

Tidig viktuppgång vid anorexia nervosa ger god prognos

INTENSIV FAMILJEBASERAD BEHANDLING GER BÄST RESULTAT

Ulf Wallin, med dr, överläkare, Region Skånes ätstörningscentrum, Skånevård Sund, Lund
 ● ulf.wallin@skane.se

Ingemar Swenne, docent, överläkare, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala

Barnpsykiatri i Sverige har i dag blivit bra på att snabbt erbjuda tider för ett första besök när en familj söker hjälp, men är inte alltid lika bra på att snabbt komma i gång med intensiv behandling. Anorexia nervosa samt suicidala och parasuicidala tillstånd är de mest akuta och livshotande tillstånden inom barnpsykiatri och kräver snabb handläggning. Vid anorexia nervosa är den allvarligaste konsekvensen uttalad svält. Denna svält förorsakar många av de allvarligaste symtomen, och framför allt hos barn och ungdomar ger den allvarliga följder för både kroppslig och psykologisk utveckling.

Det är därför av avgörande betydelse att bryta svälten och åstadkomma en viktuppgång tidigt i behandlingen.

Fokus på att bryta svälten

Det råder konsensus om behovet av att unga patienter snabbt kommer i behandling och starta en viktuppgång [1]. Detta har tidigare ansetts ske bäst med patienten inlagd på sjukhus, men det har ifrågasatts, bl a i en studie på tonåringar med anorexia nervosa där man jämförde heldygnsvård med öppenvård [2] och inte kunde påvisa någon skillnad mellan vårdformerna. I kliniska riktlinjer rekommenderas därför att behandlingen inleds i öppenvård [3].

Säker kunskap om värdet av slutenvård för barn och ungdomar har tidigare inte funnits, men nu har en välgjord randomiserad studie av heldygnsbehandling vid medicinskt allvarlig anorexia nervosa publicerats [4]. I studien jämfördes två behandlingar: dels medicinsk stabilisering där patienten skrevs ut när tillståndet var medicinskt stabilt men betydande viktuppgång återstod, dels medicinsk stabilisering följt av viktuppgång till 90 procent av förväntad vikt, varefter patienten skrevs ut. Efter utskrivningen behandlades båda grupperna i familjbaserad terapi. Vid uppföljning efter 12 månader förelåg ingen skillnad i behandlingsresultat mellan grupperna.

En betydligt längre vårdtid för att åstadkomma viktuppgång hade alltså ingen effekt på det långsiktiga förloppet, även om heldygnsvård initialt var nödvändig för att uppnå stabilisering i ett medicinskt allvar-

ligt läge. Resultatet av familjebehandlingen i öppenvård redovisades i en separat artikel [5]. En viktuppgång på minst 1,8 kg inom 1 månad efter starten av familjbaserad behandling visade sig vara den enskilt viktigaste faktorn för god långsiktig prognos i form av både normaliserad vikt och psykologiskt tillfrisknande från en föreställningsvärld med upptagenhet kring mat, måltider och kroppens form och vikt.

Två nya studier har utvärderat effekten av intensiv behandling under den första veckan. I en svensk studie [6] undersöktes effekterna av fyra avgränsade instruktioner till föräldrarna avsedda att motverka faktorer som vidmakthåller ätstörningen. De föräldrabaserade interventionerna bestod av

- paus från skolan och behandling i hemmet med stöd av föräldrarna
- att alla måltider äts tillsammans med en förälder
- avhållsamhet från träning och andra fysiska aktiviteter
- stöd för att helt förhindra kräkningar.

Den grupp som hade lyckats genomföra alla fyra instruktionerna under första veckan hade betydligt bättre viktuppgång efter 3 månader.

I en studie från San Diego [7] jämfördes två intensiva behandlingsinsatser som genomfördes under 1 vecka. Den ena behandlingen var individuell familjeterapi under 8 timmar varje dag i 1 vecka, den andra var multifamiljeterapi, också under 1 vecka. Utgångs-

HUVUDBUDSKAP

- Vid anorexia nervosa orsakar svälten de allvarligaste symtomen, och risken för ett långdraget förlopp ökar ju längre patienten är i svält.
- Avgörande för behandlingsresultatet är att häva svälten snabbt. Viktuppgång tidigt i behandlingen ger bättre prognos.
- Familjbaserad behandling har bäst stöd i forskningen för att åstadkomma tidig viktuppgång för ungdomar med anorexia nervosa.
- Många patienter erhåller i dag inte familjbaserad behandling som är evidensbaserad och fokuserar på ätstörningen.
- Barnpsykiatri måste organisera sig så att patienterna direkt får god och intensiv vård utan dröjsmål.
- Den initiala vården bör skötas på specialenheter för ätstörningar.

»Just intensiv familjbaserad behandling är den behandlingsform för vilken det nu finns en stark och växande evidensbas ...«

punkten för studien var att erbjuda behandling till familjer från ett stort geografiskt område, där det inte fanns något större utbud av specialiserad ätstörningsvård. Behandlingen utvärderades efter 30 månader.

Det var ingen skillnad i resultat när de två behandlingsformerna jämfördes. Framför allt fann man att prognosen inte påverkades av den behandling som erbjudits efter den första intensiva veckan; en del familjer hade inte någon ytterligare behandling alls. Den första intensiva veckan var således den intervention som hade haft störst betydelse.

