningsstörning är KBT förstahandsval för patienter med måttliga till svåra symtom, vars ålder ej kräver familjeterapi. KBT är den korttidsterapi som, tillsammans med interpersonell psykoterapi (IPT, se sid. 30), i kontrollerade studier visat sig vara mest effektiv vid behandling av BN. Metoderna uppnår jämförbara resultat, men behandlingseffekten uppnås snabbare med KBT än med IPT.^{78,79} Christopher Fairburn har tillsammans med kollegor utvecklat en manual för behandling av BN/hetsättningsstörning. Det mesta av forskningen rörande KBT vid BN/hetsättningsstörning utgår från Fairburns manual. Manualen innehåller följande moment: 1) Registrering av mat, hetsätning, kompensatoriskt beteende samt tankar och känslor som utlöser dessa beteenden, 2) Regelbunden vägning, 3) Normalisering av ätandet, dvs. regelbundet födointag, introduktion av tidigare förbjuden mat mm, 4) Kognitiv omstrukturering för att uppmärksamma och korrigera negativa automatiska tankar, tankefel och dysfunktionella grundantaganden som är relevanta för utveckling och vidmakthållande av en ätstörning, 5) Prevention mot återfall.^{80,81}

Vid AN rekommenderas KBT huvudsakligen på kliniska grunder. Det finns många likheter med behandlingen vid BN såväl som olikheter. Det som man huvudsakligen arbetar med vid dessa båda störningar är patientens grundantagande om att vikt och kroppsform utgör det enda eller det dominerande kriteriet för om man har något egenvärde. Rädsla för att öka i vikt är ett centralt tema både vid AN och BN. Patienter med BN kan försäkras om att behandlingen förmodligen ej kommer att leda till viktökning, medan det i behandlingen vid AN ingår att patienten skall öka i vikt. Anorektiska patienter är oftast mindre motiverade till förändring eftersom många av symtomen är jagsyntona, dvs. integrerade i personligheten. Behandlingstiden vid AN är oftast längre än vid BN. Behandlingen är även mer omfattande och inkluderar integrerade metoder för att ta itu med interpersonella svårigheter och familjeproblem. Det är dock oklart huruvida de båda behandlingsstrategierna speglar olikheter vid AN och BN eller om de mer speglar olikheter hos de behandlare som utvecklat de olika behandlingsformerna.⁸² Även behandling av BN kan bli mer omfattande än den ovan beskrivna, då det är vanligt

med personlighetsstörningar hos patienter med BN. Behandlingen kan då behöva inriktas mot personlighetsstörningen i första hand.^{83,84}

Psykodynamisk psykoterapi

Den psykodynamiska teorin är inte en enhetlig teori utan innehåller flera olika skolor. Gemensamt i de olika teoretiska skolorna är att terapin explicit utnyttjar den emotionella relationen mellan patient och terapeut. Målen för den ätstörda patienten varierar och kan t.ex. vara att upprätta förmågan att känna och bry sig om, minska ett strängt samvete, utveckla förhållningssätt som är mer ändamålsenliga än det aktuella ätbeteendet. Ändrat ätbeteende är således inte det enda definierade terapeutiska målet. I svårare fall kanske det till en början gäller att hålla patienten vid liv och fri från medicinska skador tills hon blir mer förmögen att tillgodogöra sig terapi. Terapeuten är flexibel och rättar sig efter patientens utvecklingsnivå och inriktningen varierar från att vara mer stödjande till mer bearbetande.

Terapeuten skapar ett terapeutiskt rum där patienten uppmuntras att våga ta risker. Den ätstörda patienten behöver ofta hjälp med att hitta sina känslor, kunna härbärga och uttrycka dem. Som spänningsreglerare är terapeutens uppgift inte bara att trösta och lindra utan också att lära patienten hur hon kan reglera spänningarna på egen hand. Detta förhållningssätt är ganska annorlunda mot att analysera omedvetna symboliska meningar med ätandet. Det är inte så att analys inte behövs, men det räcker inte enbart med det. Terapeutens roll är att hjälpa patienten att bli nyfiken på sina symtom och att upprätta en terapeutisk allians så att patienten så småningom vågar lämna sina symtom.⁸⁵

Johnson⁸⁶ menar att hälften till två tredjedelar av bulimiska patienter har god effekt av korttidsterapier av olika slag. Psykodynamisk långtidsterapi är den terapiform som är mest användbar när det gäller patienter som också har en personlighetsstörning.

Interpersonell psykoterapi

Interpersonell psykoterapi (IPT) är en fokuserad korttidsterapi på psykodynamisk grund. Målet är att hjälpa patienterna att identifiera och modifiera de interpersonella problem som kan bidra till vidmakthållandet av ätstörningen. Vanliga teman är obearbetad sorg, konflikter med släkt och vänner, svårigheter att etablera och behålla relationer samt svårigheter att hantera livshändelser som t.ex. flytt hemifrån och giftermål.⁸⁷

IPT är, som tidigare nämnts, den korttidsterapi för BN som i kontrollerade studier visat sig vara lika effektiv som KBT. Vid mätning direkt efter behandling har KBT en bättre effekt, men vid uppföljningar 1 och 6 år efter avslutad behandling visar IPT lika god effekt som KBT.^{78,79}

Konstnärliga terapier

Konstnärliga terapier är ett samlingsbegrepp som innefattar musik-, bild-, och dansterapi, men också uttryckande konst, dramaterapi och psykodrama. Gemensamt för dessa terapiformer är användandet av konstnärliga modaliteter i den terapeutiska processen. Den grundläggande tanken är att skapandet i sig är en väg till bättre hälsa. Skapandet ger hopp, kraft och stärker det friska inom människan. Metoderna har en stark potential att skapa känslomässiga symboler. Symbolspråk kan nå förbi de psykologiska försvarerna och hjälpa människan att uttrycka det hon själv tidigare inte varit medveten om.⁸⁸ De konstnärliga terapierna anses särskilt verksamma för ätstörningspatienter som, sett ur ett psykodynamiskt perspektiv, använder sina kroppar för att agera ut underliggande emotionella konflikter. Dessa personer ges möjlighet att i stället inom terapins ram agera direkt genom de konstnärliga modaliteterna.⁸⁹ Omedvetna känslor kan integreras kreativt i personligheten vilket möjliggör en terapeutisk förändring.⁹⁰ De konstnärliga terapiernas roll inom ätstörningsteamerna finns ytterligare beskriven av Sloboda.⁹¹

Medicinsk öppenvård för långtidssjuka patienter

Alla patienter med ätstörningar kan inte botas. Ett antal patienter kommer att behöva livslång hjälp på ett respekt- och ansvarsfyllt sätt. Denna vård syftar inte till att bota men att lindra för att höja livskvalitén. Detta kan ske dels genom medicinska kontroller, dels genom att stödja patienten individuellt eller i grupp.

Psykiatrisk slutenvård

Syftet med slutenvård kan vara att:

- Häva svälten och främja viktuppgång hos kraftigt avmagrade patienter i medicinsk fara
- Avbryta hetsättning, kräkning och/eller laxeringsmissbruk med medicinska risker eller komplikationer
- Normalisera ätandet
- Hantera andra svårigheter såsom allvarlig depression, självskadande beteende, suicidrisk och missbruk
- Avlasta familjen.

I allmänhet har patienter som väger mindre än 85% av sin individuellt uppskattade hälsovikt svårt att öka i vikt utan hjälp av ett högt strukturerat program. Den som väger 75% av sin uppskattade hälsovikt behöver troligtvis heldygnsvård. En sådan bör innefatta struktur kring måltider för att normalisera stört ätbeteende, strategier för att i förekommande fall underlätta viktuppgång samt förhindra hetsättning och viktreglerande beteenden. Patienten är aktivt involverad i någon form av behandling större delen av dagen. Förutom struktur kring måltider kan behandlingen innefatta psykopedagogiska grupper, där patienten lär sig såväl hur svälten påverkar kroppen som principer för hälsosamt socialt och psykologiskt fungerande, kroppskännedomsträning, social träning samt psykoterapi i olika former; individuellt, i familj och/eller i grupp. Syftet är oftast att både normalisera ätandet och få en bättre självkänsla.⁹²

Dagvård

För de flesta ätstörda patienter är dagvård att föredra framför heldygnsvård. Program i dagvård kan erbjuda struktur runt måltider och möjlighet till en intensiv terapi utan att patienten blir isolerad från stöd och terapeutiska utmaningar utanför sjukhuset.

Indikationer för omedelbar medicinsk sjukhusvård

Ställningstagande till akutsjukvård för ytterligare bedömning av nutrition via sond eller intravenöst bör ske om 2-3 av nedanstående kriterier är uppfyllda. Om något av dem föreligger bör man omedelbart diskutera med specialkunnig personal på barnklinik, medicinklinik eller specialenhet.

- Puls <40 slag/minut
- Temp <35 grader
- Systoliskt blodtryck <80
- BMI <13 bör föranleda samma övervägande, även om barn har ett lägre normalt BMI än vuxna. Tillväxtkurvan ger mer och viktig information.

Utvärdering av behandling

RIKSÄT är ett nationellt kvalitetsregister med ambition att omfatta så mycket som möjligt av den ätstörningsvård som bedrivs i landet, inom psykiatri och den specialiserade ätstörningsvården. Patienterna inkluderas vid beslut om att de skall vårdas på den deltagande vårdenheten och behandlingen följs sedan upp årligen via enkäter till vårdenhet och patienter. Registreringen är personnummerbaserad vilket innebär att upprepade vårdtillfällen för en enskild patient är möjliga att följa även på andra enheter än den där patienten ursprungligen registrerades.

Prevention

Kunskapen om möjligheter att förebygga ätstörningar är begränsad. Forskningen är inte tillräckligt omfattande för att man skall kunna dra säkra slutsatser. Den forskning som finns har inte kunnat visa att primärprevention är effektiv, när det gäller att förebygga ätstörningar. Trots brist på vetenskapligt prövade och beskrivna resultat råder i stort sett konsensus bland de grupper som fördjupat sig inom området beträffande några grundläggande förutsättningar. Folkhälsoinstitutet⁹³ har i skriften "Ett liv av vikt - fem år senare" fastslagit att:

- det är viktigt att i förebyggande arbete generellt verka för att stärka ungdomars självkänsla, självförtroende och förmåga att fatta egna beslut om livsstil och förhållningssätt.
- tidig upptäckt och tidig behandling är centrala i ett sekundärpreventivt arbete för möjligheterna att "stämna i bäcken" och vända en påbörjad negativ utveckling med förhållandevis små insatser.
- information bör riktas till föräldrar och personalgrupper som möter barn och ungdomar inom barnomsorg, skola, ungdomsmottagningar etc.

- information om ätstörningar inte bör riktas till barn och ungdomar själva. Den information som riktas till dessa grupper bör fokusera på den friska kroppens funktioner och behov. Information om vad kroppen behöver i form av mat och näring bör ges i en positiv kontext med fokus på det friska.

Samarbete/samverkan med andra

- Skolhälsovård
- Primärvård
- Företagshälsovård
- Barn- och ungdomsmedicin
- Medicinklinik
- Gynekologisk klinik
- Tandläkare
- Socialtjänst
- Specialverksamheter i förekommande fall.

Kollegor på Videgården att rådfråga/diskutera med

Adress: Videgården, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping
Tel 013-22 50 35, fax 013-22 50 36, e-mail: videgarden@lio.se

Öl Michael Stjernfeldt
tel 013-22 50 37

Psyko­terapeut Anna Harder
tel 013-22 50 52

Rådgivare Margareta Hedin
tel 013-22 50 33

Dietist Cecelia Eriksson
tel 013-22 50 50

Sjuksköterska Diana Ringborg
tel 013-22 50 38

Sjukgymnast Helén Lönning
tel 013-22 50 58

Information till patienter och anhöriga

Patient- och anhörigföreningar

Rådgivning i Östergötland
Rådgivare Margareta Hedin
Videgården
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
013-22 50 33

Nationella patientföreningar
Anorexi/Bulimi-Kontakt
Grev Turegatan 54
114 38 Stockholm
Besöksadress: Skeppsbron 28
08-20 72 14
<http://www.abkontakt.se>

Patientförening i Östergötland

Anorexia/Bulimia Kontakt i Norrköping
Wadströms gata 4
603 50 Norrköping
011-10 09 33
<http://hem.spray.se/abkontaktost>

Riksförbundet för Anorexi och Bulimi
Götabergsgatan 20
411 34 Göteborg
Besöksadress: Karl Gustavsgatan 19
031-13 39 53