Dessa studier av olika former av intensiva behandlingsstarter understryker vikten av kompetent och familjebaserad behandling för att åstadkomma tidig viktuppgång, vilket predicerar långsiktigt tillfrisknande. Just intensiv familjebaserad behandling är den behandlingsform för vilken det nu finns en stark och växande evidensbas [8]. Intensiv familjebehandling innebär att det är föräldrarna som tar ansvar för måltiderna. Patienten är då ofta hemma, inte alls i skolan och äter alla måltider med föräldrarna. Föräldrarna kan då utnyttja tillfälligt föräldrapenning för allvarligt sjukt barn som inte fyllt 18 år.

Långvarig sjukdom och stor viktnedgång försämrar prognosen vid anorexia nervosa [9]. Vårdkedjans utformning och vårdens tillgänglighet får då stor betydelse för prognosen. När föräldrar eller skolhälsovården misstänker ätstörning är det viktigt att snabbt få en tid för en första bedömning på rätt vårdnivå. Bedömning inom t ex primärvården leder inte till behandlingsstart, utan ger snarare en fördröjning och risk för ytterligare viktnedgång. Inom barnpsykiatri kan den första bedömningen göras inom den allmänna barnpsykiatri eller vid en specialiserad ätstörningsenhet beroende på den lokala organisationen.

Barnpsykiatri har på senare år blivit avsevärt bättre på att erbjuda snabba tider för bedömning. Det som kan brista är möjligheten att erbjuda snabb behandlingsstart och intensiv behandling. Direkt efter den initiala bedömningen bör täta tider erbjudas, kanske 1-2 gånger i veckan. Man får då en tät somatisk uppföljning, men framför allt startar den intensiva familjebehandlingen omedelbart.

Intensiv behandlingsstart

På de flesta håll i Sverige där det finns regionala ätstörningsenheter sköts den initiala behandlingen inom den allmänna barn- och ungdomspsykiatri. Det är viktigt att handläggningen av behandlingen är administrativt effektiv och utan fördröjningar som förlänger sjukdomsförloppet och ökar viktförlusten. Detta är inte resursfråga utan snarare en prioriteringsfråga - sammantaget blir resursutnyttjandet bättre om patienten inte hinner försämrats.

För att uppnå bästa möjliga behandlingsresultat är det av vikt att all barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet kan erbjuda en intensiv behandling, som kan komma i gång direkt i samband med bedömningen. Att snabbt starta intensiv behandling är en förutsättning för att kunna rusta familjen för att hantera en svår sjukdom. Det är då också viktigt att behandlarna har den förtrogenhet med sjukdomen som man får om man arbetar kontinuerligt med denna patientgrupp. Inom den allmänna barnpsykiatri är möjlig-

FAKTA 1.

Tecken på allvarlig somatisk påverkan vid ätstörningar

- Stor viktnedgång/viktdeficit
- Snabb viktnedgång
- Bradykardi
- Hypotension
- EKG-förändringar (förlängd QTc-tid)
- Hypotermi
- Perifer akrocyanos
- Amenorré
- Påverkad långdillväxt
- Påverkad pubertetsutveckling

heten att snabbt erbjuda återbesökstider 1-2 gånger i veckan till erfarna behandlare begränsad.

Det finns visst stöd i forskningen för uppfattningen att initial bedömning och behandling på en specialiserad enhet är mest effektiv [10]. När den allmänna barnpsykiatri är första bedömningsnivå bör man omfördela resurser så att patienter med somatisk påverkan omedelbart remitteras till en specialiserad enhet och inleder behandlingen där.

I Fakta 1 redovisas viktiga tecken på allvarlig somatisk påverkan av svält [3, 11]. Dessa tecken kan uppmärksammas av föräldrar och bedömas vid en undersökning i skolhälsovården eller primärvården, vilket ofta är den första sjukvårdskontakten. Vi föreslår att den initiala bedömningen och behandlingen av patienter med anorexia nervosa med sådan somatisk påverkan sköts på specialenheter för ätstörningar eller av subspecialiserade ätstörningsteam inom den allmänna barnpsykiatri. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2016;113:DWXX*

REFERENSER

1. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry.* 2011;199:5-7.
2. Gowers SG, Clark A, Roberts C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2007;191:427-35.
3. Wallin U, af Sandeberg AM, Nilsson K, et al. Ätstörningar. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svensk Psykiatri nr 16.* Stockholm: Gothia Fortbildning; 2015.
4. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med.* 2015;45:415-27.
5. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, et al. Early weight gain in family-based treatment predicts greater weight gain and remission at the end of treatment and remission at 12-month follow-up in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):919-22.
6. Månsson J, Parling T, Swenne I. Favorable effects of clearly defined interventions by parents at the start of treatment of adolescents with restrictive eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2016;49(1):92-7.
7. Marzola E, Knatz S, Murray S, et al. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23:210-8.
8. Lock J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44:707-21.
9. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1284-93.
10. House J, Schmidt U, Craig M, et al. Comparison of specialist and non-specialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2012;45:949-56.
11. Swenne I, Engström I. Medical assessment of adolescent girls with eating disorders: an evaluation of symptoms and signs of starvation. *Acta Paediatr.* 2005;94:1363-71.

SUMMARY

In adolescent anorexia nervosa starvation with long-standing low weight worsens prognosis. Rapid weight gain at the start of treatment is associated with a favourable medical and psychological outcome. There is an increasing evidence base for family based treatment as the most efficacious treatment for adolescents with anorexia nervosa. It is essential for child and adolescent mental health services to promptly provide assessment to prevent further weight loss. Intensive family based treatment should be initiated without delay aiming rapid weight recovery. This is preferably managed at specialised eating disorders units.