Lästips

Facklitteratur

- Glant H. Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.⁹⁴
- Glant H. Sluta svälta. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.⁵⁷
- Glant H. Sluta hetsäta. Stockholm: Natur och Kultur, 1993.⁵⁸
- Fairburn C. Att övervinna hetsätning: ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram. Stockholm: Cura, 2003.⁵⁹
- Folkhälsoinstitutet. Ett liv av vikt - fem år senare. Stockholm, 1999:7.⁹³
- Wallin G, Lindskog A-C. Ät allt - hellre nästan rätt än exakt fel. Stockholm: Alfabet, 2000.⁹⁵
- Apoteksförlaget. Bra mat för alla, 4:e uppl. Gothia, 1997.⁶⁴
- Apoteksförlaget. Bra mat för barn 1-14 år, 2:a uppl. Gothia, 1997.⁶⁵
- Clinton D, Norring C, red. Ätstörningar, bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Stockholm: Natur och Kultur, 2002.⁹⁶
- Skårderud F. Oro. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.⁹⁷
- Skårderud F. Sterk svak – handboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2000.⁹⁸
- Claude Pierre P. Ätstörningarnas hemliga språk. Stockholm: Forum, 1999.⁹⁹
- Davidsson B, Lillman-Ringborg C. Matkampen – om ätstörning i familjen. Stockholm: Gothia, 2001.⁶⁰

Länkar

Nationellt kunskapscentrum för ätstörningar NÄT: <http://www.nat.se>
Videgårdens hemsida: <http://www.lio.se/us/videgarden>
Patientföreningar: se ovan!
Allmänt informativ hemsida med tips och länkar: <http://www.medivia.se/AN/index.html>

Skönlitteratur

- Strandberg L. När mörkret kom. Falun: Författarhuset, 1999.¹⁰⁰
- Dahlberg C. I himlen får jag äta. Skellefteå: Ord och Visor förlag, 2000.¹⁰¹

Filmer

”Anorexia Nervosa” (33 min) Linköping: Mediacenter US, 1997.

”Bulimia Nervosa” (27 min, kortversion 11 min) Linköping: Mediacenter US, 1999.

”Kampen mot hungern” (42 min) Örebro: ABF.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

Pågående

Forskning, som pågår inom ätstörningsområdet, kan delas upp i klinisk/epidemiologisk forskning, orsaksinriktad forskning, behandlingsforskning och preventiv forskning. I en inventering av pågående svensk ätstörningsforskning, utförd 1998 på initiativ av Vårdalsstiftelsen, identifierades sammanlagt 39 projekt. Nästan alla projekt hade som huvud- eller bifrågeställning att fördjupa förståelsen av ätstörningar ur ett kliniskt, biomedicinskt, psykologiskt eller socialt perspektiv. Därutöver var ca hälften av studierna inriktade på att belysa orsaksmönster och/eller redovisa behandlingsresultat. Man identifierade endast ett projekt som syftade till att utvärdera förebyggande insatser.¹³

Av pågående projekt är ätstörningsenheten Videgården i Linköping involverad i två, nämligen SAMÄT (Samordnad forskning och utvärdering vid specialenheter inom barn- och ungdomspsykiatri) och SUFSA (Samordnad utvärdering och forskning vid specialenheter för anorexi/bulimi). Databasinsamlingen avslutades 2001-12-31. (Kontaktperson: Carl Lago, Carl.Lago@orebroll.se)

Efter ovanstående inventering har RIKSÄT etablerats. RIKSÄT är en del av ett nationellt kunskapscentrum för ätstörningar som påbörjade sin verksamhet 2002-01-01. Verksamheten är under de tre första åren finansierad av landstingen i Östergötland och Örebro län. För Videgården kommer detta att innebära förstärkta resurser för forskning och kvalitetsutveckling. Det nationella kunskapscentret kommer förutom dessa två grenar också att bygga upp en referensfunktion bestående av en databas och ett begränsat bibliotek. En annan central funktion är att sprida information om och knyta samman olika forsknings- och vårdutvecklingsprojekt. (Kontaktperson: Carl Lago, Carl.Lago@orebroll.se)

Videgården ingår också i en studie där man undersöker en modifierad affektmedvetenhetsintervjus användbarhet som bedömningsinstrument. Man studerar i vilken grad personer med olika psykiatriska problembilder och symtomatologi har en medvetenhet om sina egna och andras affekter och om denna medvetenhet har ett samband med behandlingsprocess och -utfall. Studien är explorativ och hypotesgenererande. Man planerar även att senare genomföra en behandlingsstudie byggd på de resultat som den nu pågående studien kommer fram till. (Kontaktperson: Börje Lech, Borje.Lech@lio.se)

Önskvärda framtida projekt

Vårdalsstiftelsen och medicinska forskningsrådets initiativgrupp har kommit fram till att följande tre områden bör prioriteras:

Behandlingsforskning

Här inbegripes vetenskaplig utvärdering av befintliga och tillkommande behandlingsmetoder. Forskningen kan vara inriktad på biomedicinska, psykologiska eller socialpsykologiska behandlingsformer, liksom studier av vårdprogram. Man påtalar behovet av såväl randomiserade kontrollerade studier som naturalistiska effektivitetsstudier. Resultaten av behandlingsstudier behöver ej enbart gälla utvärdering av behandlingsmetoder utan kan även omfatta identifiering av prognostiska faktorer eller undergrupper av patienter med särskilda behov.

Orsaksinriktad och interventiv socialepidemiologisk forskning

För effektiva förebyggande insatser är det viktigt att identifiera risk- och stressfaktorer, liksom riskgrupper för att utveckla ätstörning. Framtida forskning bör i första hand fokusera på sekundär- och primärpreventiva projekt inkluderande kända mindre omfattande riskgrupper.

Biomedicinsk orsaksinriktad forskning

På detta område har man möjlighet till genombrott inom ätstörningsområdet. Oväntade forskningsfynd kan ibland ge nya förklaringar till kända sjukdomar, vilket möjliggör utveckling av nya behandlingsmetoder.

Litteraturförteckning

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). Stockholm, 1996.
3. Tidig diagnos och behandling av ätstörningar. Hjälprea för primärvård. (<http://www.lio.se/Halsoochsjukvard/Vardprogram/Bup/>)
4. Tidig diagnos av ätstörningar. Hjälprea för skolhälsovård. (<http://www.lio.se/Halsoochsjukvard/Vardprogram/Bup/>)
5. Silver JA. Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment. In: Garner MD, Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:3-10.
6. Parry-Jones B, Parry-Jones W. History of bulimia and bulimia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:145-50.
7. Lask B, Bryant-Waugh R. Prepubertal eating disorders. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:476-83.
8. Lask B, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd, 1993.
9. American Psychiatric Association. MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
10. Hällström T. Självsvalt under 1500 år: verk av Gud, djävulen eller viktfixering. Läkartidningen 1999; 96:43:4648-53.
11. Halmi KA. Current concepts and definitions. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J, eds. Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research. Chichester: John Wiley and Sons, 1995:29-42.
12. Norring C. Ätstörningar - vad vet vi idag? I: Ett liv av vikt: Goda exempel. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1999:8-15.
13. Vårdalsstiftelsens rapportserie. Förslag till program för stöd till forskning om ätstörningar. Stockholm: Vårdalsstiftelsen 1999; 2.
14. Råstam M, Gillberg C. A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. European Child and Adolescent Psychiatry 1992; 1:54-65.
15. Engström I. Deskriptiv klinisk/epidemiologisk forskning. I: Vårdalsstiftelsens rapportserie. Forskning om ätstörningar – en vetenskaplig kunskapsöversikt. Stockholm: Vårdalsstiftelsen 1999; 1:23-38.
16. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
17. Ghaderi A, Scott B. Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in the general population. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999; 99:261-6.
18. Götestam KG, Kjellsås E, Augestad LB. Prevalence of eating disorders in a large sample of men and women. Presentation vid The European Association for Behavioral and Cognitive Therapies Congress, Granada, 2000.
19. Götestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. International Journal of Eating Disorders 1995; 18:2:119-26.
20. Enzell K. Utvärdering av Videgården 1998 06 26.
21. Sungot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in elite female. International Journal of Sport Nutrition, 1993; 3:29-40.

22. Andersen EA. Eating disorders in males. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:177-82.
23. Strober M. Family-genetic perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:212-8.
24. Fairburn CG, Cowen PJ. Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 26:349-58.
25. Råstam-Bergström M, Gillberg C, Gillberg G. Anorexia nervosa: Bakgrundsfaktorer, utredning, och behandling. Stockholm: Almqvist och Wiksell Medicin, 1995.
26. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159:8:1284-93.
27. Wentz E. Ten-year outcome of anorexia nervosa with teenage onset. Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, Institutionen för barn och kvinnohälsa, Göteborgs Universitet, 2000.
28. Steinhausen HC. The course and outcome of anorexia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:266-70.
29. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152:7:1073-4.
30. Hsu LKG. Outcome of bulimia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:238-44.
31. Fichter MM, Quadflieg N. Six-year course of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 22:361-84.
32. Mitchell JE, Pomeroy C, Adson DE. Managing medical complications. In: Garner MD, Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:383-93.
33. Treasure J, Szukler G. Medical complications of chronic anorexia. In: Szukler G, Dare C, Treasure J. Handbook of eating disorders: theory, treatment and research. Chichester: John Wiley and Sons, 1995:197-220.
34. Zipfel S, Specht T, Herzog W. Medical complications of eating disorders. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA. Neurobiology in the treatment of eating disorders. Chichester: John Wiley and Sons, 1998:458-84.
35. Ringskog S. Somatiska komplikationer vid anorexia och bulimia nervosa. *Läkartidningen* 1999; 96:882-6.
36. Goldbloom DS, Kennedy SH. Medical complications of anorexia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:266-70.
37. Mitchell JE. Medical complications of bulimia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:271-5.
38. Landstinget i Östergötland. Medicinska programmet Psykisk ohälsa, del 2. 1998:59.
39. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination, 12th ed. In: Fairburn CG, Wilson GT. Binge eating; nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1993; 317-60. Svensk översättning: Ata.Ghaderi@psyk.uu.se
40. Clinton D, Norring C. The Rating of Anorexia nervosa and Bulimia nervosa (RAB) interview: Development and preliminary validation. *European Eating Disorders Review* 1999; 7:5:362-71.
41. Nevenon L, Broberg AG. A measure for the assessment of eating disorders: Reliability and validity studies of the Rating of Anorexia and Bulimia Interview - revised version (RAB-R). *Scandinavian Journal of Psychology* (In press).
42. Garner DM. The Eating Attitude Test. In: Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:175-7.
43. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9:273-9.

44. Edlund B. Dieting in Swedish children and adolescents. Akademisk avhandling, Uppsala Universitet, 1997.
45. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2:15-34.
46. Norring C, Sohlberg S. Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 78:567-75.
47. Nevenon L, Broberg AG. Validating the Eating Disorder Inventory-2 in Sweden. *The Journal of Eating and Weight Disorders: Studies on anorexia, bulimia and obesity* 2001; 6:2:59-67.
48. Thompson JK, Altabe MN. Psychometric qualities of the Figure Rating Scale. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10:615-19.
49. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenholle H, Vanderlinden J. The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 1995; 3:133-44.
50. Lönning H. Kroppsuppfattning hos patienter med ätstörningar. Body Attitude Test i en svensk version. C-uppsats i sjukgymnastik 10 p, Hälsouniversitetet, Linköping, 1998.
51. Larsson B, Frisk M. Social competence and emotional/behavioural problems in Swedish school children 6-16 years old. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8:24-33.
52. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA, Hansson K, Hägglöf B et al. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:3:186-93.
53. Derogatis LR, Lippman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient rating scale - preliminary report. *Psychopharmacology* 1973; 9, 13-28.
54. Anderson SM, Johansson M. En svensk normering av SCL-90. Psykologexamens-uppsats, Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds Universitet, Vol XI:34.
55. Ottosson H. Validation of a self-report questionnaire for personality disorders in DSM-IV and ICD-10. Umeå University Medical Dissertations, 1999; 596.
56. Garner DM. Psychoeducational principles in treatment. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press, 1997:145-74.
57. Glant H. *Sluta svälta*. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.
58. Glant H. *Sluta hetsäta*. Stockholm: Natur och Kultur, 1993.
59. Fairburn C. Att övervinna hetsätning: ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram. Stockholm: Cura, 2003.
60. Davidsson B, Lillman-Ringborg C. *Matkampen – om ätstörning i familjen*. Stockholm: Gothia, 2001.
61. Andres R. Body weight and age. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York, London: The Guilford Press, 1995:65-70.
62. Beumont JV, Touyz SW. The nutritional management of anorexia and bulimia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 1995:306-12.
63. Wimmersjö S, Englund L. En kartläggning av kostsituationen hos patienter med ätstörningar. *Scandinavian Journal of Nutrition* 1995; 39:162-9.
64. Apoteksförlaget. *Bra mat för alla*, 4:e uppl. Gothia, 1997.
65. Apoteksförlaget. *Bra mat för barn 1-14 år*, 2:a uppl. Gothia, 1997.
66. *Matmallen*. Uppsala: Livsmedelsverket, 1997.
67. *Dietist för Windows*. Bromma: Kost- och näringsdata.

68. Mayer LES, Walsh BT. Pharmacotherapy of eating disorders. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA. Neurobiology in the treatment of eating disorders. Chichester: John Wiley and Sons, 1998:383-405.
69. FASS. Stockholm: Läkemedelsindustriföreningen LIF, 2003. (www.fass.se)
70. Slade P. What is body image? Behaviour Research Therapy 1994; 32:497-502.
71. Probst M. Body experience in eating disorder patients. Akademisk avhandling, University Center Sint Jozef, 3070 Kortenburg, Belgien, 1997.
72. Rosen JC. Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. International Journal of Eating Disorders 1996; 20:4:331-43.
73. Kearney-Cooke A, Striegel-Moore R. The etiology and treatment of body image disturbance. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:295-306.
74. Rosen JC. Cognitive-behavioral body image therapy. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:188-201.
75. Wallin U, Kronvall P, Majewski M-L. Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: Outcome after 2 years. European Eating Disorders Review 2000; 8:1:19-30.
76. Garner DM, Needleman LD. Sequencing and integration of treatments. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:50-63.
77. Dare C, Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:307-24.
78. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:304-12.
79. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:459-66.
80. Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:67-93.
81. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT. Binge eating: Nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1993:361-404.
82. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:94-144.
83. Kåver A, Nilsson Å. Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning. Stockholm: Natur och Kultur, 2002.
84. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. Personal Resource Exchange 3rd ed, 1999.
85. Herzog DB. Psychodynamic psychotherapy for anorexia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:330-5.
86. Johnson C. Psychodynamic treatment of bulimia nervosa. In: Brownwell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1995:349-53.
87. Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:278-94.
88. Grönlund E, Alm A, Hammarlund I. Inledning. I: Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen. Stockholm: Natur och Kultur, 1999:7-11.

89. Dokter D. Fragile board. In: Arts therapies and clients with eating disorders. London: Jessica Kingsley Publishers, 1995:7-22.
90. Dokter D. Introduction. In: Arts therapies and clients with eating disorders. London: Jessica Kingsley Publishers, 1995:3-6.
91. Sloboda A. Individual music therapy with anorexic and bulimic patients. In: Dokter D. Arts therapies and clients with eating disorders. London: Jessica Kingsley Publishers, 1995:247-61.
92. Andersen AE, Bowers W, Evans K. Inpatient treatment of anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997:327-53.
93. Folkhälsoinstitutet. Ett liv av vikt - fem år senare. Stockholm, 1999:7.
94. Glant H. Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.
95. Wallin G, Lindskog A-C. Ät allt - hellre nästan rätt än exakt fel. Stockholm: Alfabet, 2000.
96. Clinton D, Norring C, red. Ätstörningar, bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Stockholm: Natur och Kultur, 2002.
97. Skårderud F. Oro. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.
98. Skårderud F. Sterk svak – handboken om spiseförstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2000.
99. Claude Pierre P. Ätstörningarnas hemliga språk. Stockholm: Forum, 1999.
100. Strandberg L. När mörkret kom. Falun: Författarhuset, 1999.
101. Dahlberg C. I himlen får jag äta. Skellefteå: Ord och Visor förlag, 2000.
102. Wärja Forss M. Musikterapi. I: Grönlund E, Alm A, Hammarlund I. Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen. Stockholm: Natur och Kultur, 1999:87-107.
103. Hammarlund I. Musikterapi – utbildning och forskning. I: Grönlund E, Alm A, Hammarlund I. Konstnärliga terapier, bild dans och musik i den läkande processen. Stockholm: Natur och Kultur, 1999:109-18.
104. Lejonclou A. Musikterapi i behandlingen av personer med ätstörningssjukdomar. C-uppsats. Stockholm: Kungliga Musikhögskolan, 2001.
105. Wrangsjö B. Föreläsning vid Kungliga Musikhögskolan, Stockholm, 2000.
106. Robarts J. Music therapy and adolescents with anorexia nervosa. Nordic Journal of Music Therapy 2000; 9:1, 3-12.
107. Rogers P. Sexual abuse and eating disorders. A possible connection indicated through music therapy? In: Dokter D. Arts therapies and clients with eating disorders. London: Jessica Kingsley Publishers, 1995:262-77.
108. Sloboda A. Individual music therapy with anorexic and bulimic patients. In: Dokter D. Arts therapies and clients with eating disorders. London: Jessica Kingsley Publishers, 1995:247-61.
109. Nolan P. Music therapy improvisation techniques with bulimic patients. In: Hornyak L, Baker E. Experiential therapies for eating disorders. New York: Guilford Press, 1989:167-87.
110. Robarts J. Towards autonomy and a sense of self. Music therapy and the individuation process in relation to children and adolescents with early onset anorexia nervosa. In: Dokter D. Arts therapies and clients with eating disorders. London: Jessica Kingsley Publishers, 1995; 229-245.

Vårdprogrammets process

Medarbetare i vårdprogrammet

- Huvudredaktör: Marianne Helgesson fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut, BUP-klin US Linköping
- Huvudförfattare: Mailen Lamminen leg psykolog, leg psykoterapeut, tidigare BUP-klin US Linköping
- Medförfattare: Medarbetare på Videgården BUP-klin US Linköping:
Meta Arenius leg psykolog, leg psykoterapeut, Cecelia Eriksson dietist, Anna Harder enhetschef, leg psykoterapeut, Margareta Hedin rådgivare, Carl Lago leg psykolog, Annika Lejonclou musikerapeut, Christina Lillman-Ringborg leg sjuksköterska, Helén Lönning leg sjukgymnast, Diana Ringborg leg sjuksköterska, Michael Stjernfeldt öl, spec. i pediatrik och barn-och ungdomspsykiatri.
Sam Nordfeldt spec. i pediatrik, ST-läkare BUP.

Arbetsgång

- 1999-05 Planeringsmöte för fastställande av tidsplan och arbetsgång.
- 1999-05-03 Möte med författare till samtliga pågående vårdprogram.
- 2000-02-11 Seminarium för presentation och diskussion av en preliminär version av vårdprogrammet. Inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
- 2000-10-20 Seminarium med inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
- 2003-06-06 Vårdprogrammet skickas på remiss till samtliga BUP-mott i länet.
- 2003-09-15 Deadline för remissvar.
- 2004-01-20 Vårdprogrammet skickas efter justeringar till verksamhetscheferna för slutgiltigt godkännande.

Litteratursökning

Sökning har gjorts i följande register: Libris, Medline och PsychLitt.

Revidering

Ansvar för uppföljning åvilar Videgården som följer kunskapsutvecklingen inom fältet och ombesörjer uppdatering av vårdprogrammet vid behov.

En första allmän revidering skall vara gjord senast 2007-01-31.

Kontaktperson

Psykolog Marianne Helgesson
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 25 Linköping
Tel. 013-22 42 07 (exp) /22 41 93 (mott) Fax. 013-22 42 34
E-post: marianne.helgesson@lio.se

BILAGA 1

Videgården

Videgården är en högspecialiserad enhet för ätstörningar som riktar sig till patienter i alla åldrar. Verksamheten erbjuder en hel vårdkedja med rådgivning, öppenvård, dagvård och slutenvård inklusive en behandlingslägenhet. Utöver detta omfattar Videgårdens uppdrag också forskning och metodutveckling. Ytterligare en uppgift är att ansvara för kunskapsutveckling beträffande ätstörningsvården inom Östergötlands och Jönköpings län, där specialintresserade personer inom BUP och VUP ingår i vårt professionella nätverk.

Ett brett utbud av behandlingsinriktningar eftersträvas. De personalkategorier som finns är följande: läkare, sjuksköterskor, mentalskötare, teamassistent, dietist, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykologer, psykoterapeuter, musikterapeut, socio-nom och rådgivare.

Vår öppenvård tar i första hand emot patienter från Östergötlands läns landstings centrala distrikt och i speciella fall även från östra och västra distrikten. Det är möjligt att söka själv utan remiss. I östra och västra distrikten tas polikliniska patienter i första hand emot vid de lokala BUP- och VUP-mottagningarna. Inom slutenvården tas patienter emot från hela landet.

Rådgivning

Rådgivningstelefonen är en service för hjälpsökande, anhöriga, vårdgrannar och andra berörda verksamheter inom regionen, främst de som är riktade till ungdomar. Rådgivaren ingår i öppenvårdsteamet på Videgården och arbetar förutom med telefonrådgivning även som konsult till bl.a. Skolhälsovården, Studenthälsan och Ungdomshälsan.

Rådgivarens uppdrag är:

- att informera, lyssna och ge råd
- att medverka till tidig upptäckt
- att motivera till behandling
- att underlätta vägen till behandling.

Utredningsgång

Alla patienter som aktualiseras på Videgården får ett antal frågeformulär hemskickade med frågor angående ätstörningssymtom samt psykologisk och social funktion (se fig 2, nästa sid.). Denna "Videgårdsenkät" är en egenproducerad sammanställning av de frågor som förekommer i SAMÄT- och SUFSA-projekten (se sid 35), där frågorna används i halvstrukturerade intervjuer. Material från enkäten används dels som stöd vid prioritering och val av behandling, dels som utgångspunkt för utvärdering av behandling.

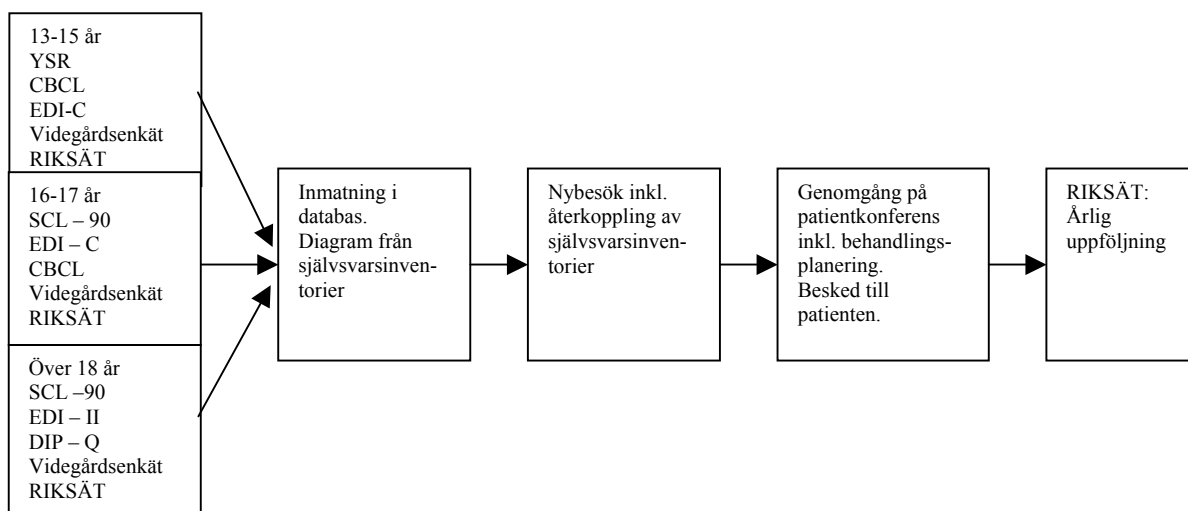


Fig 2. Utredningsgång på Videgården

Psykopedagogik

Psykopedagogiskt arbete ingår som en del i de flesta behandlingar. I mer renodlad form finns en psykopedagogisk **grupp** som i första hand vänder sig till vuxna kvinnor med bulimisk problematik. Denna leds av dietist och sjukgymnast tillsammans. Gruppverksamheten omfattar 10 träffar sammanlagt, 90 min/gång, ca 1 gång/vecka och är upplagd i kursform med teorigenomgångar, gruppdiskussioner och hemuppgifter. Ämnen som tas upp är kroppens uppbyggnad, ämnesomsättning, fysiologiska reaktioner på svält, näringslära, måltidsordning, stress mm. Vidare bedrivs psykopedagogiskt arbete i form av **anhörigcirklar**. Dessa erbjuds i både öppen- och slutenvård. Man träffas ca 2 timmar sammanlagt 6-8 gånger. Varje träff har ett pedagogiskt innehåll, där de anhöriga får lyssna till information om möjliga orsaker till ätstörningar och om olika behandlingar. Halva tiden brukar användas till att deltagarna delar erfarenheter, men de kan även ge och få råd och tips av varandra. Det är viktigt att innehållet blir generellt snarare än att man talar om enskilda patienter. De allra flesta uppskattar dessa cirklar där de känner igen sig, blir bekräftade och känner att de kan få stöd av andra. För många blir det också en mjuk start till mer krävande bearbetande familjesamtal. Förslag till manual för anhörigcirkel finns i boken ”Matkampen”.⁶⁰ **Självhjälpsmanualer** rekommenderas till motiverade patienter i väntan på annan behandling.^{57,58}

Mottagningssköterskans arbete

En viktig uppgift på en specialenhet är att i nära samarbete med läkare ansvara för patienters somatiska tillstånd. I förekommande fall är mottagningssköterskan den som är sondansvarig. Huvudsakliga arbetsuppgifter är:

- somatisk uppföljning beträffande bl.a. vikt, puls, temp, blodtryck, blodprov, EKG och läkemedelskoncentrationsmätning
- stöd- och motivationsamtal
- ätträning
- hembesök
- social träning

- anhörigkontakter.

Dietistens arbete

Dietistens roll är att stå för en fördjupad kunskap om mat och näring. Detta innebär dels att vara konsult till övrig personal i öppenvårdsteamet liksom till kontaktpersoner inom slutenvården, dels att ha behandlingskontakter.

Behandlingskontakter inleds med en bedömning som ofta tar två besök i anspråk med noggrann anamnesupptagning beträffande bl.a.:

- ätmönster
- livsmedelsval
- portionsstorlekar
- hetsätning; när/vad/hur mycket
- livsmedel som väljs bort.

Under behandlingen fyller patienten i en matdagbok som näringsberäknas. Med denna beräkning som utgångspunkt prövas olika vägar att få ett bättre intag av specifika näringsämnen. Vanligen börjar arbetet med måltidsordningen, därefter följer portionsstorlekar och livsmedelsval. Mot slutet brukar ”förbjudna” livsmedel föras in som ett led i att avdramatisera dessa, t.ex. att kunna äta godis på ett normalt sätt.

Sjukgymnastens arbete

Bedömning

Vid ett inledande samtal tas en anamnes som innehåller frågor om:

- syn på/tankar om kroppen
- inställning till/tolerans av beröring
- motionsvanor
- inställning/förmåga till vila, avspänning och sömn
- upplevelse av/medvetenhet om inre kroppsliga signaler såsom spänning, smärta, hunger, mättnad och trötthet.

Följande bedömningsinstrument används:

- Kroppsbildsskattning⁴⁸
- Body Attitude Test (BAT)^{49,50}

Under behandlingens gång görs en fortlöpande bedömning av kroppsresurser via iakttagelse av rörelsemönster avseende spänning, flöde, centrerung och andning.

Behandling

Syften med sjukgymnastisk behandling är bl.a. att:

- normalisera kroppsbilden både förnuftsmässigt och känslomässigt samt realitetsanpassa en ev. orealistisk idealbild
- få en positiv attityd till kroppen
- acceptera och uppskatta kroppslig beröring
- tillåta sig och ha förmåga till avspänning och vila
- kunna uppfatta, tolka och följa kroppsliga signaler
- få en kroppslig spänningsbalans och en friare andning

- uppleva rörelseglädje.

Vid arbete med kroppsbilden är förhållningssättet ofta kognitivt och ger patienten upplevelser, kunskap och argument som talar emot känslan av att vara stor och tjock och hjälper henne att ifrågasätta denna känsla. Det kan handla om att rita sig på olika sätt (t.ex. i naturlig storlek eller med datorprogrammet ”Body Shape”), filma, fotografera, ha spegelövningar, få konkret undervisning om kroppens uppbyggnad, taktil stimulering av kroppsgränser för att få en tydligare helhetsbild mm.

Vid arbete med kroppsuppfattningen riktas uppmärksamheten mot andra aspekter av kroppen än hur den ser ut. Här kommer avspännings-, kroppskännedoms- och andningsövningar av olika slag in, liksom massage och beröring samt rörelseövningar. Gemensamt är att fokus riktas mot upplevelser i kroppen, här och nu, inte på prestation. Ett annat viktigt fokus är helhet, både kroppslig och existentiell.

Psykoterapiformer

Videgården strävar efter att kunna erbjuda ett brett utbud av psykoterapeutiska metoder och arbetar såväl med familjer och grupper som individuellt med psykodynamisk, kognitiv och systemisk inriktning. För unga patienter är familjeterapi den behandling som visat sig mest framgångsrik och är därför ett förstahandsval. För övrigt eftersträvas flexibilitet i olika behandlingsformer utifrån varje enskild patients behov. Kännetecknande för psykoterapeutiskt arbete på Videgården är en ständig metodutveckling. Musikterapi är en, i ätstörningssammanhang, relativt ny terapiform i Sverige. Eftersom den ingår i terapiutbudet på Videgården har vi valt att beskriva den litet närmare nedan.

Musikterapi

Musikterapi med psykoterapeutisk inriktning grundar sig på ett psykodynamiskt synsätt och kan vara stödjande, jagstärkande eller insiktsbetonad. Den förekommer både individuellt och i grupp. Terapiformen är konstnärlig och kan ses som ett komplement till övrig behandling samt vara ett alternativ då verbal terapi inte passar.¹⁰² Terapeuten använder både expressiva tekniker, där patient och terapeut musicerar tillsammans och receptiva tekniker, som utgår från musiklyssning.¹⁰³ Patienterna har i musikterapi dessutom möjlighet att uttrycka sig via bild, rörelse, dans, poesi och drama. De olika konstformerna samverkar, förstärker varandra och fördjupar den terapeutiska processen. Musikterapi handlar dock inte enbart om icke-verbala uttryckssätt utan innehåller till stor del samtal för insikt, reflektion och förståelse.¹⁰⁴ Musiken och de övriga uttryckssätten gör det alltså möjligt att i den terapeutiska processen befinna sig på flera nivåer samtidigt: omedvetna/grundläggande, förmedvetna och medvetna/reflekterande nivåer.^{105,106}

I Sverige används musikterapi allt oftare i behandling av patienter med ätstörningar.¹⁰⁴ Terapiformen anses verksam eftersom en stor del av den problematik som rör dessa personer kan nås och bearbetas genom musiken.¹⁰⁶ Musiken ger möjlighet att uttrycka känslor här och nu, hjälper individen att våga släppa kontrollen samt stärker och utvecklar jagfunktioner.^{106,107,108} Musicerandet inom den trygga relationen gör relationsmönster och interpersonella svårigheter tydliga,

uppmuntrar till individuation samt väcker förmågan till symbolisering och kreativitet.^{109,110} Eftersom musikskapandet är en fysisk aktivitet, som involverar kroppen i rörelse och rytm, kan detta ge patienten en ny och positiv upplevelse av kroppen. Musiken helar splittringen mellan kropp och sinne på en förverbal nivå.^{106,108}

Slutenvård och dagverksamhet

Behandling inom slutenvård måste alltid ses som en länk i en längre behandlingskedja. Slutenvård kan behövas för att:

- häva svåra svälttillstånd
- bryta kaotiska mönster av kräkande, laxerande och motionerande vid bulimi
- avlasta familjen
- andra behandlingsinsatser inte räcker till.

Slutenvård erbjuds i form av sjudygnsvård, femdygnsvård eller dagvård. Personal-tätheten är störst på sjudygnsavdelningen. På natten är avdelningen bemannad med en personal som sover jour. Inom dag- och femdygnsvården finns personal under kontorstid. Patientens ålder och tillstånd är vägledande för vilken vårdform hon/han erbjuds.

Behandlingen är upplagd i block om 10 veckor. Behandlingsarbetet är gruppbase-rat och är av psykoterapeutisk, pedagogisk och kreativ karaktär. Dietistrådgivning och sjukgymnastik kan ingå liksom annan psykoterapeutisk behandling som före-kommer inom öppenvården. Anhöriga erbjuds familjestöd och kan också delta i anhörigcirkel.

Generella behandlingsmål inom Videgårdens slutenvård är:

- att normalisera ätandet
- att stärka självkänslan
- att balansera förmågan till självhävdelse
- socialisering, dvs. att återfå sin sociala kompetens.

En individuell behandlingsplan görs för varje patient. Patienten får en eller två kontaktpersoner, som hon/han kan utveckla en fördjupad kontakt med och som ansvarar för kontakten med anhöriga och övrigt nätverk. Kontaktpersonen fungerar också som förmedlande länk mellan remittent och övriga behandlare.

Behandlingslägenhet

Som nämnts tidigare (sid 46) är familjeterapi förstahandsval beträffande behandling av unga patienter. Vid behov av intensivare behandling än den som kan erbjudas inom öppenvård finns en familjelägenhet disponibel. Erbjudande om familjebehandling i lägenheten som alternativ till slutenvård innebär för de unga drabbade flickorna och deras familjer att man slipper skiljas från varandra och i stället får möjlighet att tackla svårigheterna tillsammans.

Denna vårdform följer inte vårdperioderna om tio veckor utan anpassas efter varje familjs behov och vårdplanen utarbetas i samverkan med remittenten. Familjen ar-

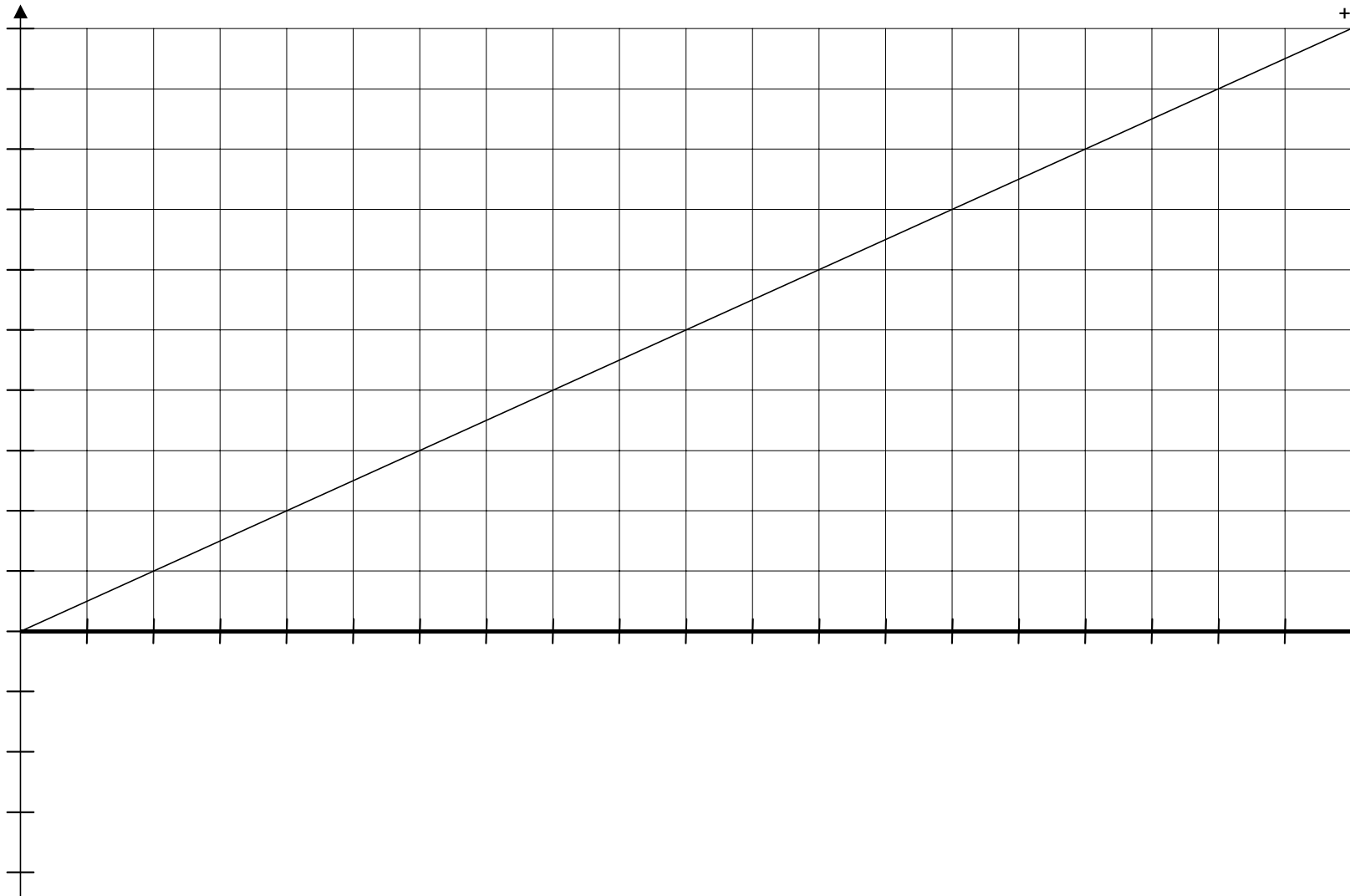
betar i lägenheten tillsammans med miljöterapeut och familjeterapeut som hjälper föräldrarna att stödja sitt barn i tillfrisknandet. Terapeuterna kan ses som gästarbetare i familjen, och det är viktigt att föräldrarna har kvar huvudansvar för sitt barn. Beroende på patientens tillstånd kan andra terapeutiska insatser kombineras med den hemliknande miljöterapi.

Ett annat användningsområde för behandlingslägenheten kan vara utslussning i form av "halvvägsboende" för 3-4 patienter med lång sjukdomstid. Under 10 veckor bor de tillsammans med stöd av personal från Videgården. Syftet är att bibehålla de behandlingseffekter som uppnåtts på Videgården, arbetsträna och att vidareutveckla sociala färdigheter. Utöver varandra och personal från Videgården har patienterna till sin hjälp kontaktpersoner utsedda av socialförvaltningen.

Bilaga 2
Diagram för viktkurva

Namn:..... Född:.....

Vikt
Kg



+0,5 kg/v

Veckor
Datum